



Université du Québec
à Rimouski

**STRATÉGIES DE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES
CLINICO-ADMINISTRATIVES DES INFIRMIÈRES DÉBUTANTES EN
FONCTION D'ASSISTANTE INFIRMIÈRE-CHEF (AIC)**

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières
en vue de l'obtention du grade de maître es sciences

PAR

© **Isabelle Lessard**

Août 2018

Composition du jury :

Daniel Milhomme, président du jury, Université du Québec à Rimouski

Isabelle Toupin, directrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

Hélène Sylvain, codirectrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

Lise Chamberland, membre du jury, Université du Québec à Rimouski

Dépôt initial le 21 juin 2018

Dépôt final le 30 août 2018

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

Cela semble toujours
impossible jusqu'à ce qu'on le
fasse. *Nelson Mandela*

REMERCIEMENTS

Décider de mener à terme des études de deuxième cycle en sciences infirmières s'avère un défi de taille qui demande beaucoup de courage, de temps, d'ambition, de discipline et de surpassement de soi. Ce défi ne peut toutefois se réaliser sans l'aide et le soutien indéfectible de plusieurs personnes qui ont su bien m'entourer durant ces dernières années. C'est avec fierté que je vous exprime toute ma reconnaissance aujourd'hui de m'avoir si bien épaulée à travers un parcours très sinueux de creux et de vallées dans l'accomplissement de la rédaction de ce mémoire.

Tout d'abord, j'aimerais remercier Isabelle et Hélène, quel beau cadeau de vous avoir eu comme directrice et codirectrice tout au long de ce grand chemin. Je vous remercie infiniment de m'avoir soutenue solidement dans ce beau projet de recherche. Vos compétences sont renversantes et m'ont permis de me surpasser au-delà de mes espérances. Merci d'avoir cru en moi et c'est en grande partie, grâce à vous, que j'ai enfin terminé ce projet au deuxième cycle avec votre motivation contagieuse. J'ai un respect et une admiration immenses envers vous ! Merci mille fois!

Je ne peux passer sous silence l'expression de ma reconnaissance envers mes collègues de travail et amis, bien que je ne puisse tous vous nommer personnellement, à qui j'ai parlé longuement de ce projet de recherche. À Lyne, merci pour tes nombreux encouragements, tes conseils judicieux et ta grande écoute. J'ai pu me dépasser grâce à cette confiance que tu m'as donnée et sache que tu resteras un mentor exemplaire à mes yeux. À Martine, ma directrice, merci de m'avoir tenu la main tout au long de ce grand chemin et de m'avoir permis du temps afin de m'investir passionnément dans cette recherche. Tu es une source d'inspiration pour moi au quotidien. Merci de croire en moi...

J'aimerais également remercier ma famille dont j'ai souvent omis d'aller visiter en Beauce les fins de semaine. Maman, papa, mes deux sœurs, Mélanie et Marie-Pierre, votre soutien est précieux et soyez assurés que votre patience envers mes nombreuses absences ainsi que vos encouragements ne sont pas passés inaperçus. Merci d'avoir été et d'être toujours là pour moi, tant dans les moments joyeux que dans les moments difficiles, dans ce grand défi. C'est en partie grâce à vous que je suis devenue la personne humaine, passionnée et persévérante ainsi que l'infirmière que je suis présentement. Même si je ne suis pas proche de vous physiquement, sachez que vous m'inspirez grandement et que vous êtes avec moi dans mes pensées partout où je vais. Je vous adore par-dessus tout!

Enfin, c'est avec beaucoup d'émotions que je dédie ce mémoire à ma petite famille, Maxime mon conjoint ainsi que mes enfants, Émile et Mégane dont je sais que ce projet d'entreprendre des études au deuxième cycle vous a demandé beaucoup de compromis et énormément de sacrifices. Merci d'être qui vous êtes et merci de m'accompagner sur ma route. À Maxime, spécialement, merci pour les nombreuses fois où il a fallu que tu prennes la relève pour les enfants alors que je travaillais à la réalisation de ce projet. Tu es un être exceptionnel avec qui le partage du quotidien est simple et merveilleux à la fois. On forme une belle équipe... Je t'aime chéri.

RÉSUMÉ

Devant une précarité des effectifs infirmiers, les administrateurs des établissements de santé font face actuellement à une main d'œuvre infirmière de moins en moins expérimentée pour occuper des rôles complexes. Cette réalité des infirmières débutantes possédant peu d'expérience entraîne le défi d'exercer le rôle d'AIC notamment le soir, la nuit ou la fin de semaine en absence d'infirmières expérimentées. Ce mémoire propose d'explorer les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC le soir, la nuit ou la fin de semaine selon la perspective de gestionnaires, d'infirmières expertes et débutantes. Deux questions de recherche appuient ce but : 1) Quelles sont les compétences clinico-administratives attendues des infirmières débutantes en fonction d'AIC selon la perspective de gestionnaires, d'infirmières expertes et débutantes? 2) Quelles sont les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC selon la perspective de gestionnaires, d'infirmières expertes et débutantes? Un devis qualitatif, l'évaluation de quatrième génération de Guba and Lincoln (1989), a été retenu pour sa cohérence avec le but de cette recherche afin de recueillir la perspective des différents acteurs. Le cadre de référence choisi réfère au développement des compétences de Tardif (2006) et au modèle de l'expertise professionnelle des infirmières de Benner (2001). Les résultats de cette étude suggèrent trois grands constats à l'égard de la vulnérabilité des infirmières débutantes en fonction d'AIC qui concernent l'ambiguïté du rôle, la prématurité de la fonction dans le parcours professionnel et l'insuffisance du réseau de soutien. Les résultats proposent également une interconnexion des compétences clinico-administratives reconnues comme étant indissociables soit les compétences cliniques essentielles, les compétences en leadership et les compétences en gestion clinico-administratives. Enfin, les stratégies de soutien permettent d'harmoniser le rôle des infirmières débutantes en fonction d'AIC et réfèrent à offrir du coaching par le chef d'unité de soins infirmiers (CUSI), à favoriser le soutien par les pairs, à développer une formation standardisée pour le titre d'AIC et à assurer le développement continu des compétences. Cette étude propose de contribuer à mieux préparer la relève à exercer ce rôle central dans une unité de soins.

Mots-clés : Infirmière débutante, infirmière experte, compétence, compétences clinico-administratives, stratégies de soutien, développement des compétences, assistante infirmière-chef, programme d'orientation.

ABSTRACT

Given the current shortage of qualified nurses, healthcare administrators are struggling with a pool of entry-level nurses with less and less practical experience to handle complex roles. The issue of inexperience becomes all the more challenging when beginner nurses are required to carry out Assistant Head Nurse (AHN) duties especially on evening or night shifts, as well as on weekends, i.e., in the absence of more senior nursing staff. This thesis seeks to explore support strategies aimed at developing the clinical and administrative skills of entry-level nurses working as AHNs on evening/night shifts, as well as on weekends, from the perspective of managers, expert nurses and entry-level nurse working as AHNs. There are two questions underlying the above research goal: 1) What clinical and administrative skills do managers, registered nurses and entry-level staff expect entry-level staff working as AHNs to have? 2) What support strategies are aimed at developing the clinical and administrative skills of entry-level staff working as AHNs from the perspective of managers, registered nurses and entry-level staff? The constructivist evaluation approach developed by Guba and Lincoln (1989) will be applied because it is consistent with the research goal and will also serve to gather perspectives from an array of stakeholders. The competency development model proposed by Tardif (2006) and the stages of clinical competence developed by Benner (2001) constitute the selected reference frameworks. The study results point to three initial major findings concerning the vulnerability faced by entry-level staff working as AHNs: 1) their role is certainly ambiguous; 2) they do not have the required professional experience to take on more senior duties; 3) their support network is insufficient. Moreover, the study findings suggest that the recognized clinical/administrative skills are inextricably linked, e.g. essential clinical skills, leadership skills and clinical/administrative management skills. With respect to support strategies aimed at harmonizing the role of entry-level staff working as AHNs, findings also suggest that 1) coaching should be provided by the head nurse; 2) more emphasis should be placed on peer support; 3) standardized training should be developed for the AHN position; 4) ongoing skills development opportunities should be provided. This study proposes to contribute to better prepare the next generation of nurses to exercise this central role in a care unit.

Key words: entry-level nurse, expert nurse, competencies, clinical and administrative skills, support strategies, skills development, assistant head nurse, orientation program.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ix
RÉSUMÉ	xi
ABSTRACT.....	xiii
TABLE DES MATIÈRES	xv
Liste des tableaux	xix
Liste des figures	xxi
Liste des abréviations, des sigles et des acronymes.....	xxiii
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE	3
1.1. CONTEXTE ACTUEL	3
1.2. LE ROLE DE L’AIC	5
1.3. LES DIFFICULTES DES INFIRMIERES DEBUTANTES EN FONCTION D’AIC.....	8
1.3.1. Les impacts	10
1.4. LES PROGRAMMES D’INTEGRATION.....	11
1.5. LA PERTINENCE.....	13
1.6. BUT ET QUESTIONS DE RECHERCHE	14
CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS	16
2.1. STRATEGIES DE REPERAGE DES ECRITS.....	16
2.2. DEFINITION DU ROLE DES AIC	17
2.3. LES COMPETENCES CLINICO-ADMINISTRATIVES	20

2.4. STRATEGIES DE SOUTIEN AU DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES CLINICO-ADMINISTRATIVES AUX INFIRMIERES DEBUTANTES EN FONCTION D'AIC	25
CHAPITRE 3 CADRE DE RÉFÉRENCE	30
3.1. LE CADRE GENERAL POUR L'EVALUATION DES COMPETENCES DE TARDIF	30
3.2. LE MODÈLE DE DÉVELOPPEMENT DE L'EXPERTISE PROFESSIONNELLE DE BENNER	34
CHAPITRE 4 MÉTHODE	36
4.1. LE DEVIS DE RECHERCHE CONSTRUCTIVISTE	36
4.2. LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	37
4.2.1. Mise en place de la recherche (phase 1)	37
4.2.2. L'exploration dirigée (phase 2).....	41
4.2.3. La construction collective (phase 3)	45
4.3. CONSIDERATIONS ETHIQUES	46
4.4. LES CRITERES DE RIGUEUR SCIENTIFIQUE.....	47
CHAPITRE 5 RÉSULTATS	50
5.1. LE PROFIL DES PARTICIPANTES.....	50
5.1.1. Profil des gestionnaires	51
5.1.2. Profil des infirmières expertes	52
5.1.3. Profil des infirmières débutantes	52
5.2. LA PRESENTATION DES RESULTATS	52
5.2.1. La vulnérabilité face au rôle d'AIC	55
5.2.2. L'interconnexion des compétences clinico-administratives	61
5.2.3. L'influence des facteurs personnels et organisationnels sur le développement des compétences clinico-administratives.....	69
5.2.4. Les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives pour harmoniser le rôle des infirmières débutantes en fonction d'AIC	71
5.2.5. Synthèse des résultats selon les questions de recherche	79

CHAPITRE 6 DISCUSSION	82
6.1. DISCUSSION DES RESULTATS	82
6.1.1. La vulnérabilité face au rôle d'AIC	83
6.1.2. L'interconnexion des compétences clinico-administratives	85
6.1.3. Harmoniser le rôle des infirmières débutantes en fonction d'AIC	88
6.2. CONTRIBUTION THEORIQUE	92
6.3. LES LIMITES DE L'ETUDE.....	93
6.3.1. Les forces de l'étude	93
6.4. LES RECOMMANDATIONS	94
6.4.1. Recommandations pour la formation.....	94
6.4.2. Recommandations pour la pratique clinique.....	96
6.4.3. Recommandations pour la recherche	97
6.4.4. Recommandations pour la gestion des soins infirmiers.....	97
CONCLUSION.....	100
ANNEXE 1 TABLEAU SYNTHÈSE DES ÉCRITS RECENSÉS.....	102
ANNEXE 2 LETTRE EXPLICATIVE DESTINÉE AUX GESTIONNAIRES ET INFIRMIÈRES EXPERTES.....	108
ANNEXE 3 LETTRE EXPLICATIVE DESTINÉE AUX INFIRMIÈRES DÉBUTANTES	112
ANNEXE 4 GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL (GESTIONNAIRES ET INFIRMIÈRES EXPERTES)	116
ANNEXE 5 GUIDE D'ENTRETIEN DE GROUPE (INFIRMIÈRE DÉBUTANTE)	122
ANNEXE 6 QUESTIONNAIRE DES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTeS.....	126
ANNEXE 7 ENTRETIEN DE GROUPE DES GESTIONNAIRES ET INFIRMIÈRES EXPERTES.....	134

ANNEXE 8 LE FEUILLET D'INFORMATION ET LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES GESTIONNAIRES ET INFIRMIÈRES EXPERTES ...	136
ANNEXE 9 LE FEUILLET D'INFORMATION ET LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES INFIRMIÈRES DÉBUTANTES	146
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	156

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Déroulement chronologique des rencontres.....	42
Tableau 2. Profil sociodémographique des participantes	51
Tableau 3. Tableau des consensus	54

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC.....	55
--	----

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AIC	Assistante infirmière-chef
ACÉSI	Association canadienne des écoles de sciences infirmières
CEPI	Candidate à l'exercice de la profession d'infirmière
CUSI	Chef d'unité de soins infirmiers
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
UQAR	Université du Québec à Rimouski

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le contexte de soins en milieu hospitalier au Québec présente de nombreux défis et changements organisationnels touchant inévitablement les infirmières¹ autant expertes que débutantes, ces dernières années. Les conditions difficiles font qu'en ce moment, au Québec, il est observé, chaque année, des départs et des mutations s'élevant à environ 20 % des infirmières œuvrant en milieu hospitalier (Phaneuf, 2014). Devant cette précarité des effectifs infirmiers, les administrateurs des établissements de santé font face actuellement à une main-d'œuvre infirmière de moins d'années d'expérience et une diminution de l'expertise. La sécurité des patients et la qualité des soins étant au cœur de la profession infirmière, cette situation préoccupe ardemment les administrateurs des établissements qui constatent également une augmentation de la complexité des soins à offrir à une clientèle de plus en plus vieillissante (ICIS, 2011; OIIQ, 2012).

Ainsi, il n'est pas rare de constater que les infirmières débutantes soient confrontées à assumer davantage de responsabilités au sein d'une unité de soins alors que les attentes des établissements de santé deviennent de plus en plus grandes à l'égard de la qualité des soins. Ces attentes plus élevées découlent, entre autres, de l'obligation des établissements de santé à se soumettre aux normes d'agrément axées sur l'offre de la meilleure qualité des soins possible pour les patients et leurs familles (AgrémentCanada, 2018). Cette réalité des infirmières débutantes, ayant peu d'expérience clinique et encore moins en gestion, entraîne le défi d'exercer le rôle d'AIC², notamment le soir, la nuit ou la fin de semaine en absence d'infirmières expérimentées. Ce défi peut également subvenir à d'autres moments dans la

¹ Les termes « infirmière », « étudiante-chercheuse », « participante » et « gestionnaire » seront utilisés dans le texte afin d'assurer l'anonymat et la fluidité. Ils incluent le genre masculin.

² Le titre d'emploi AIC (assistante infirmière-chef) est l'appellation officielle utilisée par le MSSS (2010) qui sera utilisé dans ce mémoire.

pratique quotidienne des infirmières débutantes tels que les journées fériées, la période de vacances ou le refus d'une infirmière plus expérimentée à exercer le rôle d'AIC. La problématique exposée dans le cadre de ce mémoire se situe davantage le soir, la nuit ou la fin de semaine. Or, ce rôle fondamental, pour assurer la qualité des soins dans une unité, qui requiert des compétences clinico-administratives importantes dont les infirmières débutantes ne se sentent pas suffisamment préparées, est très peu documenté. Ce mémoire propose donc d'explorer les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC le soir, la nuit ou la fin de semaine selon la perspective de gestionnaires, d'infirmières expertes et débutantes.

Le premier chapitre met en évidence l'importance du problème actuellement vécu par les infirmières débutantes exerçant le rôle d'AIC qui expose le but et les deux questions de la présente recherche. La recension des écrits, au chapitre deux, fait état des études portant sur la description du rôle de l'AIC, les compétences clinico-administratives attendues à l'égard des infirmières débutantes et les stratégies qui soutiennent le développement de ces compétences. Le chapitre trois présente le cadre de référence de l'étude qui reposent sur le développement des compétences de Tardif (2006) et le modèle de l'expertise professionnelle des infirmières de Benner (2001). La méthode utilisée, permettant de répondre au but et aux questions de la recherche, est présentée au quatrième chapitre. Les éléments qui constituent le devis de recherche choisi, ainsi que la démarche méthodologique qui comprend la mise en place de la recherche, l'exploration dirigée et la construction collective sont décrits. Pour terminer ce chapitre, les considérations éthiques et les critères de rigueur sont exposés. Les résultats de l'étude sont détaillés au chapitre cinq. Enfin, la discussion, les limites de l'étude ainsi que les recommandations sur le plan de la formation, la pratique clinique, la recherche et la gestion en soins infirmiers sont exposées au chapitre six.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre expose la problématique associée aux infirmières débutantes exerçant le rôle d'AIC notamment le soir, la nuit ou la fin de semaine par manque d'infirmières expérimentées. Il présente le contexte actuel dans lequel les infirmières débutantes exercent le rôle d'AIC ainsi que les principales difficultés rencontrées par ces dernières. Par la suite, les programmes d'intégration existants dans les milieux et la pertinence de cette étude sont abordés. Enfin, le but de cette étude ainsi que les questions de recherche viennent clore ce chapitre. Il est à préciser que le terme infirmière débutante utilisé dans le cadre de ce mémoire, est définie selon la théorie de Benner (2001) comme étant une infirmière de l'équipe de travail qui exerce le rôle d'AIC ayant deux ans ou moins d'expérience.

1.1. CONTEXTE ACTUEL

Le système de santé et services sociaux du Québec rencontre actuellement des difficultés financières et les compressions budgétaires en matière de santé sont devenues une réalité quotidienne pour l'ensemble des milieux hospitaliers au Québec. Selon l'OIIQ (2014), les enjeux financiers, découlant notamment des réformes de santé survenues au cours des dernières années, ont eu des répercussions majeures sur tous les niveaux de la gouvernance des établissements de santé où la complexité clinico-administrative s'accroît. Dans ce contexte de mouvance et de complexité clinico-administrative, les administrateurs des établissements de santé font face également à une main-d'œuvre infirmière de moins d'années d'expérience et une perte d'expertise qui s'intensifiera au cours des prochaines années. En réalité, l'année 2017 a été marquée par le plafonnement des départs à la retraite, qui étaient en hausse depuis une dizaine d'années (OIIQ, 2017). Ainsi, il est constaté que la

moyenne d'âge des AIC du Québec se situe autour de 43 ans (OIIQ, 2014). Sous cette pression face aux changements constants et complexes dans le système de santé, la performance des infirmières débutantes s'avère affectée selon certains auteurs (Dyess & Sherman, 2009; Simmons, 2016).

Devant ces constats démographiques, il devient évident que les infirmières débutantes en milieu hospitalier sont appelées rapidement à assumer des responsabilités importantes malgré le contexte de soins de plus en plus difficile. En réalité, ces infirmières débutantes deviennent rapidement la personne responsable d'une unité de soins notamment le soir, la nuit ou la fin de semaine par manque d'infirmières expérimentées. Parfois, cette assignation à titre d'AIC pour les infirmières débutantes se produit même le temps d'un remplacement ou même d'un seul quart de travail sans préavis et formation. Un manque de préparation et de soutien lors de l'entrée en emploi de l'ensemble des nouvelles AIC est rapporté abondamment dans les écrits (Bradshaw, 2010; McCallin & Frankson, 2010; Pryby, 2016; Sherman & Eggenberger, 2009; Turmel-Courchesne, 2015; Wojciechowski, Ritze-Cullen, & Tyrrell, 2011). Malheureusement, la fonction d'AIC est à la fois peu étudiée et l'infirmière débutante est peu préparée pour jouer ce rôle (Eggenberger, 2011). Ainsi, ce défi de gestion, tant pour ces infirmières débutantes que pour les administrateurs, devient un enjeu majeur à considérer pour assurer une dispensation de soins sécuritaires et de qualité auprès d'une clientèle aux besoins de santé de plus en plus complexes. La présente recherche se veut donc novatrice pour soutenir les infirmières débutantes en fonction AIC afin qu'elles exercent ce rôle majeur de façon sécuritaire. Devant l'ampleur de cette problématique, il est judicieux ici d'expliquer brièvement le rôle de l'AIC pour comprendre son importance au sein d'une unité de soins et pour démontrer l'envergure du défi à relever pour les infirmières débutantes.

Avant de s'attarder au rôle de l'AIC, il importe de distinguer brièvement les termes de rôle et de responsabilités. En ce qui concerne le rôle de l'infirmière référant au champ d'exercice de la profession, il se définit comme suit : l'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de

maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs (OIIQ, 2018). Dans le cadre de l'exercice infirmier, 17 activités sont réservées à l'infirmière et à l'infirmier (OIIQ, 2018). Pour l'AIIC (2015), parmi les rôles essentiels exercés par les infirmières, se trouve la promotion de la santé et d'un environnement sain, la prévention de la maladie, la recherche, l'éducation et les soins dispensés aux personnes malades, handicapées ou mourantes. En approfondissant le concept de rôle, la notion de responsabilités ressort comme étant intrinsèque à ce dernier (Bérubé, 2016). Ainsi, les employeurs et les administrateurs peuvent déterminer les responsabilités sur le plan organisationnel qui sont du domaine des infirmières en fonction de la complexité des soins, du besoin d'expertise clinique et de jugement, de la réflexion critique, de l'analyse, de la résolution de problèmes, de la prise de décisions et du leadership (AIIC, 2015).

1.2. LE RÔLE DE L'AIC

Le titre d'AIC se définit comme une infirmière qui dirige les employés et coordonne les activités infirmières d'une unité pour un quart de travail particulier (Bradshaw, 2010; Connelly, Yoder, & Miner-Williams, 2003; Morris, 2004). Elle joue un rôle central pour maximiser les résultats positifs pour les patients et minimiser les préjudices (Cathro, 2015). Le rôle de l'AIC est décrit comme étant complexe et dynamique requérant un certain niveau d'expertise clinique (Sheets, 2015). L'AIC représente également un rôle-clé dans le soutien aux infirmières, la coordination de l'équipe, le mentorat à l'équipe et la communication (Kramer et al., 2007). De leur perspective, les infirmières décrivent plutôt le rôle d'AIC comme étant les yeux sur l'unité de soins (Eggenberger, 2011). Ce rôle d'AIC exige donc des responsabilités clinico-administratives importantes. Selon Villeneuve (2005), l'AIC planifie, supervise et coordonne les activités d'un service pour toute la durée de celui-ci en agissant à titre de personne-ressource auprès de ses collègues pour la planification, la distribution et l'évaluation des soins infirmiers. Ainsi, elle occupe un rôle de premier plan et est souvent perçue comme le pivot central des équipes interdisciplinaires (Bradshaw, 2012;

Sherman & Eggenberger, 2009). Notons que le rôle d'AIC sera détaillé dans le chapitre de la recension des écrits.

De plus, l'AIC travaille en étroite collaboration avec le chef d'unité de soins infirmiers³ (CUSI) au quotidien pour assurer le bon fonctionnement de l'unité de soins. Par conséquent, il importe de bien distinguer le rôle du CUSI par rapport à celui de l'AIC dans ce texte. De prime abord, le rôle du CUSI comporte de nombreux défis en raison d'un système de santé en constante modification, de l'augmentation de la clientèle en perte d'autonomie et d'un manque d'expertise sur les unités de soins, découlant du départ massif d'infirmières à la retraite (Blanchet, 2016). En plus de gérer le personnel et de faire en sorte que les activités sur l'unité respectent un budget donné, le CUSI doit jouer un rôle de leader clinique auprès de l'organisation et accompagner les infirmières dans les changements cliniques visant des soins de qualité (Disch, Dreher, Davidson, Sinioris, & Wainio, 2011). Étant un observateur actif de la qualité et de la sécurité des soins (Bérubé, 2016), il n'est pas surprenant que le CUSI, appelé également gestionnaire, soulève le manque d'expertise des infirmières débutantes en fonction d'AIC exerçant dans son unité de soins. Goudreau et al. (2013) soulignent d'ailleurs le rôle majeur des infirmières gestionnaires dans le développement des compétences des infirmières débutantes. En effet, en encourageant les activités de développement et en ayant des attentes élevées quant à leurs compétences, les infirmières gestionnaires facilitent ce parcours développemental.

Le CUSI planifie, coordonne et contrôle également les programmes et les activités ayant trait aux soins infirmiers afin d'assurer à la clientèle de l'unité, des soins et des services de qualité optimale en fonction de leurs besoins (MSSS, 2006). Elle doit également assumer des responsabilités relatives aux politiques et aux procédés de même que la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles (MSSS, 2006). Au-delà de la définition et de l'opérationnalisation à un milieu particulier, le rôle du CUSI est également associé à la gouvernance clinique. En effet, Dallaire, Hegg-Deloye, Thibault, and Villeneuve

³ Le titre d'emploi de chef d'unité de soins infirmiers (CUSI) est l'appellation officielle selon le MSSS (2006) qui sera utilisé dans ce mémoire.

(2015) affirment que les CUSI sont un rouage important dans la capacité de l'organisation à donner des soins de qualité et sécuritaires en raison de leurs responsabilités pour les soins directs aux patients et dans la gestion du personnel. En réalité, le CUSI est « officiellement responsable, 24 heures sur 24, sept jours par semaine, de la gestion de son (ou ses) unité(s) de soins ou département(s) dans un établissement de santé » (Mayrand-Leclerc, 2006). Ainsi, la gestion clinico-administrative quotidienne des unités de soins est assumée par un CUSI qui est secondé par des AIC, ces dernières étant des employées syndiquées qui assurent un leadership sur chacun des quarts de travail (Bérubé, 2016). En l'absence du CUSI, l'AIC détient donc le mandat de remplacer celle-ci et prend la responsabilité de s'assurer de la qualité des soins offerts aux patients de l'unité (Connelly et al., 2003). En effet, l'AIC est responsable des patients de l'unité notamment le soir, la nuit et la fin de semaine en absence du CUSI (Admi & Moshe-Eilon, 2010). C'est ainsi qu'elle doit démontrer un éventail de compétences clinico-administratives, des habiletés relationnelles et un jugement clinique solide (Connelly et al., 2003).

L'AIC possède donc des responsabilités à la fois cliniques et administratives déterminées par l'organisation du travail. À titre exemple, l'AIC doit agir à titre d'experte clinique pour répondre à différentes questions de l'équipe de travail (Plourde, 2012). Tandis que, coordonner et répartir les activités de soins au personnel en évaluant la charge de travail de l'unité, tout en tenant compte des compétences de chacun et des besoins de la clientèle, correspond à un exemple concret d'une responsabilité administrative (Plourde, 2012).

En ce sens, il s'avère difficile actuellement pour l'organisation du travail de respecter les qualifications requises pour exercer le rôle d'AIC par manque d'infirmières expérimentées et formées à titre d'infirmière clinicienne à l'université. Il devient donc impératif de se pencher sur cette problématique d'une telle envergure d'autant plus que la formation universitaire pour l'éducation des futures infirmières n'est pas obligatoire actuellement au Québec. Le rehaussement de la formation initiale du diplôme d'études collégiales au diplôme de baccalauréat en sciences infirmières, demandé par l'OIIQ depuis des années, se base sur des faits objectifs, notamment sur l'évolution du rôle de la

coordination de l'infirmière au sein des équipes de soins (OIIQ, 2012). L'évolution du rôle même de l'infirmière exerce une pression supplémentaire sur les infirmières débutantes en fonction d'AIC à bien performer, ce qui exige une coordination à la hauteur des attentes de l'organisation du travail.

1.3. LES DIFFICULTES DES INFIRMIERES DEBUTANTES EN FONCTION D'AIC

Les difficultés rencontrées à accomplir la tâche pour ces infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC sont assez bien documentées dans la littérature (L. Armstrong & Hedges, 2006; Assid, 2010; Pryby, 2016). En effet, le manque de clarté et d'uniformité du rôle de l'AIC est identifié comme étant problématique pour les infirmières débutantes en absence de description claire. L. Armstrong and Hedges (2006) précisent que le manque d'uniformité est observé dans le rôle de l'AIC entre les hôpitaux, mais aussi entre les unités d'un même centre hospitalier. D'autres études récentes, majoritairement américaines (Eggenberger, 2011; Pryby, 2016; Sheets, 2015) appuient le manque de clarté du rôle de l'AIC, rajoutant ainsi un niveau de difficulté supplémentaire pour les infirmières débutantes. L'étude d'Assid (2010) ressort que 75 % des AIC ne se sentent pas préparées à faire leur travail et n'étaient pas certaines de leur description de rôle. Cette ambiguïté persistante du rôle de l'AIC, identifiée comme étant problématique, s'avère également soulevée dans le contexte canadien et québécois à travers quelques études (Bérubé, 2016; Jost & Besner, 2005; Turmel-Courchesne, 2015). Entre autres, une étude au Canada, réalisée auprès du personnel infirmier, révèle une confusion de rôle au sein de la profession infirmière et avec les autres professionnels de la santé (Jost & Besner, 2005). Cette ambiguïté maintient une zone de questionnement redoutable pour les infirmières débutantes dans l'exercice de ce rôle.

Pour les infirmières débutantes qui exercent le rôle d'AIC, ces difficultés risquent d'entraîner une confusion à propos des activités qui leur sont dédiées et une augmentation de la surcharge de travail par manque de préparation pour la gestion clinique et administrative (McCallin & Frankson, 2010). Ainsi, la gestion du personnel, le maintien de standards de

soins appropriés et l'instauration de relations professionnelles entre le personnel et les patients deviennent des activités difficiles à accomplir en raison du manque de préparation (Wojciechowski et al., 2011). À travers certains écrits scientifiques, des auteurs rapportent même que d'exposer les infirmières débutantes en fonction d'AIC, en l'absence d'une formation adéquate, peut résulter à un taux élevé de roulement du personnel infirmier et une faible satisfaction au travail (Schwarzkopf, Sherman, & Kiger, 2012). L'absence de lignes directrices à propos de ce rôle dans le milieu de travail risque de limiter le soutien concret à offrir aux infirmières débutantes en fonction d'AIC.

Bien que le baccalauréat soit la qualification requise pour occuper le travail d'AIC, le contexte particulier au Québec ne contribue pas à soutenir les infirmières débutantes à faire face aux difficultés dans l'exercice de ce rôle. En effet, au Québec, parmi les 5550 infirmières qui exercent actuellement le rôle d'AIC, 75 % d'entre elles détiennent essentiellement une formation collégiale de techniques en soins infirmiers (OIIQ, 2014). Quant aux infirmières diplômées d'un programme de formation universitaire (baccalauréat ou maîtrise), elles représentent près de 16 % de la relève actuellement, soit la proportion la plus élevée des cinq dernières années (OIIQ, 2017). Malgré cette progression, le Québec prend toujours de plus en plus de retard par rapport à bien d'autres systèmes de santé dans le monde. Il n'est donc pas étonnant de constater que le profil recherché ainsi que la compétence des infirmières débutantes sont fréquemment en deçà des qualifications exigées pour ce rôle majeur, et le soutien devient urgent à leur égard.

Toutefois, le manque de soutien des infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC dans le milieu de travail est souligné comme étant problématique selon certains auteurs (Eggenberger, 2011; Pryby, 2016; Sheets, 2015). Ce manque de soutien, notamment offert par les infirmières expertes au quotidien, ne peut s'améliorer avec le plafonnement des départs à la retraite pour l'année 2016-2017 au Québec. Selon l'OIIQ (2017), le sommet de la pyramide des âges s'est déplacé du côté des plus jeunes. Les infirmières et infirmiers âgés de 25 à 34 ans sont désormais plus nombreux que les 45-54 ans, soit 17 888 contre 17 439. Concrètement, la relève infirmière exerçant le rôle d'AIC représente 25 % de l'ensemble de

l'effectif des AIC en poste au Québec (OIIQ, 2017). Un modèle de rôle d'infirmières expertes est donc difficilement applicable notamment le soir, la nuit ou la fin de semaine, ce qui limite le soutien concret au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC.

Bien que les infirmières débutantes démontrent une attitude positive face aux défis (Wangensteen, Johansson, & Nordström, 2008), le soutien et l'encadrement demeurent tout de même cruciaux pour assurer le développement de leurs compétences clinico-administratives. Toutefois, le contexte dans les hôpitaux s'avère encore plus ardu actuellement pour ces infirmières débutantes en l'absence du CUSI et des conseillères en soins de leur secteur respectif le soir, la nuit et la fin de semaine (Admi & Moshe-Eilon, 2010). En effet, elles ne bénéficient pas du mentorat clinique et administratif immédiat qu'offrent le CUSI et les conseillères en soins durant le service de jour, du lundi au vendredi, pour répondre à leurs questions et assurer un soutien au développement de leurs compétences clinico-administratives lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC.

1.3.1. LES IMPACTS

Ainsi, les infirmières débutantes doivent composer avec l'immense défi de la perte des infirmières expérimentées tout en assurant un leadership dans le soutien clinique avec l'arrivée de nombreuses nouvelles infirmières dans la profession infirmière. À cet égard, Wangenstein et al. (2008) mentionnent que les infirmières débutantes manquent de compétences précisément à exercer leur leadership, et le développement de leurs compétences demeure nécessaire surtout en situation urgente le soir, la nuit et la fin de semaine. Par conséquent, un risque de préjudice dans les soins dispensés demeure une éventualité possible devant une clientèle ayant des besoins cliniques de plus en plus complexes. À cet effet, une étude américaine traitant des compétences générales a démontré qu'entre 49 % et 53 % des infirmières débutantes sont impliquées dans les erreurs produites en soins infirmiers (Saintsing, Gibson, & Pennington, 2011). Plusieurs auteurs soutiennent

que la sécurité des patients représente une partie importante du rôle de l'AIC (Cathro, 2015; Connelly et al., 2003; Eggenberger, 2012). Considérant également que les AIC sont décrites comme des ressources efficaces, des modèles de rôle, des mentors et des agents de changement (Wojciechowski et al., 2011), l'urgence d'agir pour soutenir les infirmières débutantes en fonction d'AIC est réellement présente afin d'assurer la qualité des soins.

Ce défi s'avère donc difficile à relever pour les infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC en absence de stratégies de soutien pour qu'elles développent les compétences clinico-administratives attendues à leur égard. Rudman, Gustavsson, Ehrenberg, Boström, and Wallin (2012) affirment également que les infirmières débutantes font face à des défis dans leur environnement de travail qui dépassent leur expérience clinique et peuvent affecter l'application des bonnes pratiques de soins. Il devient ainsi difficile pour les infirmières débutantes d'exercer le rôle d'AIC de façon optimale et conforme aux attentes de l'organisation du travail. Selon Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner, and Kivimäki (2005), les changements et les défis auxquels font face les infirmières débutantes en poste de responsabilité en gestion sur le plan individuel, organisationnel et sociétal requièrent des actions rapides. Le maintien de l'attraction de ces infirmières débutantes devient également un enjeu majeur dans ce contexte considérant les innombrables défis à relever. Au Québec, une étude corrélationnelle descriptive, réalisée auprès de 309 infirmières débutantes, démontre que les CUSI devraient offrir un environnement de travail qui soutient les infirmières débutantes afin d'éviter que celles-ci quittent vers d'autres établissements ou la profession (Lavoie-Tremblay, O'Brien-Pallas, Gélinas, Desforges, & Marchionni, 2008).

1.4. LES PROGRAMMES D'INTEGRATION

Des programmes d'intégration existent actuellement, au Québec et ailleurs dans le monde, pour les infirmières débutantes en milieu hospitalier, spécifiquement lors de leur arrivée dans la profession, afin de soutenir leur période de transition pour assurer une pratique sécuritaire (G. Armstrong, Headrick, Madigosky, & Ogrinc, 2012; Dyess & Sherman, 2009; Hoffart, Waddell, & Young, 2011; Schoessler & Farish, 2007; Simmons, 2016; Tabari-Khomeiran, Kiger, Parsa-Yekta, & Ahmadi, 2007). Toutefois, les programmes d'orientation

destinés aux AIC ont tendance à être de nature informelle et souvent limitée aux routines de l'unité (Teran & Webb, 2016). Actuellement, ce manque de structure offert pour les infirmières débutantes en fonction d'AIC ne leur permet pas de faire face à des situations complexes durant leur quart de travail (Teran & Webb, 2016). De leur côté, Roxburgh et al. (2010) mettent en lumière l'efficacité d'un programme d'intégration spécifique à chacune des unités de soins pour améliorer la confiance et les compétences des infirmières débutantes durant leur première année au travail. Toutefois, bien que ce type de programme d'intégration réponde aux besoins des infirmières débutantes, il est davantage axé sur l'aspect clinique et non administratif et ne permet pas de préparer adéquatement les infirmières débutantes au rôle d'AIC. Les programmes d'intégration se composent généralement d'un volet théorique et pratique qui vise principalement le développement des compétences cliniques de l'infirmière en début de profession. Le développement des compétences administratives de l'infirmière ne fait pas partie des objectifs ciblés par ces programmes. Il importe de préciser que dans certains centres hospitaliers du Québec, on remarque une absence de programme d'intégration pour les infirmières débutantes en fonction d'AIC.

Homer and Ryan (2013) affirment, quant à eux, que le manque de programme de formation destiné au rôle d'AIC en lien avec ses innombrables responsabilités peut affecter négativement les soins aux patients et le flux du travail de l'unité. Il n'est donc pas surprenant que les gestionnaires du réseau aient maintes fois exprimé leur difficulté de fournir, pour les postes de soir, de nuit et de fin de semaine, un nombre suffisant d'infirmières expérimentées et d'obtenir les ressources nécessaires pour garantir une équipe de soins adéquate ainsi que l'encadrement clinique requis (OIIQ, 2007). Ainsi, malgré l'importance du problème, les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives, pour les infirmières débutantes qui exercent le rôle d'AIC, demeurent peu documentées actuellement selon la perspective des différents acteurs concernés, soit celle des gestionnaires, des infirmières expertes et débutantes.

1.5. LA PERTINENCE

Cette étude, s'intéressant au soutien du développement des compétences clinico-administratives, prend toute son importance dans un contexte où les infirmières débutantes sont appelées à exercer rapidement le rôle d'AIC d'une unité de soins notamment le soir, la nuit ou la fin de semaine. Dans le cadre de ce rôle, les infirmières débutantes doivent exercer certaines responsabilités clinico-administratives dédiées au CUSI en son absence tout en soutenant l'ensemble du personnel soignant dans la prestation de leurs soins. En effet, par leurs nombreuses activités, elles deviennent des personnes-ressources qui présentent une vision d'ensemble sur le personnel et les patients de l'unité (Turmel-Courchesne, 2015). Benison (2013) souligne également l'importance du rôle des AIC en mentionnant qu'elles sont une source essentielle d'informations et de soutien pour les autres infirmières afin de maintenir la qualité et la sécurité des soins. De plus, Sévigny and Effio (2016) ainsi que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2006) appuient l'importance de ce rôle puisque les AIC sont identifiées comme la clé du maintien de la qualité des soins et des services dans les établissements de santé. Le travail de l'AIC s'avère donc crucial pour le bon fonctionnement des unités de soins, pour la qualité ainsi que pour la sécurité des soins offerts à la clientèle.

Toutefois, pour bien assumer ce rôle crucial, les infirmières débutantes doivent avoir les compétences clinico-administratives requises. Or, ces compétences demeurent peu documentées jusqu'à présent dans la littérature, selon la perspective de différents acteurs, et ce, même si les attentes sont de plus en plus élevées envers les infirmières débutantes qui exercent le rôle d'AIC. En effet, les attentes des employeurs des établissements de santé, en regard de leurs compétences en début d'emploi, deviennent de plus en plus grandes et les infirmières débutantes ne se sentent pas suffisamment préparées pour y répondre (Simmons, 2016). Étonnamment, le contexte actuel exige que les infirmières débutantes, qui exercent le rôle d'AIC, développent rapidement leur expertise malgré une complexification des soins (Plourde, 2012). Il devient ainsi primordial de soutenir le développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC.

Malgré ces attentes élevées et le rôle complexe qu'exige le rôle d'AIC, la définition des compétences clinico-administratives n'est pas clairement exposée à travers les écrits et diffère d'un centre hospitalier à un autre. Du côté de l'OIIQ (2009), la mosaïque des compétences permet de représenter et de définir les compétences cliniques de l'infirmière à diverses étapes de son développement professionnel. Par contre, actuellement, les compétences clinico-administratives ne sont pas définies par l'OIIQ. De plus, la littérature donne de nombreux exemples de modèles utilisés pour les programmes d'intégration centrés sur le développement des compétences cliniques. Toutefois, les modèles d'intégration visant le développement des compétences clinico-administratives requises pour les infirmières débutantes en fonction d'AIC sont manquants.

Hoffart et al. (2011) affirment que des travaux supplémentaires s'avèrent nécessaires pour soutenir l'acquisition de compétences des infirmières débutantes durant leur période de transition. D'ailleurs, les résultats de l'étude de Wangenstein et al. (2008) confirment aussi que les infirmières débutantes doivent être soutenues par un programme d'intégration présentant des situations d'apprentissage. Par contre, bien que la littérature démontre l'importance du problème, peu d'études ont exploré les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes pour qu'elles exercent le rôle d'AIC de façon sécuritaire le soir, la nuit ou la fin de semaine. Les bienfaits de la mise en œuvre de la solution proposée se répercutent nécessairement sur la qualité du soutien offert aux infirmières débutantes en fonction d'AIC par l'entremise de stratégies concrètes et disponibles dans les milieux de soins. Considérant également l'impact du rôle de l'AIC sur la qualité des soins (Cathro, 2015), la sécurité des patients se voit assurée.

1.6. BUT ET QUESTIONS DE RECHERCHE

Le but de la présente recherche est d'explorer les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC selon la perspective de gestionnaires, d'infirmières expertes et débutantes en

fonction d'AIC le soir, la nuit ou la fin de semaine. Deux questions de recherche découlent donc de ce but :

1) Quelles sont les compétences clinico-administratives attendues des infirmières débutantes en fonction d'AIC selon la perspective de gestionnaires, d'infirmières expertes et débutantes?

2) Quelles sont les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC selon la perspective de gestionnaires, d'infirmières expertes et débutantes?

Ce chapitre a présenté l'importance de la problématique associée aux infirmières débutantes qui exercent le rôle d'AIC le soir, la nuit ou la fin de semaine. Le contexte actuel dans lequel les infirmières débutantes exercent le rôle d'AIC s'avère difficile, notamment par le manque d'infirmières expertes et de soutien concret particulièrement le soir, la nuit et la fin de semaine. L'ambiguïté entourant le rôle de l'AIC dans le milieu de travail risque également de limiter le soutien concret à offrir aux infirmières débutantes en absence de lignes directrices. De plus, les programmes existants à travers la littérature répondent davantage aux besoins cliniques qu'aux besoins administratifs des infirmières débutantes en fonction d'AIC. Le chapitre suivant présente la recension des écrits effectuée dans le cadre de ce projet de recherche afin de faire état des connaissances actuelles dans la littérature.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits est divisée en trois parties. Dans un premier temps, ce chapitre présente les écrits en regard de la définition du rôle de l'AIC afin de clarifier cette fonction centrale exercée dans une unité de soins. Par la suite, le concept de compétence clinico-administrative est exploré selon différents écrits. Enfin, les stratégies de soutien recensées pour soutenir les infirmières débutantes en fonction d'AIC sont présentées.

2.1. STRATEGIES DE REPERAGE DES ECRITS

Afin de documenter l'état des connaissances actuelles du rôle de l'AIC, de la compétence clinico-administrative et des stratégies de soutien, les tactiques de recherche documentaire ont ciblé les articles scientifiques en sciences infirmières. De plus, les stratégies de repérage ont visé la recherche de thèses de doctorat et de mémoire de maîtrise dans ce même domaine au Québec, mais aussi au Canada, aux États-Unis et en Australie. Les moteurs de recherche, tels que *CINAHL*, *MEDLINE*, *ScienceDirect* et *Dissertations & Theses Global (ProQuest)*, ont été exploités dans le cadre de cette recension des écrits. Les articles scientifiques publiés depuis une dizaine d'années ont été analysés afin de documenter en profondeur le sujet de recherche. Les mots-clés, tels que compétence, compétence clinico-administrative, développement des compétences, stratégies de soutien, infirmière débutante, infirmière experte, AIC et programme d'orientation, ont été utilisés autant en français qu'en anglais. Trois constats se dégagent de cette recension. D'une part, bien que certains auteurs mentionnent que les écrits portant sur le rôle de l'AIC soient peu nombreux (Bérubé, 2016; Teran & Webb, 2016; Turmel-Courchesne, 2015), ceux portant sur le rôle des infirmières débutantes lorsqu'elles sont AIC s'avèrent encore moins présents dans la littérature. En effet,

18 articles scientifiques ont été recensés au sujet du rôle de l'AIC comparativement à trois s'adressant aux infirmières débutantes lorsqu'elles sont AIC. D'autre part, seulement deux études québécoises abordent clairement le terme des compétences clinico-administratives, soit l'essai de Plourde (2012) et la thèse doctorale de Villeneuve (2005). Enfin, plusieurs écrits, majoritairement américains, abordent les stratégies de soutien au développement des compétences essentielles pour les infirmières en début de profession afin qu'elles exercent leur rôle de façon sécuritaire (G. Armstrong et al., 2012; Dyess & Sherman, 2009; Hoffart et al., 2011; Schoessler & Farish, 2007; Simmons, 2016; Tabari-Khomeiran et al., 2007). Toutefois, les écrits qui s'intéressent au soutien offert aux infirmières débutantes en fonction d'AIC sont moins nombreux à travers les écrits recensés.

2.2. DEFINITION DU ROLE DES AIC

Quelques études, majoritairement américaines, se sont intéressées au rôle de l'AIC. L'étude qualitative de Wilson, Talsma, and Martyn (2011), réalisée auprès de 24 infirmières, visait à décrire les comportements des AIC lors de prises de décision. Les résultats révèlent que le rôle majeur des AIC est celui d'assurer un nombre adéquat d'infirmières pour maintenir un ratio infirmière-patients sécuritaire afin d'offrir des soins de qualité. Les comportements liés aux prises de décision des AIC s'appuient sur les ressources disponibles, la communication, la flexibilité, la neutralité et la vision globale du département (Wilson et al., 2011). Les AIC combinent un rôle de gestion administrative et de pratique clinique pour s'assurer du bon fonctionnement de l'unité et de l'offre de soins sécuritaires aux patients (Wilson et al., 2011).

Quant à Eggenberger (2011), elle a conduit une étude qualitative afin de mieux comprendre l'expérience vécue des AIC d'unités de soins en milieu hospitalier face à leur propre rôle. Des entretiens semi-structurés ont été menés auprès de 20 AIC. Les résultats de l'étude présentent une description de leur expérience selon huit thèmes, soit la création d'un environnement sécuritaire, la surveillance de la qualité, la performance des façons de faire,

la gestion de l'unité, faire la différence, résoudre les problèmes, éteindre les urgences ainsi que de maintenir le bien-être des patients. Au sein de certaines unités de soins, les AIC sont désignées comme étant une ressource pour les autres membres de l'équipe tout en conservant la responsabilité de leur propre assignation de patients (Sherman & Eggenberger, 2009). Le rôle de l'AIC est clairement décrit comme ayant un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

L'étude qualitative exploratoire de Connelly et al. (2003) avait pour but d'améliorer l'efficacité du travail d'AIC, en identifiant les compétences requises dans l'exercice de ce rôle. Des entretiens ont été effectués auprès de 42 membres du personnel infirmier, incluant des CUSI, des AIC, des infirmières et du personnel de supervision. De ces entretiens émergent 52 compétences réparties en quatre catégories : 1) les compétences cliniques et techniques référant aux soins dispensés à la clientèle de l'unité, 2) les compétences de pensée critique sont reliées davantage aux prises de décision et à la résolution de problème dans l'unité, 3) les compétences organisationnelles renvoient à la compréhension de l'environnement organisationnel à différents niveaux et 4) les compétences d'habiletés en relations humaines réfèrent plutôt à la capacité de l'AIC à créer des interactions efficaces avec les membres de l'équipe pour assurer l'accomplissement des activités cliniques et administratives dans l'unité.

De leur côté, Flynn, Prufeta, and Minghillo-Lipari (2010) se sont inspirés des quatre catégories de compétences de Connelly et al. (2003) afin de clarifier le rôle de l'AIC. Le développement d'une orientation officielle pour le rôle d'AIC a été mis sur pied afin que les AIC puissent bien connaître les compétences et les responsabilités associées à leur travail. Les résultats de leur recherche, en lien avec les compétences identifiées, se sont avérés semblables à celles de Connelly et al. (2003). D'autres compétences ont été identifiées dans cette étude afin d'éclaircir le rôle, soit la gestion des lits, servir de modèle de rôle, favoriser le travail d'équipe et la collaboration interdisciplinaire.

En Nouvelle-Zélande, McCallin and Frankson (2010) ont conduit une étude descriptive exploratoire visant à explorer le rôle de l'AIC. Des entrevues structurées ont été réalisées

auprès de 12 CUSI d'un hôpital de soins aigus. Les résultats de cette étude mentionnent que les AIC possèdent des compétences en lien avec les répartitions des budgets, la gestion des lits, la planification des soins et services offerts aux patients, de rencontres avec les familles et du soutien auprès des autres collègues de travail. Le rôle des AIC est décrit également comme complexe, ambigu et exigeant.

Au Québec, Bérubé (2016) met en perspective la complémentarité du rôle entre le CUSI et l'AIC. Cette recherche qualitative a été menée auprès de huit CUSI et sept AIC d'un centre hospitalier au Québec qui ont pris part à des entretiens individuels. Il en résulte des composantes distinctives, mais complémentaires du rôle du CUSI et de l'AIC, qui permettent d'améliorer la compréhension de leur travail. Les résultats montrent, entre autres, sept composantes propres au rôle de l'AIC : 1) coordination des ressources matérielles et informationnelles sur l'unité, 2) coordination des soins sur l'unité, 3) assignation et encadrement du personnel sur l'unité, 4) gestion terrain des plaintes et des conflits sur l'unité, 5) soutien clinique, 6) leadership par le travail d'équipe et 7) coordination de la trajectoire patient. Cette étude se distingue par la profondeur des différentes composantes du rôle de l'AIC en considérant la complémentarité avec celui du CUSI. Les résultats de cette étude corroborent majoritairement les autres écrits recensés dans le cadre de cette recherche (Connelly et al., 2003; Eggenberger, 2011; Flynn et al., 2010; McCallin & Frankson, 2010; Turmel-Courchesne, 2015; Wilson et al., 2011).

Bien que ces auteurs perçoivent différemment les composantes précises du rôle de l'AIC, il est toutefois clair qu'ils s'entendent sur l'impact de ce rôle sur la qualité et la sécurité des soins dispensés à la clientèle. Cet impact du rôle dans une unité de soins est indéniable et fait consensus à travers la littérature scientifique. Toutefois, les composantes du rôle de l'AIC et le contexte dans lequel il est exercé varient d'une étude à l'autre démontrant l'ambiguïté du travail de l'AIC. En effet, pour certaines organisations, le rôle d'AIC est occupée par une seule personne et est plus structurée tandis que pour d'autres, elle est attribuée par rotation aux infirmières ayant le plus d'expérience (Turmel-Courchesne, 2015). Sheets (2015) souligne que le rôle de l'AIC est également complexe et dynamique ce qui

requiert un certain niveau d'expertise clinique. La présente étude qui s'intéresse, entre autres, aux compétences clinico-administratives de l'AIC, peut apporter un éclairage distinctif pour contribuer à l'avancement des connaissances dans un contexte où les infirmières débutantes ont à exercer ce rôle dans les unités de soins notamment le soir, la nuit ou la fin de semaine.

2.3. LES COMPETENCES CLINICO-ADMINISTRATIVES

Puisque les compétences des infirmières débutantes en fonction d'AIC sont au cœur de cette étude, il importe de présenter différentes définitions du concept de compétence. Dans un premier temps, le terme de la compétence est défini selon la perspective de certains auteurs. Par la suite, la compétence clinique exigée à l'égard du rôle même de l'infirmière est exposée. Enfin, la compétence clinico-administrative est définie afin de favoriser une compréhension optimale de ce concept central dans la présente étude.

De prime abord, les documents du milieu de recherche choisis, en lien avec la définition de la compétence de l'infirmière, se sont inspirés de Tardif (2006) et Le Bortef (2010). Ainsi, les experts de la direction des soins infirmiers dans le milieu de la recherche définissent la compétence comme un savoir-agir complexe qui mobilise la combinaison requise de ressources internes et externes permettant de répondre aux diverses situations cliniques de manière à ce que les résultats de soins infirmiers soient optimaux. Ils ajoutent que les ressources internes font référence aux attributs personnels de l'infirmière telles que ses connaissances, son savoir-faire, son savoir-être ainsi que sa capacité de réfléchir dans l'action pour comprendre chaque situation particulière et y réagir adéquatement. Enfin, les ressources externes font référence à l'environnement physique, aux outils de soins, aux guides de références ainsi qu'aux normes professionnelles. Au-delà de cette définition opérationnelle dans le milieu de la recherche, les concepts de la compétence du modèle de Tardif (2006) et Le Bortef (2010) deviennent une base nécessaire à parcourir afin de bien comprendre l'essence de ces deux théories.

Bien que le modèle de Le Bortef (2010) réfère au concept de compétence de façon globale, ses travaux se distinguent par le concept de professionnel compétent. Être un professionnel compétent, à qui on peut faire confiance, se reconnaît non pas au fait qu'il possède une liste de compétences, mais au fait qu'il sait agir de façon pertinente, responsable et compétente, dans diverses situations qu'il doit traiter ou gérer (Le Bortef, 2010). À son égard, le professionnel compétent ne réside pas dans l'agir, mais dans la façon d'agir et dans la façon de prendre en compte les conséquences de ses actes. En ce qui concerne la compétence globale d'une personne selon la perspective de cet auteur, elle se caractérise bien par cette capacité à combiner ses ressources en agissant avec compétence et non seulement d'une simple connaissance découlant du savoir brut de la personne. Selon Le Bortef (2010), la compétence s'appuie également sur trois leviers essentiels, soit le savoir, le pouvoir et le vouloir. La combinaison de ces trois composantes assure le bon fonctionnement du développement des compétences. D'ailleurs, ce processus devient une responsabilité partagée entre les différents acteurs impliqués (Le Bortef, 2010). Tardif (2006), quant à lui, définit une compétence comme « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations. » Les travaux de Tardif (2006), retenus à titre de cadre de référence pour notre étude, sont présentés dans le chapitre du cadre conceptuel.

En ce qui a trait aux compétences cliniques de l'infirmière, elles sont explicitées dans la mosaïque des compétences de l'OIIQ (2009) ayant pour but de modéliser la globalité de la compétence requise pour l'exercice de la profession d'infirmière. Cette mosaïque comporte trois composantes, soit la fonctionnelle, la professionnelle et la contextuelle, qui incluent un ensemble de compétences regroupées en catégories : 1) l'évaluation clinique initiale, en cours d'évolution et les constats d'évaluation, 2) les interventions cliniques telles que la planification et la priorisation, la promotion et la prévention, le processus thérapeutique et la réadaptation fonctionnelle et la qualité de vie, 3) la continuité des soins qui comprend la communication et la coordination. Les compétences cliniques sont définies dans l'interaction des trois composantes afin de favoriser l'intégration des connaissances de l'infirmière. Chacune de ces composantes permet donc de reconnaître les différents éléments

se rapportant aux composantes principales et qui interagissent entre elles pour former les compétences cliniques nécessaires afin d'exercer la profession infirmière (OIIQ, 2009). L'intégration des éléments contenus dans les trois composantes principales permet d'établir le jugement clinique qu'une infirmière débutante doit avoir pour exercer sa profession.

Il est possible de constater que les compétences cliniques sont relativement bien documentées et circonscrites par les écrits professionnels. Cependant, les compétences des AIC s'avèrent multiples et touchent autant la dimension clinique qu'administrative (Turmel-Courchesne, 2015). Deux études québécoises ont été retenues afin de documenter la compréhension du concept de la compétence clinico-administrative, soit la thèse doctorale de Villeneuve (2005) ainsi que l'essai de Plourde (2012) qui seront exposés à la lumière de leur complémentarité.

Villeneuve (2005), dans le cadre de sa thèse de doctorat, a conduit une recherche qualitative constructiviste à partir de six études de cas auprès de CUSI dans trois hôpitaux de soins de courte durée de la région de Québec. L'étude a permis de mettre en évidence les dimensions et les domaines d'activités du travail du CUSI. Les résultats suggèrent donc cinq dimensions d'activités des CUSI, soit le travail clinique, le travail administratif, le travail managérial, le travail compensatoire ainsi que le travail complémentaire. Les compétences cliniques incluent les activités liées au développement clinique, au contrôle de la qualité des soins ainsi qu'à l'assurance de la continuité des soins et services aux clientèles (Villeneuve, 2005). Cette dimension clinique fait appel aux compétences de la profession infirmière et à l'expérience acquise en cours d'exercice. La dimension administrative réfère au travail administratif qui consiste en l'application de procédures bureaucratiques routinières qui sont exigées par l'organisation. Les compétences de type clinico-administratives combinent la dimension administrative et la dimension clinique, donc la personne se préoccupe de la gestion financière et budgétaire, ainsi que de la gestion des ressources matérielles et humaines (Villeneuve, 2005). À la suite d'une recension des écrits récents publiés entre 1990 et 2014, Dallaire et al. (2015) ont analysé la littérature québécoise pour comprendre davantage l'évolution des rôles et des responsabilités clinico-administratives du CUSI dans

la gouvernance clinique au sein des établissements de santé. À partir de cette analyse, il semble prudent d'assurer un juste équilibre entre la dimension administrative et la dimension clinique dans leur rôle (Dallaire et al., 2015).

En ce qui concerne le travail managérial, Villeneuve (2005) regroupe le développement d'une vision de l'unité et d'établissement, l'amélioration continue de l'offre de services ainsi que la gestion des ressources humaines. Il réunit également la régulation quotidienne des activités sur le terrain, la coordination des interactions avec les autres services, partenaires et avec la clientèle, la mise en œuvre de changements ainsi que la gestion des priorités et de soi-même. Quant au travail compensatoire, il englobe des activités variées de nature cléricale, clinique ou administrative afin de combler un manque de ressources. Enfin, le travail complémentaire consiste à des activités bureaucratiques généralement attribuées aux CUSI résultant des demandes de la direction et de la commissaire aux plaintes à titre d'exemple.

Deux études québécoises plus récentes s'inspirent des travaux de Villeneuve (2005) pour décrire les activités des AIC en milieu hospitalier (Turmel-Courchesne, 2015) et en contexte d'urgence (Plourde, 2012). Ainsi, les dimensions et les domaines d'activités du travail du CUSI issus de la thèse de Villeneuve (2005) ont été adaptés dans le cadre de l'essai de Plourde (2012) en considérant la complémentarité des rôles du CUSI et de l'AIC. Une description des compétences requises des AIC d'une urgence d'un centre hospitalier au Québec a été élaborée à partir des dimensions et les domaines d'activités de Villeneuve (2005). Pour ce faire, Plourde (2012) a effectué un stage sur les unités d'urgence dans un centre hospitalier au Québec en observant sept AIC dans leur travail respectif sur chaque quart de travail. Cinq compétences générales ont émergé de ses travaux, soit la communication interpersonnelle, la capacité de résolution de problèmes, le leadership transformationnel, le *caring* clinico-administratif ainsi que la connaissance et la compréhension de l'environnement de soins de santé. En ce qui concerne la compétence du *caring* clinico-administratif, Plourde (2012) décline ce concept dans la perspective de l'établissement d'un référentiel de compétences servant d'assise dans le rôle d'AIC en milieu hospitalier. En fait, il s'agit de la transposition des facteurs caritatifs et du processus de caritas

cliniques proposés au niveau de la gestion clinico-administrative (Plourde, 2012). Concrètement, la compétence du *caring* clinico-administrative se traduit, selon Plourde (2012), par une approche humaniste, un esprit d'ouverture et d'altruisme, l'expression des sentiments avec empathie, le soutien et l'accompagnement des autres dans leur développement.

Quant aux travaux de Turmel-Courchesne (2015), l'auteure s'est intéressée aux activités et aux compétences reliées au rôle de l'AIC en milieu hospitalier au Québec dans le cadre d'un mémoire de maîtrise. Cette étude descriptive, utilisant un cadre de référence intégrateur, réunissant les travaux de Villeneuve (2005) et ceux de Benner (2001), propose d'explorer la réalité du travail quotidien des AIC et d'examiner si cette réalité correspond aux attentes des CUSI. Ainsi, six AIC et trois CUSI ont été interviewées dans le cadre de cette étude. Les résultats mettent en lumière que les activités et les compétences attendues à l'égard de la fonction d'AIC se manifestent différemment d'une unité à l'autre, d'un quart de travail à l'autre et des demandes des différents CUSI. Les résultats de cette étude corroborent également les quatre catégories de compétences issues des écrits de Connelly et al. (2003), soit les compétences cliniques et techniques, les compétences de pensée critique, les compétences organisationnelles et celles en relations interpersonnelles. Un grand défi est noté de la part des AIC participantes dans le cadre de cette étude, soit celui de concilier les dimensions cliniques et administratives de leur fonction. Les activités des AIC dans ces domaines administratifs, cliniques et relationnels varient selon le type de gestion du CUSI et de sa présence sur l'unité, du secteur de soins, du type de clientèle, des besoins de l'unité et des différents quarts de travail (Turmel-Courchesne, 2015). À la lumière de ces principaux constats, les domaines d'activités, tant clinique qu'administratif, apparaissent complémentaires et indissociables dans le rôle d'AIC selon les écrits recensés. Bien que l'étude de Plourde (2012) et celle de Turmel-Courchesne (2015) traitent des compétences en lien avec le rôle d'AIC en contexte québécois, il est intéressant de constater certaines divergences dans leurs résultats qui concernent la catégorisation des compétences requises dans le travail de l'AIC. En effet, dans le cadre de son référentiel, Plourde (2012) reprend les cinq dimensions et les domaines d'activités de Villeneuve (2005) pour catégoriser les

compétences requises au rôle de l'AIC, soit le travail clinique, le travail administratif, le travail managérial, le travail compensatoire ainsi que le travail complémentaire. Tandis que Turmel-Courchesne (2015) reprend les quatre catégories de Connelly et al. (2003) pour appuyer ses résultats de recherche, soit les compétences cliniques et techniques, les compétences de pensée critique, les compétences organisationnelles et les compétences de relation interpersonnelles. Les résultats de ces deux études vont dans le même sens et peuvent s'avérer complémentaires. Ils pourraient même être considérés comme les premiers pas vers la construction des compétences clinico-administratives attendues à l'égard des infirmières débutantes en fonction d'AIC dans un contexte québécois.

2.4. STRATEGIES DE SOUTIEN AU DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES CLINICO-ADMINISTRATIVES AUX INFIRMIERES DEBUTANTES EN FONCTION D'AIC

De prime abord, les études de plusieurs chercheurs rapportent des résultats qui contribuent à améliorer les connaissances concernant les stratégies de soutien au développement des compétences dédiées aux infirmières débutantes dans la profession (G. Armstrong et al., 2012; Dyess & Sherman, 2009; Hoffart et al., 2011; Schoessler & Farish, 2007; Simmons, 2016; Tabari-Khomeiran et al., 2007). En effet, le mentorat, le préceptorat et le soutien dans l'environnement de travail, par l'entremise de programmes d'orientation, représentent les principales catégories de stratégies de soutien pour aider les infirmières débutantes dans la profession. À travers la littérature scientifique, trois études ont été retenues pour démontrer le soutien offert et qui s'avère bénéfique pour les infirmières débutantes (Hoffart et al., 2011; Roxburgh et al., 2010; Simmons, 2016). Par la suite, les études s'intéressant aux stratégies de soutien au développement des compétences des infirmières débutantes en fonction d'AIC seront exposées.

Dans le cadre de leurs travaux, Roxburgh et al. (2010) soutiennent l'efficacité d'un programme spécifique aux unités de soins dans un hôpital au Royaume-Uni pour améliorer la confiance et les compétences des infirmières débutantes durant leur première année au travail. Pour ce faire, 97 infirmières débutantes ont été sollicitées à répondre à trois différents

questionnaires de type « Likert » tels qu'une autoévaluation de la compétence, la mesure du niveau de confiance ainsi que la gestion des demandes et des défis présents dans l'environnement au travail. Les résultats supportent l'importance du rôle de l'AIC afin de créer un climat d'apprentissage propre aux besoins des infirmières débutantes dans la profession. Ces auteurs soulignent également que d'autres études s'avèrent nécessaires pour observer les compétences d'un plus grand nombre d'infirmières débutantes dans ce même contexte (Roxburgh et al., 2010).

De leur côté, Hoffart et al. (2011) ont mené une étude longitudinale auprès d'infirmières débutantes au sein d'un hôpital de Boston aux États-Unis. Leurs travaux avaient pour but d'évaluer l'effet d'un modèle de programme sur les infirmières débutantes dans la profession. Notons que ce programme intègre des stratégies de soutien, dont le mentorat et le préceptorat pour les infirmières débutantes. Les résultats de leurs travaux mettent en lumière, entre autres, l'importance du préceptorat dans l'efficacité du programme afin de soutenir les infirmières débutantes dès leur entrée dans la profession d'infirmière. Les auteurs s'entendent toutefois pour affirmer que des travaux supplémentaires sont nécessaires pour permettre aux employeurs d'utiliser leurs ressources le plus efficacement possible pour soutenir les infirmières débutantes (Hoffart et al., 2011).

L'étude de Simmons (2016) examine, quant à elle, la performance des infirmières débutantes de trois à 15 mois d'expérience dans une unité de pédiatrie d'un hôpital aux États-Unis. Un questionnaire a été utilisé afin que les infirmières débutantes puissent évaluer leur performance, leur environnement de travail ainsi que les facteurs environnementaux et individuels qui soutiennent et inhibent leur performance. Ces travaux mettent en perspective les bienfaits des programmes de formation clinique pour soutenir la performance des infirmières débutantes. Simmons (2016) souligne l'importance de l'implication des principaux dirigeants des organisations en santé pour mettre en œuvre des stratégies et des programmes adaptés pour répondre aux besoins spécifiques de leurs infirmières débutantes.

Par ailleurs, comme la littérature est plutôt restreinte en regard des compétences nécessaires au rôle de l'AIC (Plourde, 2012), il n'est pas étonnant de constater que peu

d'écrits existent en ce qui concerne les stratégies de soutien mises en place pour les infirmières débutantes pour qu'elles développent les compétences clinico-administratives requises à l'égard du rôle d'AIC. À notre connaissance, trois études se sont intéressées au développement des compétences et au soutien offert aux AIC débutantes. L'étude de L. Armstrong and Hedges (2006) s'intéresse aux compétences attendues à l'égard des infirmières débutantes en fonction d'AIC tandis que celle de Sheets (2015) explore l'effet d'un programme d'orientation pour améliorer la confiance de celles-ci. Enfin, celle de Pryby (2016) expose le développement d'un atelier sur le leadership pour les infirmières AIC débutantes et expertes.

L'étude de L. Armstrong and Hedges (2006) aborde le sujet sous l'angle des compétences attendues que devraient détenir les AIC débutantes et de la structure de l'encadrement nécessaire qu'elles devraient recevoir dans le cadre de ce rôle. Grâce à la collaboration d'un groupe de 35 participants, comprenant 65 % d'infirmières et 35 % de gestionnaires infirmiers dans deux hôpitaux de la Californie, cinq compétences distinctes ont pu être identifiées, soit la communication et la collaboration, le service à la clientèle, le professionnalisme, la résolution de problèmes et le leadership. Cette clarification des compétences attendues à l'égard des AIC débutantes a permis de structurer davantage le soutien offert dans le cadre de ce rôle (L. Armstrong & Hedges, 2006). Entre autres, un programme de formation officielle et un programme de mentorat ont été implantés à titre de stratégies de soutien pour les AIC débutantes. Selon les résultats issus de cette étude, l'amélioration de la satisfaction des AIC débutantes, des compétences attendues à leur égard et de leur réaction aux résolutions de problèmes survenant dans l'unité a été observée.

L'étude de Sheets (2015) vise de son côté à améliorer la confiance des infirmières débutantes qui exercent le rôle d'AIC en développant un programme d'orientation spécifique basé sur le modèle de Benner (2001). Suivant l'implantation d'un programme d'orientation destiné aux infirmières débutantes en fonction d'AIC, un sondage a été mené, qui a permis de constater que 76,92 % des participants avaient une amélioration significative de leur confiance

en soi. Selon Sheets (2015), les infirmières débutantes ont besoin de comprendre tous les aspects du rôle de l'AIC et en quoi il consiste au quotidien afin de mieux exercer ce travail.

Quant à Pryby (2016), elle a voulu explorer le développement d'un atelier sur le leadership auprès des infirmières débutantes et expertes en fonction d'AIC travaillant sur des unités de médecine et chirurgie dans un hôpital au Texas. Des groupes de discussion focalisés ont été effectués auprès de quatre AIC débutantes et cinq expertes du même titre d'emploi suivant quatre heures d'atelier mensuel sur le leadership pendant une période de trois mois. Des résultats positifs découlent de cette étude dont le rehaussement de la qualité des soins et du leadership des AIC participantes. En effet, Pryby (2016) rapporte une amélioration significative de la communication, du travail d'équipe, de la gestion des conflits, du coaching auprès de l'équipe et de la capacité de prioriser des AIC participantes à cette étude.

Bien que ces trois études s'avèrent intéressantes, elles demeurent axées davantage sur l'effet de ces stratégies de soutien plutôt que sur le développement même des compétences des infirmières débutantes pour qu'elles exercent le rôle d'AIC de façon sécuritaire. De leur côté, certains centres hospitaliers au Québec offrent une orientation générale pour le titre d'AIC sans toutefois proposer une structure concrète de stratégies au développement des compétences pour le rôle d'AIC. Malgré l'existence d'une forme de soutien dans certains milieux cliniques, le manque d'écrits scientifiques est étonnant à l'égard des stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC. L'étude actuelle prend tout son sens dans le cadre de cette recension des écrits.

Ce chapitre a voulu exposer l'importance soulignée par certains auteurs à l'égard du rôle de l'AIC dans une unité de soins, mieux comprendre le concept de la compétence clinico-administrative et explorer les écrits en ce qui a trait aux stratégies de soutien au développement des infirmières débutantes en fonction d'AIC. Une synthèse des principaux écrits recensés (Annexe 1) permet de constater la diversité des études à travers la littérature, l'intérêt marqué quant au rôle de l'AIC et les stratégies de soutien à offrir aux infirmières en début de profession. Cela dit, l'exploration des stratégies de soutien pour développer les

compétences clinico-administratives aux infirmières débutantes en fonction d'AIC demeure discrète à travers les écrits existants. À la lumière de ces constats, il devient pertinent de se pencher sur la présente recherche tout en considérant que la perspective de gestionnaires, d'infirmières expertes et débutantes soit au cœur de la problématique. Le chapitre suivant expose le cadre de référence sur lequel repose cette étude.

CHAPITRE 3

CADRE DE RÉFÉRENCE

Le présent chapitre expose le cadre de référence retenu pour cette étude soit le modèle de Tardif (2006) et celui de Benner (2001). Dans un premier temps, les principaux concepts du cadre général pour l'évaluation des compétences de Tardif (2006) sont exposés. Par la suite, le modèle de développement de l'expertise professionnelle de Benner (2001) est présenté en complémentarité pour clarifier les concepts de l'infirmière débutante et experte.

3.1. LE CADRE GENERAL POUR L'EVALUATION DES COMPETENCES DE TARDIF

Le modèle de Tardif (2006) est issu du secteur de l'enseignement et demeure amplement utilisé en sciences infirmières au Québec pour définir le concept de la compétence (Pepin, Ducharme, & Kérouac, 2017). Tardif (2006) indique qu'il est incontournable de clarifier le concept de compétence, car « il contribue à déterminer les compétences qui constituent les finalités d'une formation donnée et les situations d'apprentissages mises en œuvre pour influencer sur le développement des compétences (p. 17) ».

Tardif (2006) définit une compétence comme « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations (p. 22) ». Selon cet auteur, chaque compétence fait appel à une multitude de ressources de nature variée qui peuvent être aussi combinées. Il classe ces ressources selon deux catégories : les ressources internes et les ressources externes. Les ressources internes sont propres à l'individu et font référence aux connaissances, aux capacités, aux attitudes, les savoir-faire, l'expérience et les qualités de l'individu. Les ressources externes sont les ressources de l'environnement souvent indispensables au développement de la compétence et renvoient à l'utilisation des collègues ou autres

ressources humaines, à l'utilisation des différentes technologies, aux différents logiciels utilisés, aux banques de données et à la documentation. Selon Tardif (2006), l'efficacité de la mobilisation et de l'utilisation des ressources constitue toujours un élément inhérent à la compétence; elle est indissociable. Le niveau de compétence est en fonction du niveau d'autonomie de l'apprenant, de sa capacité plus ou moins grande à mobiliser et à combiner les ressources internes et externes (Tardif, 2006). D'ailleurs, certaines questions du guide d'entretien reposent sur les ressources internes et externes du modèle de Tardif (2006).

Par ailleurs, Tardif (2006) détermine cinq caractéristiques principales inhérentes à la compétence : 1) le caractère intégrateur de la compétence, 2) le caractère combinatoire, 3) le caractère développemental, 4) le caractère contextuel et, 5) le caractère évolutif. Pour qu'une compétence en soit réellement une, il faut qu'elle possède ces caractéristiques simultanément selon Tardif (2006). Le caractère intégrateur d'une compétence contient donc une multitude de ressources de nature variée (Tardif, 2006). L'auteur indique également que toute compétence intègre nécessairement toutes les ressources de la personne qui réfère au savoir-agir complexe. Selon Tardif (2006), le caractère combinatoire renvoie aux ressources qui sont placées en interaction au service d'un agir efficace. La combinaison des ressources est au cœur même de toute compétence. En ce qui concerne le caractère développemental, Tardif (2006) fait référence à l'étalement des compétences et cet étalement, spécifie-t-il, témoigne du caractère développemental de la compétence, que l'on peut noter même en dehors du contexte de la formation. Le caractère contextuel s'avère une caractéristique fort importante selon Tardif (2006) « parce qu'elle permet d'introduire l'idée cruciale de situations à l'intérieur de familles (p. 34) ». Cette orientation permet de donner la priorité aux situations comme déclencheur et comme cadre de l'action, permettant ainsi de donner un sens aux apprentissages. Tardif (2006) ajoute également que le caractère évolutif peut toucher la transformation des ressources. À titre d'exemple, une ressource externe peut devenir une ressource interne. Selon la perspective de cet auteur, une compétence peut s'adapter à une multitude de situations puisqu'elle peut intégrer de nouvelles ressources avec celle que maîtrise déjà la personne.

Le développement des compétences représente un concept central dans le modèle de Tardif (2006) et prend tout son sens dans le cadre de cette étude qui s'intéresse au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC. Selon Tardif (1998), le développement des compétences, qu'elles soient spécifiques ou transversales, nécessite la mobilisation de connaissances qui seront construites en rapport synergique avec des compétences. Tardif (2006) mentionne que la progression du développement des compétences ne saurait être documentée à partir d'une série d'observations qui considèrent les ressources en dehors de situations professionnelles qui exigent une mise en acte. Le développement des compétences doit être étalé dans le temps et les situations d'apprentissage doivent être planifiées dans une logique de complexité croissante. Dans cette étude, la mise en œuvre de situations d'apprentissage, tel que proposé dans le cadre de référence de Tardif (2006), constitue une pièce incontournable pour soutenir les infirmières débutantes en fonction d'AIC pour qu'elles développent les compétences clinico-administratives essentielles. Par conséquent, le modèle de Tardif (2006) peut contribuer grandement à définir les modalités d'accompagnement et les situations d'apprentissage les plus judicieuses en vue de développer les compétences clinico-administratives des infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC.

D'ailleurs, quelques publications récentes au Québec soutiennent la pertinence du cadre général pour l'évaluation des compétences de Tardif (2006) au sein d'étude de compétences en sciences infirmières. Dans un souci d'innovation des pratiques de formation continue, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2011) propose, entre autres, un cadre de référence pour l'élaboration d'un référentiel de compétences nécessaires en santé publique. Ce cadre est issu à la lumière des travaux sur la compétence de Tardif (2006) qui s'inscrit à titre de guide de réflexion sur l'approche par compétences. Plus récemment, l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI, 2014) a défini cinq compétences de base dans le domaine des soins infirmiers en santé publique que tout étudiant en sciences infirmières doit acquérir au cours de ses études au premier cycle. Le cadre est soutenu également par le modèle de Tardif (2006) pour définir chacune des compétences inhérentes à la profession d'infirmière en santé publique. Force est de constater

l'influence majeure du modèle de Tardif (2006) au Canada en ce qui a trait à la compétence en sciences infirmières et à son développement.

Goudreau et al. (2013) soutiennent également l'importance d'identifier, à partir de recherches rigoureuses, les étapes de développement d'une compétence et les apprentissages critiques correspondants pour en optimiser l'apprentissage et l'évaluation. Les auteurs soulignent la nécessité d'intégrer la formation initiale et continue dans une séquence logique d'apprentissages au cours du cheminement professionnel des infirmières débutantes pour assurer la sécurité des patients dès le début de leur pratique. Issue des constats découlant de leurs travaux, l'appropriation des activités quotidiennes de l'unité de soins pour les infirmières débutantes constitue une interruption dans la trajectoire de développement de leurs compétences et parfois même, une régression dans leur niveau des compétences (Goudreau et al., 2013).

Tardif (2006) relate également que, pour chacune de leurs compétences, chaque niveau comprendrait des apprentissages particuliers qui marqueraient clairement le passage à une autre étape. Tardif (2006) relève que l'échelle la plus utilisée, s'inspirant des travaux de Dreyfus and Dreyfus (1980), comporte six niveaux : débutant, novice, intermédiaire, compétent, maître et expert. Cette classification de Tardif (2006) s'intègre bien dans la logique de cette étude dans le cheminement du développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes vers l'acquisition de l'expertise. Tardif (2006) considère que cette échelle se révèle très judicieuse parce qu'elle fournit une gradation qui soutient l'idée que le développement d'une compétence ne s'arrête pas au niveau compétent, mais qu'il se poursuit jusqu'au niveau expert, atteint en général après plusieurs années de mise en œuvre et d'expérience. Il affirme également que ces niveaux de développement se définissent à partir de modèles cognitifs qui permettraient de tracer une trajectoire développementale : « [...] une modélisation, reposant sur des données scientifiques valides, qui à partir des apprentissages critiques, circonscrit les étapes de développement de la compétence en question de la novicité jusqu'à l'expertise » (p. 83). Cette vision de l'auteur est complémentaire, cohérente et en congruence conceptuelle avec le modèle de développement de l'expertise professionnelle de Benner (2001).

3.2. LE MODÈLE DE DÉVELOPPEMENT DE L'EXPERTISE PROFESSIONNELLE DE BENNER

La notion de compétence est également présentée, et hautement reconnue en soins infirmiers, par les travaux de Benner (2001). L'auteure propose une classification de niveaux d'expertise de l'infirmière débutante à l'infirmière experte en regard du cheminement d'acquisition de compétence, basée sur les travaux de Dreyfus and Dreyfus (1980). En effet, Benner (2001) propose cinq étapes d'acquisition de compétence que l'infirmière doit traverser nécessairement : novice, débutant, compétent, performant et expert. Selon Benner (2001), ces niveaux témoignent chacun d'un processus de maturation et d'acquisition de connaissances. Chaque stade de développement de compétence s'appuie sur le précédent et les infirmières débutantes auront des besoins de formation adaptés pour parvenir à une expertise clinique plus aguerrie (Benner, Tanner, & Chesla, 2009). Pour l'infirmière débutante de deux ans ou moins d'expérience, elle peut formuler des principes qui dictent ses actions, mais les différents attributs et aspects identifiés de ces principes sont tous traités avec une importance égale. Qualifiant ce stade d'entrée dans la profession, Benner (2001) affirme qu'il lui manque encore du pouvoir à prioriser les caractéristiques constitutives de ces principes. Benner (2001) souligne également la nécessité pour les infirmières débutantes d'analyser leurs expériences cliniques afin d'en dégager des connaissances pratiques souvent insoupçonnées. En ce qui concerne l'infirmière experte de plus de cinq ans d'expérience, son énorme bagage lui donne une vision intuitive de la situation et lui permet d'appréhender un problème sans se perdre dans un large éventail de solutions. Ses interventions sont souples et montrent un niveau élevé d'adaptation et de compétence (Benner, 2001). À ce stade, le bagage d'expériences s'avère riche et profitable à leur entourage. Des efforts doivent être mis en place afin d'encourager et valoriser la contribution des infirmières expertes auprès des infirmières débutantes (Benner et al., 2009). En ce qui a trait au rôle même de l'AIC, Benner (2001) propose une définition de l'infirmière débutante et de l'infirmière experte dans le cadre de ce travail. En effet, l'infirmière débutante en fonction d'AIC est définie comme une infirmière de l'équipe de travail qui exerce le travail d'AIC avec une expérience minimale, mais qui a de l'expérience en tant qu'infirmière (Benner, 2001). Force est de constater que ses travaux aient exercé et exercent encore une influence majeure sur

l'élaboration de programme d'orientation pour les infirmières débutantes et de programmes de développement professionnel clinique pour les infirmières expertes (Benner et al., 2009).

La présentation concomitante du modèle de Tardif (2006) et de Benner (2001) permet la mise en valeur de leur compatibilité conceptuelle et de leur complémentarité dans cette recherche. En effet, ces deux modèles s'inscrivent dans un cheminement de développement des compétences qui soutiennent la nécessité d'une structure d'apprentissages. Benner (2001) et Tardif (2006) utilisent tous deux la richesse des expériences comme source de réflexion stimulant le développement de l'expertise dans la pratique clinique. De plus, les concepts de compétence et du développement de l'expertise soutenant ces deux modèles servent de toile de fond complémentaire et pertinente dans le cadre de cette étude qui s'intéresse au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC. Cette complémentarité des concepts entourant la compétence permet donc de constituer des assises théoriques solides pour explorer les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC selon la perspective des gestionnaires, des infirmières expertes et débutantes.

Ce chapitre a présenté le cadre de référence utilisé en expliquant les principaux concepts entourant la compétence de Tardif (2006) ainsi que le développement des compétences selon la perspective de cet auteur. Le modèle de novice à expert de Benner (2001) a également été exposé en complémentarité pour expliquer les concepts de l'infirmière débutante et experte. À la lumière de ce chapitre, ces deux modèles s'avèrent complémentaires et pertinents dans le cadre d'une étude s'intéressant au développement des compétences des infirmières débutantes en fonction d'AIC. Le chapitre qui suit propose la méthode utilisée dans le cadre de ce projet de recherche.

CHAPITRE 4

MÉTHODE

Ce chapitre présente les aspects méthodologiques permettant de répondre au but et aux questions de recherche. Dans un premier temps, le devis de recherche choisi est expliqué. Dans un deuxième temps, la démarche méthodologique qui comprend la mise en place, l'exploration dirigée ainsi que la construction collective est décrite. Pour terminer ce chapitre, les considérations éthiques et les critères de rigueur sont exposés.

4.1. LE DEVIS DE RECHERCHE CONSTRUCTIVISTE

La présente étude, de type qualitatif, vise à explorer les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC selon la perspective de différents acteurs, soit celle de gestionnaires, d'infirmières expertes et d'infirmières débutantes. La recherche qualitative s'avère utile pour répondre à des questions qui impliquent l'exploration, la description et la compréhension de comportements et d'interactions (Fortin & Gagnon, 2010). La recherche dite qualitative signifie que l'ensemble du processus est mené d'une manière naturelle, sans appareils sophistiqués ou mises en situation artificielles, selon une logique proche des personnes, de leurs actions et de leurs témoignages (Paillé & Mucchielli, 2012). Afin de bien mener à terme cette recherche, un devis qualitatif issu du paradigme constructiviste, nommé évaluation de la quatrième génération (Guba & Lincoln, 1989), a été retenu pour sa cohérence avec le but de la présente recherche. En effet, ce devis d'évaluation constructiviste permet de prendre en considération la perspective de différents acteurs dans une situation donnée pour en dégager une construction commune de l'objet de l'étude (Sylvain, 2008). Ce qui émerge de ce processus est une construction de plus en plus complète et sophistiquée qui prend en

considération les entrées de tous les partenaires (Sylvain, 2008). Ce devis s'intègre bien dans la logique de cette étude qui consiste à réunir la perspective de gestionnaires ainsi que celle d'infirmières expertes et d'infirmières débutantes pour en arriver à dégager une construction commune des stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC.

4.2. LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE

La démarche méthodologique proposée par Guba and Lincoln (1989) comprend 12 étapes successives: 1) établir un contrat avec le milieu de recherche, 2) organiser la conduite de la recherche, 3) identifier les différents groupes de participantes, 4) développer les constructions avec chaque groupe concerné, 5) vérifier et élargir les constructions conjointes, 6) clarifier ce qui est résolu, 7) établir une priorité des thèmes problématiques, 8) poursuivre le raffinement, 9) préparer le forum de négociation, s'il n'y a pas eu consensus, 10) réaliser le forum de négociation, 11) rédiger le rapport et 12) reprendre le processus pour enrichir les constructions par de nouveaux éléments. La démarche méthodologique proposée par Sylvain (2008) a été regroupée en trois phases soit : la mise en place de la recherche (phase 1), l'exploration dirigée (phase 2) et la construction collective (phase 3). C'est donc cette adaptation de Sylvain (2008) du devis constructiviste de Guba and Lincoln (1989) qui a été retenue pour cette recherche.

4.2.1. MISE EN PLACE DE LA RECHERCHE (PHASE 1)

Cette première phase constitue le fondement de la démarche méthodologique de la présente recherche. Elle comprend le choix du milieu de recherche, les premiers contacts avec ce milieu afin d'organiser la recherche et l'identification des participantes à la recherche (Sylvain, 2008).

4.2.1.1. Le milieu de la recherche

Le projet de recherche se déroule dans un hôpital d'un centre hospitalier universitaire au Québec. Il offre à sa clientèle des soins généraux, spécialisés et ultraspecialisés, de même que des services d'investigation ainsi que des traitements à une clientèle tant locale, régionale que suprarégionale sur une base ambulatoire et hospitalisée. Les soins, l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé représentent sa mission. Un programme d'intégration générale pour le personnel nouvellement embauché est présent dans le milieu ainsi qu'un programme de préceptorat dédié pour les candidates à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI) et pour les infirmières débutantes de moins de deux ans d'expérience. Malgré la présence de ces stratégies de soutien, le choix de ce milieu s'avère justifié en raison de l'absence de programme d'intégration spécifique au rôle d'AIC et pour les infirmières débutantes exerçant ce travail.

La vision du milieu à l'égard des différents concepts de la compétence s'avère cohérente avec le présent projet de recherche. En effet, comme il a été mentionné, la compétence définie par ce milieu est appuyée par les auteurs tels que Le Bortef (2010) et Tardif (2006) utilisée également dans le cadre de cette étude. De plus, puisque ce milieu représente le lieu de travail de l'étudiante-chercheuse, la conduite de l'étude est simplifiée, notamment par la facilité à obtenir les appuis nécessaires pour le recrutement des participantes et l'accessibilité aux différentes personnes pivots présentes dans le milieu pour la réalisation du projet. Le chef du soutien au secteur de l'intégration, responsable des nouveaux embauchés, et l'adjoint au directeur des soins infirmiers représentent des acteurs-clés qui ont permis à l'étudiante-chercheuse d'établir un premier contact avec le milieu de recherche. Ainsi, ce milieu a donc été choisi par convenance, pour la facilité à effectuer la présente recherche ainsi que pour le nombre potentiel élevé de participantes.

4.2.1.2. Population

La population se compose de l'ensemble des gestionnaires, des infirmières expertes et débutantes en fonction d'AIC des huit unités de soins du centre hospitalier retenu. La population accessible dans laquelle s'inscrit la présente étude comporte 15 gestionnaires, 225 infirmières expertes ayant exercé ou exerçant actuellement le rôle d'AIC et 40 infirmières débutantes ayant exercé ou exerçant actuellement à titre d'AIC. En ce qui concerne le groupe des gestionnaires, il est constitué de CUSI et de conseillères en soins spécialisés de la direction des soins infirmiers du centre hospitalier retenu.

4.2.1.3. Recrutement et échantillonnage

Le devis qualitatif de Guba and Lincoln (1989) sert de balise pour choisir l'échantillon dans le cadre de cette étude. En ce qui concerne la sélection des participantes, Guba and Lincoln (1989) proposent un mode d'échantillonnage intentionnel qui s'effectue tout au long de la collecte des données et consiste à former un échantillon varié afin d'obtenir une vaste étendue d'informations. D'ailleurs, Maxwell (2005) soutient que l'échantillonnage intentionnel est la stratégie privilégiée dans une recherche qualitative pour sélectionner des sites particuliers, des personnes ou des activités. Cet échantillon est également de convenance étant donné la proximité du milieu pour l'étudiante-chercheuse ainsi que pour le bassin intéressant de participantes volontaires à la recherche. L'échantillon de la présente recherche est composé de trois groupes distincts, soit celui des gestionnaires, celui des infirmières expertes ainsi que celui des infirmières débutantes des unités de soins généraux de l'hôpital du centre hospitalier retenu. Cet échantillonnage a permis une certaine hétérogénéité auprès des participantes de chacun des groupes pour assurer la justesse des résultats et permettre le croisement des perspectives entre les participantes ayant des réalités différentes dans leur secteur respectif.

Les critères d'inclusion sont distincts selon les trois groupes de participantes. Pour les infirmières débutantes, elles doivent être des infirmières techniciennes ou cliniciennes de

deux ans ou moins d'expérience détenant un poste ou un remplacement d'AIC. En ce qui concerne les gestionnaires, ils doivent exercer les rôles de CUSI ou de conseillère en soins spécialisés tandis que les infirmières expertes doivent être des techniciennes ou cliniciennes expérimentées détenant un poste ou un remplacement d'AIC depuis plus de cinq ans. Cette classification en matière d'expertise de l'infirmière débutante et de l'infirmière experte est basée sur le modèle de cheminement d'acquisition de compétence de Benner (2001).

En ce qui concerne les critères d'exclusion, le secteur externe et celui des soins critiques de l'hôpital sont exclus de la présente recherche, étant donné le peu de possibilités de recruter des infirmières débutantes en fonction d'AIC. Les gestionnaires ainsi que les infirmières expertes et débutantes en congé de maladie ou de maternité font aussi partie des critères d'exclusion. Il a été convenu que lors du déroulement de la présente étude, les unités de soins où l'étudiante-chercheuse exerce ses fonctions de CUSI ont été exclues afin d'éviter qu'une position hiérarchique s'installe entre les participantes et cette dernière.

Afin de constituer l'échantillon, un registre des employés a été utilisé par l'étudiante-chercheuse avec le soutien d'un représentant de la direction à la performance du centre hospitalier retenu. Issu d'un logiciel appelé Logibec, le registre extrait a permis de recruter les trois groupes de participantes à l'étude. Une lettre explicative du projet de recherche a été acheminée aux gestionnaires et aux infirmières expertes par la secrétaire de direction pour les inviter à participer à un entretien individuel et de groupe (Annexe 2). Une lettre explicative du projet de recherche a aussi été acheminée aux infirmières débutantes par la secrétaire de direction pour les inviter à participer à un entretien de groupe (Annexe 3). L'adresse courriel ainsi que le numéro de téléphone de la secrétaire de direction étaient inscrits dans la lettre explicative pour que les participantes puissent signifier leur intérêt. La secrétaire de direction a assuré un suivi directement à l'étudiante-chercheuse qui pouvait, par la suite, prendre contact avec les participantes par téléphone pour convenir du moment de l'entretien.

Au total, cinq gestionnaires, dont trois CUSI et deux conseillères en soins spécialisés, ainsi que cinq infirmières expertes, ont contacté la secrétaire de direction pour signifier leur

intérêt. Le recrutement des infirmières débutantes s'est avéré toutefois plus difficile puisque deux infirmières débutantes ont répondu positivement pour participer à l'étude après avoir adressé deux invitations par lettre à ce groupe à six mois d'intervalle. Les participantes intéressées et disponibles à participer à l'entretien individuel et de groupe et qui répondaient aux critères d'inclusion ont fait partie de l'échantillon. Notons que les entretiens se sont déroulés à l'extérieur des heures de travail sans rémunération sur le temps de dîner dans une salle de conférence sur une unité de soins.

4.2.2. L'EXPLORATION DIRIGÉE (PHASE 2)

La phase de l'exploration dirigée comprend la collecte et l'analyse des données. En premier lieu, des entretiens individuels auprès des gestionnaires et des infirmières expertes ont été menés pour leur expertise à identifier les compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC et les stratégies de soutien au développement de ces compétences (Annexe 4). Cette logistique dans le processus d'entretien est privilégiée puisqu'elle permet d'amorcer la démarche auprès des experts afin de bien cerner le sujet. Par la suite, des entretiens de groupe aux fins de validation ont été effectués en débutant par le groupe des gestionnaires, suivi du groupe des infirmières expertes (Annexe 7) pour terminer avec celui des infirmières débutantes (Annexe 5). À cet effet, les infirmières débutantes ont participé seulement aux entretiens de validation afin de leur exposer les résultats de l'étude. Celles-ci sont au cœur de la problématique et recevoir leur perspective sur les résultats est nécessaire à des fins de validation. L'entretien auprès des infirmières débutantes visait également à comprendre leurs difficultés vécues lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC. Il est certain que les entretiens de groupe représentent une valeur ajoutée à la recherche, car elles permettent la confrontation des idées *in situ* entre les partenaires (Sylvain, 2008). Le tableau 1 représente la séquence du déroulement chronologique des entretiens individuels, de groupe et de validation dans le cadre de cette étude.

Tableau 1. Déroulement chronologique des rencontres

	Entretien individuel	Entretien de groupe	Entretien de validation
Janvier 2016-Août 2016	G		
Octobre 2016-Février 2017	E		
Mars 2017		G	
Mars 2017		E	
Avril 2017			D

G : Gestionnaires E : Infirmières expertes D : Infirmières débutantes

4.2.2.1. Les instruments de collecte

Afin d'être en mesure de répondre aux objectifs de la présente recherche, cinq outils de collecte des données ont été utilisés, soit un questionnaire sociodémographique, un journal de bord et trois guides d'entretien (individuel, groupe, validation) pour chacun des groupes de participantes. Au début de chaque entretien, un questionnaire sociodémographique a été rempli par les participantes pour obtenir une vision globale des différentes caractéristiques de l'échantillon de la présente étude (Annexe 6). Le questionnaire, développé dans le cadre de cette recherche, abordait des questions sociodémographiques telles que l'âge, le sexe des participantes, leur statut d'emploi, leur quart de travail, leur niveau de formation professionnelle, le nombre d'années d'expérience et les unités où elles ont exercé le rôle d'AIC. De plus, un journal de bord a été également utilisé tout au long de l'étude, pour objectiver la réalité terrain. En effet, les impressions de l'étudiante-chercheuse ainsi que les discussions pertinentes lors de la collecte des données ont été consignées dans le journal de bord et utilisées lors du processus d'analyse. À titre d'exemple, l'autocritique de l'étudiante-chercheuse par rapport à ses habiletés à se situer dans son rôle de chercheuse et non de CUSI tout au long des entretiens a été consignée pour en dégager une réflexion approfondie. De plus, toutes les observations pertinentes au projet ont été inscrites rigoureusement pour retracer chaque étape du processus de collecte des données, facilitant ainsi les étapes subséquentes de la présente recherche. Le journal de bord sert en quelque sorte de « mémoire de papier » qui permet de se retrouver, de faire le point plus facilement (Boutin, 2011). Enfin,

la collecte des données s'est échelonnée sur une période d'environ 14 mois, débutant en janvier 2016 et se terminant en mars 2017.

En ce qui concerne les guides d'entretien, ils ont été élaborés en tenant compte du cadre général de l'évaluation des compétences de Tardif (2006) pour permettre de répondre au but de la présente étude. Les questions ouvertes ont été privilégiées puisqu'elles laissent les participantes libres de répondre comme elles le désirent. Ainsi, l'entretien de type semi-structuré a été utilisé dans le cadre de cette étude pour les possibilités de développer d'autres thèmes auxquels l'étudiante-chercheuse n'aurait pas pensé en préparant l'entretien en question (Boutin, 2011). À titre d'exemple, la question entourant le thème des difficultés supplémentaires des infirmières débutantes pendant le quart de nuit a été rajoutée dans le guide d'entretien pour l'importance accordée à ce thème par les infirmières expertes au cours des entretiens individuels. Au préalable, les guides d'entretien et les habiletés d'intervieweuse de l'étudiante-chercheuse ont été validés à l'aide d'une pratique sous supervision de la directrice et la codirectrice de recherche. Au total, 13 entretiens, dont 10 entretiens individuels et trois entretiens de groupe à des fins de validation, ont été menés au cours de cette recherche. Dans tous les cas, les entretiens individuels et de groupe ont été enregistrés et transcrits par l'étudiante-chercheuse.

4.2.2.2. L'analyse des données

En ce qui concerne le processus d'analyse des données, la méthode qui a été retenue est celle que propose Sylvain (2008), selon les travaux de Guba and Lincoln (1989). Ce processus d'analyse se fait particulièrement en simultané avec la collecte des données. Au fur et à mesure que les entretiens et l'analyse des données s'effectuent, la construction se raffine (Guba & Lincoln, 1989). L'analyse des données s'est déroulée en deux parties, soit l'analyse globale et l'analyse thématique. D'une part, l'analyse globale comprend la lecture et la relecture ainsi que l'annotation du texte et la synthèse écrite (Sylvain, 2008). Cette étape de l'analyse se traduit dans la présente recherche par l'écoute des enregistrements des

entretiens et la transcription intégrale du verbatim. L'écoute attentive des entretiens enregistrés a permis de saisir les silences ainsi que les hésitations des participantes et certains passages ont été réécoutés afin de bien valider le contenu des verbatims. Une synthèse de chacun des entretiens réalisés a également été effectuée pour en faire émerger les principaux thèmes pour bien répondre aux questions de recherche. La synthèse a été transmise après chaque entretien à la participante concernée par courriel électronique. Cette validation de la synthèse s'est déroulée au bureau de chacune des participantes ou par entretien téléphonique selon leur disponibilité respective. Les entretiens ont visé à valider les données. Selon Guba and Lincoln (1989), la saturation est présente lorsque les propos n'apportent plus d'informations nouvelles pour justifier l'ajout de participantes à l'étude.

D'autre part, l'analyse thématique comprend l'identification des unités de sens et des thèmes émergents. Afin de structurer cette démarche, les étapes séquentielles de l'analyse thématique de Paillé and Mucchielli (2012) ont été utilisées à l'aide de la construction d'un arbre thématique. En premier lieu, les synthèses écrites ont été réalisées et analysées afin d'identifier les thèmes centraux. Ces principaux thèmes issus de l'analyse ont été compilés dans le logiciel NVIVO 9[©]. La récurrence d'un groupe de thèmes permet l'identification de catégories ou de modèles qui représentent un thème unificateur (Sylvain, 2008). En deuxième lieu, l'arbre thématique, à l'aide d'un relevé de thèmes manuscrits, a été construit par étapes incluant des thèmes, des sous-thèmes et des extraits de verbatims. Il s'agit d'un type de regroupement de thèmes où un certain nombre de rubriques classificatoires chapeautent de grands regroupements thématiques, lesquels se subdivisent à leur tour en autant d'axes thématiques que le phénomène à l'étude le suggèrent Paillé and Mucchielli (2012). En d'autres termes, cet arbre thématique présente sous forme schématisée l'essentiel des données d'analyse obtenu dans cette recherche. Enfin, un tableau des consensus a été construit en séance de travail avec la directrice et la codirectrice de recherche suivant les résultats issus de l'arbre thématique.

4.2.3. LA CONSTRUCTION COLLECTIVE (PHASE 3)

Enfin, la construction collective se concrétise par le souci du chercheur de valider la compréhension de chacune des participantes pour tendre vers une construction commune du sujet de la recherche (Guba & Lincoln, 1989). Pour ce faire, des entretiens individuels et de groupe ont été effectués auprès des gestionnaires, des infirmières expertes et débutantes. Le consensus qui émerge de ces entretiens, au sujet de l'identification des principaux thèmes ainsi que des thèmes centraux, représente la construction collective dans le cadre de cette étude.

4.2.3.1. *Les entretiens de groupe*

Les entretiens de groupe visent à préciser les principaux thèmes émergents découlant des entretiens individuels ainsi qu'à la validation du tableau des consensus. Le premier entretien de groupe s'est tenu le 23 mars 2017 auprès de trois gestionnaires sur l'heure du dîner, dans le centre hospitalier où s'est déroulée la recherche. Les échanges étaient dynamiques et un climat d'entente était présent entre les trois gestionnaires. Certaines gestionnaires semblaient plus à l'aise de discuter du concept de la compétence en référant aux auteurs reconnus tels que Le Bortef (2010) et Tardif (2006), contribuant ainsi à soutenir le contenu des discussions. Le deuxième entretien de groupe s'est tenu également le 23 mars 2017 en début d'après-midi auprès de deux infirmières expertes. Les échanges étaient constructifs en commun accord sur le sujet de recherche. Pour ces deux entretiens de groupe, la directrice de l'étudiante-chercheuse était présente afin de soutenir la démarche de validation auprès des participantes. En ce qui concerne l'entretien de groupe avec deux infirmières débutantes, il s'est tenu le 5 avril 2017, également sur l'heure du dîner, dans le centre hospitalier retenu pour la présente recherche. Cet entretien se démarque par la diversité du soutien offert par le CUSI aux infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC. À titre d'exemple, une infirmière débutante mentionnait que la communication des messages du CUSI était faite par l'AIC en poste. Pour l'autre, elle avait des échanges constructifs sur une base régulière directement avec le CUSI. Les deux participantes s'entendent toutefois

sur la façon dont le soutien devrait être offert aux infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC.

La durée des entretiens a été de 45 à 60 minutes. Une synthèse écrite a été effectuée suivant chaque entretien de groupe et validée par la directrice et la codirectrice de l'étudiante-chercheuse. Ces entretiens de validation ont permis aux participantes la possibilité d'exprimer leur accord ou leur désaccord quant à l'analyse préliminaire qui leur a été présentée. Pour s'y faire, le tableau des consensus a été remis à chacune des participantes et des questions spécifiques ont été soulevées à l'aide du guide d'entretien du groupe. Cette validation vient compléter la démarche afin que tous les répondantes puissent réagir à la construction en émergence et affirmer sa vraisemblance ou noter les points de dissension (Sylvain, 2008).

4.3. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Les considérations éthiques se doivent d'être respectées rigoureusement d'autant plus que la présente recherche fait intervenir des êtres humains. Le protocole de la présente recherche a été approuvé en septembre 2015 par le comité éthique (numéro de certification 2016-2483) du centre hospitalier de Québec retenu. Le feuillet d'information et le formulaire de consentement (Annexes 8 et 9) ont été envoyés aux personnes intéressées après qu'elles aient signifié leur intérêt. Un délai de quelques jours a été accordé afin de leur permettre de réfléchir à la participation à l'étude. Le formulaire de consentement a été signé avant la tenue du premier entretien permettant d'utiliser les données recueillies dans le cadre de cette étude. Par ailleurs, toutes les participantes ainsi que l'étudiante-chercheuse se sont engagées verbalement à ne divulguer aucune information en dehors des entretiens de groupe. De plus, lors de la transcription des verbatims, les données ont été anonymisées par le retrait de tous les renseignements permettant d'identifier les participantes en attribuant un code. Toutes les informations recueillies ont été conservées par l'étudiante-chercheuse sous clé et seulement elle et la directrice et la codirectrice de recherche auront accès aux données recueillies. Tous

les documents et le matériel recueillis dans le cadre de cette recherche (banque de candidats potentiels, formulaires d'information et de consentement, enregistrements, etc.) seront détruits selon les délais prescrits par les normes d'éthique. Enfin, les participantes étaient libres de participer à la recherche et de quitter en cours de processus, et ce, sans avoir à se justifier et sans aucun préjudice.

4.4. LES CRITERES DE RIGUEUR SCIENTIFIQUE

Dans le cadre de l'utilisation d'un devis constructiviste, quatre critères de rigueur scientifique doivent être pris en considération, soit la crédibilité, la fiabilité, la transférabilité et la confirmabilité (Guba & Lincoln, 1989).

Dans un premier temps, la crédibilité réfère à ce que le chercheur a fait afin que les résultats reflètent correctement le sens des données et décrivent véritablement le phénomène à l'étude (Guba & Lincoln, 1989). Guba and Lincoln (1989) affirment également que la vérification par les participantes est une des techniques les plus cruciales pour établir la crédibilité d'une recherche qualitative. Dans la présente recherche, des entretiens de validation ont été effectués auprès des participantes pour s'assurer de l'exactitude des données issues de l'analyse. De plus, des échanges réguliers avec la directrice et la codirectrice de recherche ont été effectués tout au long du processus, incluant également leur participation à la démarche d'analyse des données. Enfin, l'utilisation de la technique de la subjectivité progressive, fortement conseillée par Guba and Lincoln (1989), a permis à l'étudiante-chercheuse d'enregistrer l'évolution du développement de sa construction dans son journal réflexif.

Quant à la confirmation, elle permet de s'assurer que les interprétations et les résultats sont enracinés dans le contexte et les personnes, et ne sont pas le produit de l'imagination du chercheur (Sylvain, 2008). Ainsi, il est donc possible de retracer la conversion des données brutes dans la présente recherche à partir des enregistrements de l'ensemble des entrevues et de la démarche d'analyse utilisées, incluant les synthèses écrites produites et les relevés de

thèmes saisis par le logiciel NVIVO 9[©]. De plus, le principe de la confirmabilité a été respecté par les nombreux retours auprès des participantes tout au long du processus de recherche.

En ce qui concerne la fiabilité, elle vise à s'assurer qu'un chercheur se situant dans les mêmes circonstances ferait les mêmes observations (Guba & Lincoln, 1989; Yin, 2009). Pour ce faire, les observations ainsi que les impressions de l'étudiante-chercheuse ont été consignées rigoureusement dans un journal de bord. Ce carnet, à titre de marqueur, a été tenu pour consigner l'expérience de recherche de l'étudiante-chercheuse, surveiller le processus de recherche et l'influence sur la collecte de données et sur l'interprétation des données tout au long du processus. La tenue du journal de bord a donc soutenu cette démarche dans laquelle l'étudiante-chercheuse pouvait exprimer librement ses expériences vécues en tant que chercheuse et à la fois en tant que CUSI. Cette rétrospection a permis une certaine prise de conscience de l'importance de rester objective afin de garder le cap dans cette recherche. De plus, la conservation des enregistrements des entretiens individuels et de groupe, ainsi que la supervision de la directrice et de la codirectrice de recherche de l'étudiante-chercheuse, tout au long du projet, sont venues renforcer ce critère. Les données ont également été analysées avec la participation de la directrice et de la codirectrice de recherche de l'étudiante-chercheuse afin de soutenir l'émergence des principaux thèmes. Les décisions issues des discussions avec la directrice et la codirectrice de recherche ont été également notées dans le journal de bord.

Enfin, la transférabilité réfère aux possibilités que les résultats obtenus puissent s'appliquer à d'autres recherches similaires. Selon Sylvain (2008), la transférabilité réfère au degré de similarité entre deux contextes et elle réfère au jugement des lecteurs et des lectrices de la recherche qui pourraient transposer les résultats à d'autres situations similaires. Guba and Lincoln (1989) précisent que le contexte original doit être décrit de façon adéquate pour que le jugement de transférabilité puisse être fait le mieux possible par le lecteur. La description riche et détaillée des conditions de la présente étude, soit son contexte et le déroulement de la démarche, permet la mise en perspective des constructions proposées et

constitue la principale technique qui permet d'établir la transférabilité (Guba & Lincoln, 1989).

Ce chapitre a présenté le devis de recherche utilisé dans le cadre de cette étude. La démarche méthodologique, qui comprend la mise en place de la recherche, l'exploration dirigée ainsi que la construction collective, a également été décrite. Enfin, les considérations éthiques et les critères de rigueur ont été discutés. Les résultats issus de l'analyse des données seront présentés dans le prochain chapitre.

CHAPITRE 5

RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats obtenus à la suite de l'analyse des données issues des entretiens individuels et de groupe. Les résultats visent donc à répondre aux deux questions de recherche : (1) Quelles sont les compétences clinico-administratives attendues des infirmières débutantes en fonction d'AIC selon la perspective de gestionnaires, d'infirmières expertes et débutantes? (2) Quelles sont les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC selon la perspective de gestionnaires, d'infirmières expertes et débutantes? Afin de répondre aux deux questions de recherche proposées dans le cadre de cette étude, les quatre catégories sont exposées selon la mise en commun de la perspective des trois groupes d'acteurs, soit celle des gestionnaires, d'infirmières expertes et d'infirmières débutantes. Avant de présenter les catégories qui se dégagent de l'analyse, le profil général des participantes est exposé.

5.1. LE PROFIL DES PARTICIPANTES

Cette partie présente le profil sociodémographique des trois groupes de participantes : les gestionnaires, les infirmières expertes et les infirmières débutantes. Le Tableau 1 présente le profil de l'ensemble des répondants issu des résultats du questionnaire sociodémographique (Annexe 6).

Tableau 2. Profil sociodémographique des participantes

Caractéristiques sociodémographiques	Gestionnaires (n = 5)		AIC : Infirmières expertes (n = 5)		AIC : Infirmières débutantes (n = 2)
Âge des participantes (années) (moyenne)	45,2		37,6		36,5
Genre	Hommes	0	1		0
	Femmes	5	4		2
Quart de travail	Jour	5	5		1
	Soir	0	0		0
	Nuit	0	0		1
Type de poste	Chef d'unité	3	AIC en poste	3	0
	Conseillère en soins spécialisés	2	AIC en remplacement	2	2
Statut d'emploi	Temps complet	5	4		0
	Temps partiel	0	1		2
Années d'expérience comme infirmière	24,4		17,8		1,75
Années d'expérience comme gestionnaires	7,4		6,4		0,75
Diplôme obtenu	DEC	0	2		1
	BAC	2	3		1
	Diplôme de 2 ^e cycle	3	0		0
Heures par semaine au soutien pour les AIC débutantes (Annexe 6)	2,2		2,6		N/A

5.1.1. PROFIL DES GESTIONNAIRES

Les cinq gestionnaires sont des femmes dont l'âge moyen est de 45.2 ans, la plus jeune ayant 32 ans et la plus âgée ayant 54 ans. Ces cinq gestionnaires travaillent de jour et occupent un poste à temps complet. Dans ce groupe de participantes, trois détiennent un poste de CUSI et deux détiennent un poste de conseillère en soins spécialisés. Les gestionnaires possèdent en moyenne 24.4 années d'expérience en tant qu'infirmières et 7.4 années plus spécifiquement à titre de gestionnaire. En ce qui concerne les diplômes obtenus, deux détiennent un diplôme de baccalauréat en sciences infirmières et les trois autres ont un diplôme de 2^e cycle. En effet, deux gestionnaires ont obtenu une maîtrise en sciences infirmières et un gestionnaire détient une maîtrise en gestion. Enfin, 2.2 heures en moyenne par semaine sont accordées au soutien des AIC débutantes.

5.1.2. PROFIL DES INFIRMIÈRES EXPERTES

Le groupe d'infirmières expertes est composé de quatre femmes et d'un homme. Leur âge moyen est de 37.6 ans et elles exercent toutes le rôle d'AIC de jour. Dans ce groupe de cinq infirmières expertes, quatre possèdent un poste à temps complet et trois détiennent un poste permanent d'AIC. Elles possèdent en moyenne 17.8 années d'expérience en tant qu'infirmières et 6.4 années d'expérience en moyenne à titre d'AIC. En ce qui concerne les diplômes obtenus de ces infirmières expertes, deux détiennent un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers et trois possèdent un diplôme de baccalauréat en sciences infirmières. Enfin, 2.6 heures en moyenne par semaine sont accordées au soutien des AIC débutantes.

5.1.3. PROFIL DES INFIRMIÈRES DÉBUTANTES

Les deux infirmières débutantes rencontrées dans le cadre de ce projet de recherche sont des femmes dont l'âge moyen est de 36.5 ans. Elles travaillent respectivement sur le quart de jour et de nuit ainsi qu'à temps partiel dans le cadre d'un remplacement à titre d'AIC. Ces infirmières débutantes possèdent en moyenne 1.75 année d'expérience en tant qu'infirmières et 0.75 année d'expérience en remplacement d'AIC. Enfin, une infirmière débutante détient un diplôme d'études collégiales en soins infirmiers et l'autre détient un diplôme de baccalauréat en sciences infirmières.

5.2. LA PRESENTATION DES RESULTATS

L'analyse a fait émerger quatre catégories qui ont été confirmées par les participantes et qui représentent l'essence même des consensus obtenus durant les entretiens. La première catégorie met en lumière tout le contexte de vulnérabilité face au rôle des infirmières débutantes en fonction d'AIC et représente la pierre angulaire de cette étude. En effet, bien que cette étude vise, de prime abord, à répondre aux deux questions de recherche, il n'en demeure pas moins que le contexte dans lequel les infirmières débutantes exercent le rôle

d'AIC soulève des problématiques réelles et guide les résultats de cette étude. Pour la deuxième catégorie, elle représente l'interconnexion des compétences clinico-administratives. Les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives sont regroupées sous une troisième catégorie, celui de l'harmonisation du rôle des infirmières débutantes en fonction d'AIC. Une quatrième catégorie est constituée de l'influence des facteurs personnels et organisationnels sur le développement des compétences clinico-administratives.

Ainsi, des thèmes ont émergé de l'analyse des données et plus de 70 sous-thèmes ont été regroupés en 12 principaux thèmes. Dans le cadre de ce chapitre, chacun des thèmes sera expliqué à l'aide des sous-thèmes et appuyé par des citations extraites des entretiens. En plus, afin de permettre la visualisation de cette analyse thématique, le Tableau 2 représente les consensus qui regroupent les catégories, thèmes et sous-thèmes découlant de l'étude.

Tableau 3. Tableau des consensus

Catégories	Thèmes	Sous-thèmes
La vulnérabilité face au rôle d'AIC	Ambiguïté du rôle	Clarté du rôle Méconnaissance des responsabilités à l'égard du rôle Conditions d'exercice difficiles
	Prématurité du rôle dans le parcours professionnel	Manque d'expérience professionnelle Construction professionnelle en devenir
	Insuffisance du réseau de soutien	Manque de supervision et de soutien de la part du CUSI Formation spécifique inexistante Manque d'outils pour exercer le rôle d'AIC
L'interconnexion des compétences clinico-administratives	Compétences cliniques essentielles	Personne-ressource Habilités techniques Jugement clinique pour assurer la qualité et la sécurité des soins
	Compétences en leadership	Communication efficace Modèle de rôle Transmission des connaissances Collaboration interprofessionnelle Gestion des conflits dans l'équipe de soins et auprès des patients/familles
	Compétences en gestion clinico-administrative	Gestion des priorités Coordination clinique (pivot) Gestion de l'unité Gestion de l'équipe de travail
L'influence des facteurs personnels et organisationnels	Caractéristiques personnelles	Autocritique Engagement Intérêt pour les défis
	Caractéristiques du service et de l'organisation	Vision du CUSI Défis administratifs de l'unité Intensité du soutien organisationnel
L'harmonisation du rôle des infirmières débutantes en fonction d'AIC	Accompagnement	Offrir du <i>coaching</i> par le CUSI Favoriser le soutien par les pairs
	Formation	Développer une formation standardisée pour le titre d'AIC Assurer le développement continu des compétences

Un travail d'analyse a été réalisé avec la directrice et codirectrice de recherche, pour créer des liens entre les 4 catégories qui émergent de l'étude. Une proposition schématique des résultats de recherche est exposée à la Figure 1. Cette figure propose que le développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC est influencé par les stratégies de soutien ainsi que par des caractéristiques

personnelles et organisationnelles. La vulnérabilité des infirmières débutantes face au rôle d'AIC représente les difficultés vécues par ces dernières.

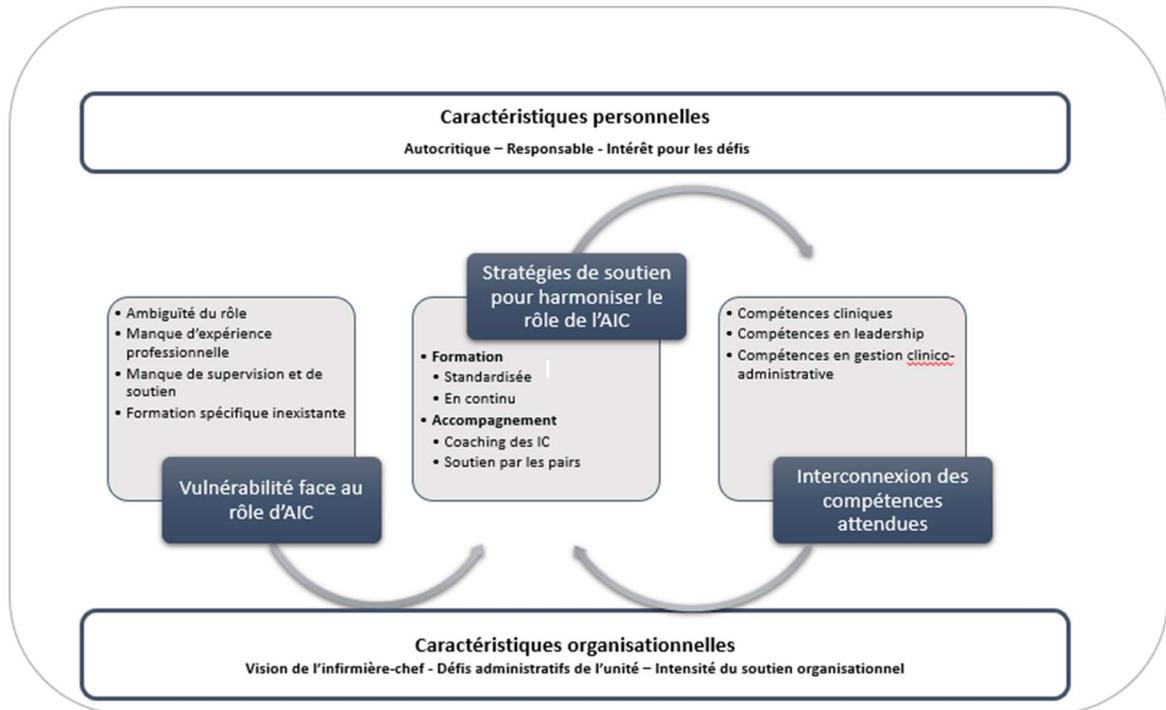


Figure 1. Stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC.

5.2.1. LA VULNÉRABILITÉ FACE AU RÔLE D'AIC

Cette première catégorie réfère aux difficultés vécues par les infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC le soir, la nuit ou la fin de semaine. Elle est constituée de trois thèmes qui exposent l'expérience vécue des infirmières débutantes en fonction d'AIC, soit l'ambiguïté du rôle, la prématurité du rôle dans le parcours professionnel et l'insuffisance du réseau de soutien.

5.2.1.1. *L'ambiguïté du rôle*

Les participantes identifient franchement le manque de clarté du rôle de l'AIC au sein de leur organisation. Selon ces derniers, le rôle de l'AIC est mal défini et l'exercice de ce rôle diffère même entre les unités de soins. Une gestionnaire raconte : « Le rôle de l'AIC est tellement variable d'une unité à l'autre, d'un quart de travail à l'autre et il n'est pas clairement définie depuis cinq à 10 ans » (G-2). Ce manque d'uniformité se rajoute aux difficultés des infirmières débutantes à exercer le titre d'AIC qui tentent tant bien que mal de s'approprier ce rôle. La représentation personnelle des infirmières débutantes à l'égard de ce rôle sera tributaire de la façon dont elles seront orientées par l'AIC de l'unité de soins. Une infirmière débutante exprime : « Lorsqu'on débute, nous sommes à la recherche d'une AIC sur qui on peut s'appuyer et qui peut nous transmettre ses connaissances » (D-2). Une infirmière experte soutient : « Par expérience, elles ont vu les autres AIC le faire, mais est-ce que c'était adéquat lorsque les autres exerçaient ce rôle ? Et pour uniformiser ce rôle-là, pas dans un cadre rigide, la personne va mettre à sa couleur et l'adapter selon les situations » (E-2).

Les participantes mentionnent également la méconnaissance des infirmières débutantes à l'égard des responsabilités reliées au rôle de l'AIC. Certaines participantes se questionnent même sur les répercussions que cette méconnaissance entraîne sur la qualité des interventions effectuées par les infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC : « Alors, je pense que de base, il y a très peu de connaissances en lien avec le rôle, alors comment bien assumer leur rôle si on ne connaît pas bien en quoi il consiste » (G-2). Cette préoccupation récurrente dans le groupe des gestionnaires est également soulevée dans le groupe des infirmières expertes. L'une d'entre elles explique : « Souvent, elles n'ont aucune idée justement de ce qu'elles doivent faire et elles le font par observation de l'AIC en place » (E-1). Les infirmières débutantes corroborent cette méconnaissance du rôle de l'AIC dans leur pratique au cours des entretiens de validation.

Par ailleurs, quelques participantes déplorent les conditions d'exercice difficiles des AIC référant au manque de reconnaissance dans leur pratique quotidienne. Ces constats ajoutent un niveau de difficulté supplémentaire auprès des infirmières débutantes. « C'est un

rôle qui à mon avis n'est pas équitable partout et c'est malheureux, c'est un rôle qui contient beaucoup de tâches et de responsabilités. Est-ce qu'on reconnaît ce rôle à la hauteur de ce que ça devrait être ? Je ne suis pas sûre » (G-2).

Ce manque de reconnaissance est également corroboré par les infirmières débutantes : « Malheureusement, il y a un manque de reconnaissance sur le travail effectué. Nous avons peu de rétroaction de nos supérieurs et aucune information ne nous est transmise. Nous n'avons pas choisi de faire ce rôle, donc la rétrospection est importante » (D-2).

Certaines participantes soulèvent le manque de flexibilité des routines sur les unités dans le rôle de l'AIC pour expliquer leurs conditions d'exercice difficiles : « Le milieu est très exigeant avec des horaires fixes et les routines rigides, alors, il n'y a pas beaucoup de temps pour lire et être clinique » (G-4). Cette rigidité dans le cadre des activités quotidiennes des infirmières débutantes en fonction d'AIC limite la création de nouvelles pratiques selon la perspective des participantes, réduisant ainsi leurs possibilités d'innovation dans leur milieu de travail.

L'ambiguïté du rôle de l'AIC prédomine dans les résultats de cette recherche qui soutiennent la nécessité d'éclaircir ce rôle central dans une unité de soins afin de soutenir les infirmières débutantes. Cette ambiguïté demeure récurrente dans le discours des participantes et l'actualisation de ce rôle représente un défi perceptible actuellement pour l'organisation du travail. La compréhension du rôle même de l'AIC pour les infirmières débutantes devient donc cruciale afin qu'elles exercent ce titre d'emploi de façon sécuritaire selon les attentes fixées par l'organisation du travail.

5.2.1.2. La prématurité du rôle dans le parcours professionnel

Le manque d'expérience professionnelle et la construction professionnelle en devenir des infirmières débutantes dans le rôle d'AIC représentent des enjeux majeurs selon les participantes à l'étude. D'ailleurs, les infirmières débutantes en fonction d'AIC expriment

elles-mêmes les difficultés vécues : « Oui, c'est difficile. Il y a une pression de bien performer. Tu arrives sur le département et tu te fais dire, c'est toi l'AIC ce soir. Tu te dis, je ne suis pas prête, mais tu n'as pas le choix » (D-2). L'inconfort à assumer le rôle d'AIC et les difficultés supplémentaires des infirmières débutantes sur le quart de nuit sont exprimés par les participantes pour traduire le manque d'expérience professionnelle. Notamment, les infirmières débutantes éprouvent de l'inconfort pour se positionner au quotidien par rapport aux collègues de travail. Une infirmière experte explique : « C'est difficile après comme jeune AIC, on veut tellement se faire accepter, tellement embarquer, qu'on a de la misère à faire cette coupure-là, parce qu'on sait souvent qu'on va retravailler après sur le plancher » (E-1).

En ce qui concerne les difficultés supplémentaires des infirmières débutantes à exercer le rôle d'AIC pendant le quart de nuit, les participantes relatent le manque de ressources disponibles pour les soutenir dans l'exercice de ce rôle comme l'exprime cette infirmière experte : « De nuit, c'est plus difficile, car il n'y a que la coordonnatrice. Souvent, elles sont les plus vieilles des plus jeunes, parce que de nuit, le personnel est plus jeune. Donc, c'est ça qui est difficile » (E-1). Une infirmière experte rajoute : « Tout récemment de nuit, c'est une infirmière de moins de deux ans d'expérience qui était AIC car il manquait de personnel. Je constate qu'il y avait des lacunes au niveau des ressources, des décisions prises et il y a des réflexions manquantes dues au manque d'expérience » (E-2). Une infirmière débutante corrobore cette difficulté : « Ma première fin de semaine comme AIC la nuit, je me sentais tellement démunie, en manque de connaissances et de ressources pour m'aider » (D-2). Les participantes soulèvent également le manque de crédibilité qui guette les AIC débutantes auprès de l'équipe : « Il peut y avoir des problèmes de crédibilité auprès des pairs et d'autorité puisqu'ils n'ont pas beaucoup d'expérience » (G-5).

Le groupe des gestionnaires et celui des infirmières expertes s'entendent également pour affirmer que l'arrivée du rôle d'AIC est précoce dans le cheminement professionnel pour les infirmières débutantes qui sont en devenir au niveau de leur construction professionnelle :

Elles maîtrisent à peine leur rôle de façon adéquate et complète, je ne pense pas que c'est toutes nos infirmières qui possèdent bien le rôle de l'infirmière. C'est à peine si c'est atteint. Et là, on leur demande en plus d'être AIC, alors, oui il y a un manque de connaissances de base et d'expertise vécue, vécue en tant que personne et en tant que professionnel (G-2).

L'ensemble des participantes s'entend pour affirmer que le rôle d'AIC est précipité dans le parcours professionnel des infirmières débutantes. Un manque flagrant d'expérience pour exercer ce rôle majeur dans une unité de soins est constaté par l'ensemble des participantes et déploré également par les infirmières débutantes pour assurer une prestation de soins sécuritaire et de qualité. Le prochain thème expose le manque de soutien dans l'exercice du rôle d'AIC.

5.2.1.3. L'insuffisance du réseau de soutien

En ce qui concerne le réseau de soutien actuellement offert aux infirmières débutantes en fonction d'AIC, la majorité des participantes s'entendent pour affirmer qu'il est nettement insuffisant. Les participantes dénotent que ce soutien est également inégal dépendamment du statut de l'infirmière débutante. Une gestionnaire explique : « Autant une AIC intérimaire que quelqu'un qui a un poste devrait bénéficier du même soutien pour se construire en tant qu'AIC et en retirer des outils bénéfiques pour sa pratique » (G-3). Ce thème se décline en trois sous-thèmes, soit le manque de supervision et de soutien de la part du CUSI, la formation spécifique inexistante et le manque d'outils pour exercer le rôle d'AIC.

Selon les participantes rencontrées, le rôle du CUSI prédomine dans le soutien à offrir aux AIC débutantes. Toutefois, le manque de supervision et de soutien de la part du CUSI est noté : « Ils manquent de supervision de leur CUSI, parce que leur supérieure est aussi débordée et il y a d'autres tâches à faire » (E-3), ou encore : « Beaucoup d'AIC n'ont pas de consignes claires de leur CUSI et leur réseau de soutien demeure assez mince » (G-4). D'un autre côté, certaines participantes déplorent le manque de suivi des AIC débutantes lorsqu'elles obtiennent un poste ou un remplacement. Par exemple, ce gestionnaire exprime :

« Lorsqu'elles ont le poste, elles sont laissées seules dans les airs et *apprend*. Mais le *apprend*, ça ne vient pas tout seul » (G-3). À l'égard de ces différentes lacunes identifiées par les participantes, il est facile de constater que le rôle du CUSI demeure décisif dans le cheminement professionnel des infirmières débutantes.

La majorité des participantes expriment également le manque de formation spécifique au titre d'AIC qui nuit aux infirmières débutantes afin qu'elles exercent pleinement ce rôle de façon sécuritaire. Une infirmière experte mentionne sa propre expérience : « En plus, lorsque j'ai débuté, la formation pour les personnes qui remplacent occasionnellement est assez limitée » (E-4). Par ailleurs, le manque d'outils disponibles au quotidien pour soutenir les AIC débutantes est soulevé au cours des entretiens. À titre d'exemple, le manque d'outils d'aide à la prise de décision pour les infirmières débutantes est décrit comme étant inexistant. Une gestionnaire exprime : « Mais, il faut les outiller et je trouve que leur manque d'outils pour exercer le leadership que ce soit dans la communication que ça soit dans les problèmes cléricaux du *day to day* » (G-3). Une infirmière experte ajoute : « Il manque d'outils pour les aider à prendre des décisions. Par où elles commencent, c'est quoi les priorités le matin quand on arrive. Comment on fait pour diriger un département? » (E-1). Le manque de connaissances des politiques et procédures des infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC est également relaté par certaines gestionnaires. Ces connaissances pourraient les soutenir dans l'exercice du rôle d'AIC. Des gestionnaires affirment : « Il y a un manque aussi de connaissances sur les contacts, les liens, le fonctionnement, qui appeler et à qui se référer au quotidien » (G-5); « C'est le manque de la connaissance fine des politiques et procédures ainsi que toutes les responsabilités du rôle qui est manquant. » (G-4).

En somme, le soutien est dit essentiel dans le contexte de vulnérabilité dans lequel les infirmières débutantes sont appelées plus rapidement à exercer le rôle d'AIC tout en assurant la qualité et la sécurité des soins dispensés à la clientèle. L'ambiguïté du rôle de l'AIC, la prématurité du rôle dans le parcours professionnel et l'insuffisance du réseau de soutien représentent les trois thèmes qui décrivent bien le contexte de la vulnérabilité du rôle des AIC débutantes. Cette vulnérabilité symbolise le noyau du problème identifié par les

participantes. Les stratégies de soutien tentent de répondre aux besoins de soutien des infirmières débutantes par des stratégies appropriées à leur réalité.

5.2.2. L'INTERCONNEXION DES COMPÉTENCES CLINICO-ADMINISTRATIVES

Cette catégorie renvoie à la première question de recherche dans le cadre de cette étude. Selon les participantes rencontrées, plusieurs compétences clinico-administratives sont dites essentielles dans l'exercice du rôle d'AIC. En effet, le rôle de l'AIC est reconnu fondamental dans une unité de soins et représente une vigie pour assurer la qualité des soins et services dispensés à la clientèle. Pour mieux définir ce rôle, cette catégorie a été divisée en trois principaux thèmes soit : Les compétences cliniques essentielles, les compétences en leadership et les compétences en gestion clinico-administrative.

5.2.2.1. Compétences cliniques essentielles

L'importance accordée par les participantes à l'égard des compétences cliniques des infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC est étonnante. En effet, les compétences cliniques sont considérées comme une base fondamentale et indissociable à l'égard du rôle d'AIC. Une gestionnaire explique : « Je pense que l'AIC sur le plan clinique, les deux sont importants, mais je pense que le clinique est plus important. Si je le mets en pourcentage, on pourrait mettre 70 % clinique et 30 % administratif » (G-2).

L'AIC représente une personne-ressource qui se doit de posséder des habiletés techniques pour guider les autres infirmières de l'équipe de travail. Cette responsabilité de personne-ressource est principalement associée au soutien apporté aux autres infirmières et aux nouveaux employés pour assurer la meilleure qualité des soins possible.

Le principal rôle, il faut qu'elle soit clinique, c'est leur spécialité, c'est leur expertise à elle. Si la personne n'est pas compétente et est en train de faire une technique, c'est à elle de lui dire, de l'évaluer, c'est à elle de renforcer, la guider, c'est plus dans ce sens-là (G-1).

La compétence clinique est donc essentielle à leurs égards et nécessite la mobilisation d'un ensemble de savoirs : « Il y a des connaissances de base qu'elles doivent avoir c'est sûr au niveau du savoir, au niveau du savoir-faire, il y a les habiletés en savoir-être et les bonnes pratiques, donc en lien direct avec les soins à fournir avec les patients » (G-2). Le jugement clinique pour assurer la qualité et la sécurité des soins relève un lien direct et s'avère d'autant plus essentiel selon la perspective des participantes. Une infirmière experte explique : « Je pense qu'il faut avoir un jugement très clinique et de posséder un bon sens d'observations ainsi que d'être capable d'analyser rapidement des situations parfois difficiles avec les familles et les patients » (E-1). Une gestionnaire corrobore : « Dès qu'un patient complique, le jugement clinique de l'AIC est égal à une prise de décision, englobe l'évaluation du patient et de bien coacher les autres infirmières sur le terrain durant que le patient ne va pas bien » (G-2).

Les compétences cliniques essentielles demeurent la base fondamentale à l'égard du rôle d'AIC selon la perspective de toutes les participantes. Les infirmières débutantes doivent nécessairement détenir ces compétences cliniques pour exercer le rôle d'AIC, répondre aux attentes de l'organisation du travail et assurer la qualité des soins. Les principaux thèmes issus de ces résultats correspondent au fondement de base des compétences clinico-administratives requises des infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC.

5.2.2.2. *Compétences en leadership*

Un autre type de compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC réfère à l'exercice du leadership en ce qui concerne les relations interpersonnelles avec les autres membres de l'équipe. Au cours des entretiens, l'importance accordée par les participantes à l'exercice du leadership dans le rôle de l'AIC est remarquable. En effet, toutes les participantes expriment que le leadership prend une place

prépondérante dans les compétences clinico-administratives. Une infirmière experte explique : « Le leadership c'est avoir de l'initiative, donner son opinion, entendre les points de vue des autres, c'est d'être capable de mettre son pied à terre et de se remettre en question. C'est être un exemple aussi pour les autres » (E-3). Le développement du leadership durant le parcours professionnel des infirmières débutantes est possible selon la perspective des infirmières expertes. Par contre, selon les gestionnaires, le leadership est davantage inné chez les individus : « Il y a aussi toute la gestion de l'équipe. Animer les équipes, les mobiliser, le leadership, tu n'apprends pas ça sur les bancs d'école » (G-4). Cette aptitude naturelle de leader des infirmières débutantes permet de mieux exercer leur leadership lorsqu'elles sont AIC. Une infirmière experte mentionne : « Je pense qu'il y a des personnes plus aptes à diriger et qui ont plus de leadership que d'autres naturellement » (E-3). Ces compétences en leadership se rapportent donc aux sous-thèmes de la communication efficace, du modèle de rôle, de la transmission des connaissances, de la collaboration interprofessionnelle et de la gestion des conflits dans l'équipe de soins ainsi qu'auprès des patients et des familles.

L'aptitude de l'infirmière débutante lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC à communiquer efficacement auprès de l'équipe de travail est également soulignée par certaines participantes. Cette communication est dite essentielle par les participantes et réfère à la capacité des infirmières débutantes à faire circuler les nouvelles informations cliniques. Une gestionnaire s'exprime : « Ça c'est des choses que je vais leur demander, faire le suivi, les mises à jour du personnel au niveau des nouvelles données, des nouvelles informations, les communiqués, tout ce qui est changement clinique, moi c'est le rôle numéro 1 de mes AIC » (G-1). Pour d'autres participantes, les habiletés en communication se traduisent plutôt par la capacité à s'exprimer adéquatement auprès de l'équipe de travail. Une infirmière experte souligne : « Puis, sinon, il faut quelqu'un qui soit capable de s'exprimer correctement et d'avoir une certaine neutralité, ça prend quelqu'un qui est capable de bien se maîtriser elle et d'être capable de diriger les autres » (E-3). Cette impartialité dans la communication est soulevée à plusieurs reprises par les participantes et s'avère nécessaire dans le rôle d'AIC. Une infirmière experte mentionne : « Ça prend des aptitudes pour le faire, le savoir-être pour être AIC. La façon qu'on parle à

quelqu'un et il faut être juste envers tout le monde même si dans l'équipe, il y a quelqu'un qu'on apprécie plus, professionnellement, il n'y a pas de passes-droits » (E-3).

Les infirmières débutantes doivent être attentives à leur propre comportement lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC afin de donner l'exemple aux autres personnes. Elle devient donc un modèle de rôle pour le reste de l'équipe. Une gestionnaire explique : « Tu dois être un modèle de rôle, tu dois avoir une hygiène des mains parfaite, une tenue de dossiers parfaite, un agir parfait, tu devrais être un modèle de rôle. On a tous en tête une AIC qu'on voit comme ça » (G-4). L'importance accordée au modèle de rôle se retrouve autant dans le groupe des gestionnaires que dans celui des infirmières expertes. En fait, il est facile de constater, à travers leur discours, que l'image professionnelle que dégage l'AIC envers les autres intervenants de l'unité est considérée comme étant nécessaire au sein de l'organisation.

Les infirmières débutantes en fonction d'AIC doivent également assurer la transmission de leurs connaissances auprès de l'équipe de soins. Cette transmissibilité du savoir représente un thème fort et le temps consacré à cette tâche est inestimable selon les participantes. Une infirmière experte raconte : « L'AIC est là pour soutenir l'équipe et mettre le personnel à jour au niveau de leurs connaissances. S'il y a une personne qui n'a pas les connaissances sur le plancher, bien l'AIC peut la soutenir en l'aidant à chercher sur Ace-PTM et les autres outils cliniques » (E-4). Ce rôle de soutien se doit d'être assumé à la hauteur des exigences par les AIC débutantes pour répondre aux questions des membres de l'équipe de travail. Toutefois, les infirmières débutantes mentionnent clairement leurs difficultés dans cet aspect du rôle : « Je n'avais pas l'expérience nécessaire pour diriger les autres. J'avais un manque de connaissances, je me sentais tellement nulle. Je n'avais pas les réponses à aucune question » (D-1).

D'un autre côté, la collaboration interprofessionnelle est dite même essentielle dans le rôle de l'AIC dans le cadre de l'hospitalisation, et ce, dès l'admission du patient afin de bien répondre à ses besoins en prévision de son départ. Une infirmière experte explique : « Le patient arrive et on le prépare déjà pour le départ avec notre collecte de données pour mieux s'enligner. Quels consultants que je dois entrer? Est-ce que j'ai besoin de nutrition ou d'ergo?

Il faut qu'elle soit capable d'avoir une vue d'ensemble de son patient » (E-3). Cette collaboration est également nécessaire afin d'assurer la fluidité des services sur l'unité selon les participantes. Une infirmière experte rajoute : « Les temps de régler un pansement, la nutrition ou la physio qui est arrivée trop tard. C'est plein de petits impacts sur la durée de l'hospitalisation du patient et c'est mon rôle d'y veiller. C'est de partir du patient et de coordonner tout le monde autour » (E-5).

Le dernier sous-thème appuyé tant par les gestionnaires que par les infirmières expertes est la gestion des conflits dans l'équipe de soins ainsi qu'auprès des patients et des familles. Une infirmière experte souligne l'importance de la capacité des AIC débutantes de gérer les conflits entre les membres du personnel en absence du CUSI : « Elles en ont en masse de gérer le clinico-administratif, les techniques, le matériel, encadrer les novices sans avoir à faire un peu de gestion du personnel et c'est quand même une bonne partie du rôle de l'AIC lorsque le CUSI n'est pas là » (E-2). Les gestionnaires reconnaissent également l'importance du rôle de l'AIC dans la gestion d'une situation de crise auprès d'un patient ou de sa famille : « Elles doivent savoir quoi faire avec une plainte et désamorcer la situation. J'ai une famille difficile, je fais quoi? Il y a de la paperasse qu'elles doivent être au courant » (G-2).

À la lumière de l'analyse des données, les compétences en leadership représentent une composante importante du rôle de l'AIC et mettent au défi les infirmières débutantes actuellement dans leur quotidien dans l'exercice de ce titre d'emploi. Leurs habiletés en communication se doivent d'être aguerries et bien développées pour faire face à l'ampleur du rôle. L'interconnexion des compétences clinico-administratives de l'AIC ne peut s'avérer complète toutefois sans exposer celles qui impliquent la composante de la gestion.

5.2.2.3. Compétences en gestion clinico-administrative

Les compétences en gestion clinico-administrative font l'unanimité chez les participantes dans le cadre des entretiens de validation. Ce thème qui réfère aux habiletés de

gestion des AIC débutantes se divise en quatre sous-thèmes : 1) la gestion des priorités; 2) la coordination clinique (pivot); 3) la gestion de l'unité; 4) la gestion de l'équipe de travail.

La gestion des priorités dans l'exercice du rôle d'AIC au sein d'une unité de soins relève d'un défi quotidien. En effet, les AIC reçoivent un nombre important d'informations et représentent le fil conducteur entre les divers intervenants. Or, une gestionnaire soulève la difficulté à prioriser qu'éprouvent les AIC débutantes : « Je pense que les AIC s'en mettent beaucoup sur les épaules, mais elles devraient être capables de mieux prioriser. Lorsque tu es jeune ça, tu n'es pas capable de faire ça » (G-4). Cette difficulté préoccupe beaucoup les gestionnaires lors de l'entretien de groupe et ils mentionnent la nécessité que les infirmières débutantes soient outillées dans ce cheminement de priorisation.

La coordination clinique représente également une compétence en gestion clinico-administrative importante selon la perspective des participantes. Afin d'effectuer cette coordination clinique à la hauteur des attentes, une gestionnaire exprime qu'il est incontournable que les AIC débutantes possèdent les connaissances nécessaires en lien avec la clientèle pour assurer ce rôle de pivot : « Parce que si elle connaît bien sa clientèle et ses besoins en ce qui concerne les connaissances cliniques, après ça, elle va pouvoir se consacrer à la coordination et à la logistique départementale et du soutien à la performance de l'hôpital » (G-4). Pour d'autres participantes, la coordination clinique ne doit pas se traduire par « faire le travail à la place » des autres infirmières. Une gestionnaire affirme : « Je m'attends à ce qu'elle soit le fil conducteur, mais ce n'est pas elle qui va faire le chemin. C'est elle qui coordonne, mais ce n'est pas elle qui effectue » (G-3). Cette précision était présente à maintes reprises durant les entretiens individuels et de groupe et s'avère indispensable aux yeux de la plupart des participantes.

Les infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC le soir, la nuit ou la fin de semaine se retrouvent souvent seules devant certaines problématiques qui peuvent survenir dans une unité de soins. En réalité, le coordonnateur d'activités représente la seule ressource pour l'ensemble de l'hôpital. Ainsi, la gestion de l'unité de soins est soulignée comme étant une compétence clinico-administrative cruciale selon les participantes en

absence du CUSI. Une gestionnaire mentionne : « Elles sont là pour essayer de résoudre les problèmes ponctuels dans le fond c'est leur rôle, c'est le principal mandat qu'on leur donne les fins de semaine » (G-1). Une infirmière experte soutient : « Nous devons être capables de résoudre des problèmes en absence du CUSI et je crois que quelque part, il faut être très créative et imaginative dans des problématiques » (E-1). Selon les participantes, la gestion de l'unité de soins réfère également à la capacité de l'infirmière débutante à garder une vision globale du département pour assurer le bon déroulement des activités cliniques dans l'unité de soins. Bien que cette vision demeure essentielle à maintenir pour assurer le bon déroulement des activités cliniques dans l'unité de soins, et validée lors des entretiens de groupe, ce sous-thème n'a été soulevé que par une gestionnaire et une infirmière experte lors des entretiens individuels : « D'être capable de développer, et peut-être d'être capable, des fois c'est par de la formation, d'être capable dans la globalité du département de faire ressortir c'est quoi mes priorités sur l'unité » (E-1).

Selon les participantes, dans l'exercice du rôle d'AIC, les infirmières débutantes ont également à effectuer la gestion du matériel requis dans l'unité pour dispenser les soins et services à la clientèle. Une gestionnaire relate :

Elle doit s'assurer que le triax (double casier contenant du matériel de soins) soit correct et que nos quotas soient corrects. Je pense que c'est le côté administratif, mais qui est très très près du clinique dans un sens parce que sans matériel, il nous manque quelque chose pour soigner les patients, c'est la catastrophe. (G-1)

La gestion des incidents et accidents pouvant se produire dans l'unité de soins fait aussi partie intégrante du rôle d'AIC. Une analyse préliminaire doit être effectuée et des interventions peuvent être requises par l'AIC. Une gestionnaire explique : « Mais c'est sûr que si je suis en congé, l'AIC doit en prendre connaissance et regarder la gravité de l'erreur. Si c'est ça, il faut intervenir tout de suite et elle ne doit pas attendre mon retour pour intervenir » (G-1). Enfin, la gestion des admissions et des départs est également une compétence en gestion clinico-administrative dans l'unité de soins que les AIC débutantes doivent exercer avec doigté et discernement. Une infirmière experte raconte :

Il faut qu'elle priorise les admissions, les départs, les transferts, parfois il y en a plusieurs sur mon unité. De l'urgence, de la clinique d'insuffisance cardiaque, du tapis roulant, du bureau, les retours de l'IUCPQ et parfois de la clinique pré-op. Donc, lequel est prioritaire? » (E-3).

À d'autres égards, la gestion des admissions et des départs représente un grand défi pour les infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC : « La gestion des admissions, la gestion des départs, ça c'est beaucoup pour une AIC qui a moins de deux ans d'ancienneté » (G-1).

La gestion de l'équipe de travail représente le quatrième sous-thème des compétences en gestion clinico-administrative et comprend l'accompagnement du personnel et l'organisation des assignations du personnel pour la répartition de la charge de travail. En ce qui concerne l'accompagnement du personnel, elle représente une partie importante du rôle des AIC débutantes selon la perspective de plusieurs participantes. Une gestionnaire exprime : « Pour moi, il y a une grosse partie du rôle de l'AIC d'accompagner le personnel et d'effectuer la coordination des soins, bien c'est un incontournable et elle n'a pas le choix de le faire » (G-5). L'accompagnement du personnel ressort fortement au cours des entretiens de groupe et demeure indéniable dans le rôle quotidien de l'AIC.

L'organisation des assignations du personnel pour la répartition de la charge de travail, en début de quart de travail, représente également une compétence en gestion clinico-administratives qui s'avère essentielle. Les AIC débutantes doivent porter un jugement précis afin de bien assigner les patients aux membres de l'équipe selon leurs compétences. Une gestionnaire explique :

Donc, l'horaire, s'assurer que tout le monde est là pour le quart suivant, avec la liste de rappel, l'affectation, tout ça fait partie de leur tâche de l'assignation des horaires. Lorsqu'elles arrivent le matin et qu'elles assignent les chambres, je m'attends à ce qu'elles n'assignent pas des chambres, mais des heures soins (G-3).

Ce processus de réflexion dans l'organisation des assignations du personnel est également soutenu par une autre gestionnaire qui démontre toute son importance : « Mais par contre, il manque une infirmière, faut qu'elle sache quoi faire. On la remplaces-tu, on ne la remplace pas, il manque de monde, tu fais quoi? Il y a un côté jugement qui est vraiment essentiel » (G-2).

Devant les différentes dimensions des compétences clinico-administratives, il n'est pas étonnant de constater toute la complexité et l'étendue de la pratique des AIC ainsi que les défis que représente ce rôle pour les infirmières débutantes. Les thèmes associés aux compétences clinico-administratives exposées dans le cadre de ce chapitre sont fondamentaux et représentent les assises solides des compétences attendues à l'égard des AIC débutantes selon les participantes rencontrées. Toutefois, des facteurs qui influencent ces compétences ont également été identifiés par les participantes.

5.2.3. L'INFLUENCE DES FACTEURS PERSONNELS ET ORGANISATIONNELS SUR LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CLINICO-ADMINISTRATIVES

Selon la perspective des participantes, des facteurs d'influence favorisent la capacité des infirmières débutantes à exercer le rôle d'AIC. Ces facteurs d'influence se divisent en deux thèmes, soit les caractéristiques personnelles et organisationnelles. En ce qui concerne les caractéristiques personnelles, les participantes s'entendent pour affirmer que la présence d'autocritique est un facteur favorable à la réussite des AIC débutantes. L'autocritique s'exprime particulièrement par une saine gestion des émotions et revêt une grande importance auprès de la plupart des participantes rencontrées. Une infirmière experte raconte :

Je pense qu'il faut avoir une autocritique aussi parce que souvent, avec l'expérience qu'elles ont, lorsqu'il arrive une situation complexe de soins, il faut qu'elles soient capables de prendre un temps d'arrêt, de gérer leurs émotions parce que souvent, bien lorsque quelqu'un ne va pas bien, il y a un petit vent de panique (E-1).

L'engagement et l'intérêt des infirmières débutantes face au rôle d'AIC sont également soulignés. Une infirmière experte mentionne :

Il y a des personnes qui sont portées davantage à vouloir exercer ce rôle. L'AIC, si elle a le goût de le faire, et bien elle va essayer de faire le mieux qu'elle peut. Si elle fait le mieux qu'elle peut, il y a plus de chances que ça l'aide mieux au lieu d'une personne qui ne ça lui tente pas qui dit qu'elle doit partir à 4 h. Quelqu'un qui a l'intérêt en partant, c'est déjà gagnant (E-3).

En ce qui a trait aux caractéristiques organisationnelles, le service et l'organisation du travail s'avèrent également influents dans l'exercice du rôle d'AIC pour les infirmières débutantes. En effet, la vision du CUSI, les défis administratifs de l'unité ainsi que l'intensité du soutien organisationnel peuvent influencer la pratique des AIC débutantes. Ainsi, la vision du CUSI représente un facteur d'influence prépondérant : « C'est selon la personnalité et la vision du CUSI, la nature de chacun. Mais moi je pense que des AIC administratives ça ne devrait pas exister. C'est des AIC cliniques qu'on veut, des assistantes terrain » (G-1). Certaines gestionnaires soulèvent les défis administratifs de l'unité des AIC lorsqu'elles ont des patients à leur charge : « Si en plus elle a des patients, ça c'est un autre défi, c'est un autre problème, d'avoir des AIC avec des patients, c'est tellement incompatible. Elle serait mieux d'aller aider que d'en prendre à sa charge. Les défis financiers là, c'est incroyable » (G-4).

D'un autre côté, quelques gestionnaires soulignent l'importance de leur soutien ainsi que celui des conseillères en soins aux infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC. Ce soutien peut s'avérer toutefois insuffisant et se répercute inévitablement sur les infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC. Une gestionnaire raconte :

Je trouve que nos conseillères en soins devraient travailler davantage avec nos AIC et devraient être plus présentes pour les soutenir. Car même si je suis là, je pourrais aider davantage mes AIC que ça soit, surtout au début, les moins de deux ans lorsqu'elles construisent leur carapace et leur personnalité d'AIC, je trouve que c'est là qu'il devrait avoir plus de soutien organisationnel pour eux (G-3).

Il importe que les gestionnaires soient présents pour faciliter le travail des AIC débutantes auprès de l'équipe de travail face aux changements et décisions organisationnels. Une gestionnaire explique : « Et l'AIC est prise entre l'arbre et l'écorce. Souvent entre l'organisation et le plancher et si elle ne comprend pas le processus du changement, c'est difficile de le transposer auprès des équipes et elle manquera de soutien inévitablement » (G-3). Les participantes soulignent que l'intensité du soutien s'avère cruciale lors des changements et les décisions organisationnelles au quotidien, et approuvent la nécessité de rendre un contexte d'apprentissage convivial pour les AIC débutantes.

En somme, plusieurs facteurs, autant personnels qu'organisationnels, influencent l'exercice du rôle des infirmières débutantes lorsqu'elles exercent à titre d'AIC. Ces différentes caractéristiques s'avèrent prépondérantes et facilitantes dans l'exercice du rôle d'AIC pour les infirmières débutantes. La prochaine section présente les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives qui s'avèrent indispensables à mettre en place pour soutenir les AIC débutantes.

5.2.4. LES STRATÉGIES DE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CLINICO-ADMINISTRATIVES POUR HARMONISER LE RÔLE DES INFIRMIÈRES DÉBUTANTES EN FONCTION D'AIC

Selon la perspective des différents acteurs ayant participé à la présente étude, il est nécessaire, voire indispensable, que l'organisation ait une vision commune et claire des attentes à l'égard du rôle des infirmières débutantes en fonction d'AIC. Ainsi, une harmonisation du rôle des infirmières débutantes en fonction d'AIC est incontournable dans les stratégies de soutien au développement de leurs compétences clinico-administratives. Deux thèmes émergent de cette catégorie : l'accompagnement et la formation. En ce qui concerne l'accompagnement, il inclut le coaching par le CUSI ainsi que le soutien par les pairs. Pour la formation, elle inclut le développement d'une formation standardisée pour le titre d'AIC et le développement continu des compétences.

5.2.4.1. *L'accompagnement : Offrir du coaching par le CUSI*

Le coaching par le CUSI au quotidien est indéniable selon la perspective de toutes les participantes et se traduit de différentes façons, soit en deux sous-thèmes : 1) assurer un soutien par le CUSI; 2) diriger vers les personnes-ressources.

De prime abord, les attentes du CUSI à l'égard des infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC s'avèrent primordiales pour que celle-ci sache les lignes de conduite à suivre pour encadrer sa pratique au quotidien. Les gestionnaires sont unanimes que cette stratégie de soutien relève de leur responsabilité et de la nécessité de le faire de façon proactive pour aider les AIC débutantes. Une gestionnaire exprime : « Je pense que c'est notre rôle de donner une direction claire pour qu'ils soient capables d'effectuer le rôle à la hauteur de nos attentes » (G-2). Du côté des infirmières expertes, elles expriment clairement que le CUSI doit signifier ses attentes pour soutenir les infirmières débutantes : « Ce que j'ai apprécié lorsque j'ai commencé comme AIC, au niveau du CUSI, lui dire sa vision du département, c'est ça nos valeurs, c'est ça notre mission en tant que département et c'est ça que je m'attends de toi » (E-1). Les participantes soutiennent donc que la vision du CUSI influence grandement le rôle des AIC débutantes.

La rétroaction de la part du CUSI suivant son quart de travail est dite essentielle également par la plupart des participantes. Cette rétroaction est effectuée concrètement par le CUSI en répondant aux questions, en validant les décisions et en s'intéressant au vécu des AIC débutantes. Une infirmière débutante raconte à quel point cette rétroaction est primordiale : « J'ai vécu ma première nuit comme AIC et j'ai vécu beaucoup de difficultés. Le lundi, ma CUSI m'a appelée pour approuver mes décisions et en répondant à mes questions. Si ça n'avait pas eu lieu, je ne sais pas si je serais restée » (D-1). Une infirmière experte corrobore :

De discuter, qu'est-ce qui a été bien, qu'est-ce qui a mal été, parce que si quelqu'un prend le temps de parler avec moi, de mon vécu, c'est parce qu'il s'intéresse à moi et il me fait confiance. Et s'il s'intéresse à moi, quelqu'un qui me parle, il va me donner des trucs, bien je vais donner encore plus (E-3).

L'expression de la part du CUSI de sa reconnaissance au travail auprès d'elles est manifestée par les infirmières débutantes : « La petite tape dans le dos est importante et donne le goût de continuer » (D-2). Toutefois, cette reconnaissance n'a pas été soulevée tant du côté du groupe des gestionnaires que des infirmières expertes, mais s'avère d'une importance colossale à l'égard des infirmières débutantes dans le soutien concret à leur offrir au quotidien. Enfin, la présence du CUSI est également reconnue, par les participantes, comme étant la pierre angulaire. Le soutien passe nécessairement par du temps consacré de la part du CUSI à être présent dans l'unité de soins. Une gestionnaire raconte :

Moi, je trouve qu'il manque de suivi, de soutien, je trouve que nos conseillères en soins devraient plus travailler avec nos AIC et devraient être plus présentes pour soutenir ça et le CUSI aussi. Car même si je suis là, je pourrais plus aider mes AIC que ça soit, surtout au début, les moins de deux ans lorsqu'ils construisent leur carapace et leur personnalité d'AIC (G-1).

Les infirmières débutantes expriment qu'elles désirent recevoir cette forme de soutien de la part du CUSI : « La gestion des lits, ça semble banal, mais ça peut devenir compliqué lorsqu'on ne connaît pas la trajectoire du patient qu'il doit prendre ».

Les participantes mentionnent également que le CUSI doit diriger les infirmières débutantes vers les personnes-ressources nécessaires lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC. Une infirmière experte exprime : « Donner des situations, en tant que CUSI, on s'attend que tu ailles vers telle personne pour aller chercher de l'aide. La diriger clairement vers des ressources » (G-3). De son côté, une gestionnaire donne un exemple concret afin de bien diriger l'infirmière débutante vers les ressources disponibles :

J'avise mon AIC de l'unité coronarienne qu'il y a une AIC peu habituée de l'autre côté ou à l'occasion, peux-tu l'appeler pour voir si elle a besoin. Elle a un bras droit sur qui elle peut s'y fier et je lui dis que le coordonnateur est aussi toujours là (G-2).

À cet égard, le soutien des coordonnateurs et des préceptrices, en l'absence du CUSI, est mentionné comme étant une stratégie de soutien efficace. Une infirmière experte raconte : « À l'époque, il avait aussi des préceptrices de soir, donc je lui disais au pire si tu as des difficultés, tu peux appeler la préceptrice, elle va te répondre. Je lui ai expliqué aussi qu'il y a le coordonnateur au besoin » (E-3). Les infirmières débutantes confirment que la présence du coordonnateur est sécurisante et que la présence des préceptrices est aidante pour les questions d'ordre clinique.

5.2.4.2. L'accompagnement : Favoriser le soutien par les pairs

Le soutien par les pairs réfère principalement au soutien offert par les AIC chevronnées afin qu'elles puissent transmettre leurs connaissances aux infirmières débutantes. Les participantes proposent la création d'une communauté de pratique, le mentorat, le soutien ponctuel des autres AIC et les simulations avec les pairs.

En ce qui concerne la création d'une communauté de pratique, les participantes affirment que cette stratégie de soutien est indispensable pour créer une interaction entre les AIC expertes et débutantes. Une infirmière débutante exprime clairement le besoin :

Si on pouvait assister aux journées des AIC une ou deux fois par année. Ils se réunissent pour discuter avec les autres assistantes des défis, des programmes et d'autre chose. Donc, ça serait intéressant que nous puissions y assister pour acquérir des connaissances et savoir c'est quoi leur plan de match de leur perspective (D-2).

Le soutien d'un mentor est aussi une stratégie reconnue essentielle et importante par les infirmières débutantes : « Avoir un modèle, un repère. Avoir quelqu'un à la base qui fait la voie. C'est comme du mentorat. La transmission des connaissances est importante et nous sommes à la recherche de cette personne sur qui on peut s'appuyer » (D-1).

En ce qui concerne le soutien ponctuel des autres AIC et les simulations avec les pairs, ces deux sous-thèmes sont soulevés davantage lors des entretiens avec les gestionnaires et les infirmières expertes, mais reçus positivement de la part des infirmières débutantes. Une infirmière experte mentionne : « Les autres AIC peuvent aussi nous aider des fois, ils le font aussi, donc on peut s'aider. Des échanges entre les infirmières débutantes et expertes, ça peut aider » (E-3). Pour une gestionnaire, la simulation entre pairs représente une stratégie de soutien très pertinente :

Je pense que tu perds tes points de repère dans ces situations et je pense que dans ces situations d'urgence, il devrait avoir des simulations. On fait des simulations de RCR, pourquoi on ne ferait pas une simulation de réunion multi qui tourne mal par exemple? (G-4)

5.2.4.3. Formation : Développer une formation standardisée pour le titre d'AIC

La nécessité de développer une formation standardisée pour le titre d'AIC est obligatoire aux yeux de toutes les participantes afin d'améliorer la clarté de ce rôle. Selon leur perspective, cette formation standardisée comporterait différents thèmes centraux pour couvrir tout le contenu nécessaire pour aider les infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC. Six sous-thèmes découlent donc de cette stratégie : 1) élaborer un guide de référence; 2) créer un module d'autoformation; 3) organiser un jumelage avec une autre AIC; 4) offrir une formation en leadership et en communication; 5) assurer l'exposition aux situations cliniques ; 6) apprentissage des trajectoires possibles du patient.

L'élaboration d'un guide de référence que l'AIC débutante pourrait utiliser dans sa pratique s'avère un repère plus que pertinent selon la perspective des différentes participantes. En effet, le guide de référence est une stratégie de soutien approuvée par les infirmières débutantes, qui mentionnent une précision importante à cet égard : « Oui, un guide de référence qui pourrait nous guider dans le titre d'AIC, mais pas un document complet que tu dois chercher en urgence. Il doit être bref » (D-2). Cette précision d'un guide

de référence succinct est également soulevée par une infirmière experte : « Dans le fond, c'est de leur trouver des ressources. Mais il faut quelque chose de vite et pas un document de 20 pages si tu as une question. Quelque chose qui est facilement accessible et ciblé pour chacune des unités de soins » (E-3).

L'idée de la création de modules d'autoformation accessibles, soit en documentation papier ou sur le site informatique de l'organisation de travail, est également proposée par les participantes. Une gestionnaire explique : « Une infirmière débutante qui abonde à assumer le rôle d'AIC un jour et ne reste que par remplacement, bien qu'elle puisse avoir ce qu'il faut pour commencer à se former elle-même. C'est de la formation continue personnelle » (G-2).

Selon la perspective des participantes, le jumelage de l'infirmière débutante avec une autre AIC chevronnée peut s'avérer bénéfique dans le transfert des connaissances. Une infirmière experte explique :

C'est certain que des journées de jumelage aideraient pour au moins avoir une idée, pas juste une journée, peut-être un trois jours de jumelage pour que la personne qui la forme ait le temps de lui montrer à travers ce qu'elle a à faire dans son quart de travail (E-4).

Selon les gestionnaires et les infirmières expertes, le jumelage se différencie du mentorat, mais ces deux stratégies sont complémentaires. Le jumelage est perçu comme étant une orientation avec une personne pendant quelques jours sur une courte période tandis que le mentorat représente une relation privilégiée de coaching qui s'échelonne sur une plus longue période.

En ce qui concerne la formation en leadership, elle ne fait pas l'unanimité entre le groupe des infirmières expertes et gestionnaires. En effet, l'entretien du groupe des gestionnaires révèle que le leadership ne s'acquiert pas en formation et représente davantage une compétence innée chez certaines personnes. Une gestionnaire explique : « Le leadership c'est coordonner, prendre des décisions, coacher, anticiper, prioriser, soutenir... c'est quelqu'un qui apprend de ses erreurs et capable de mobiliser l'équipe de travail » (G-2).

Selon la perspective des infirmières expertes, le développement du leadership durant le parcours professionnel des infirmières débutantes est possible et le CUSI joue un rôle important : « Ça vient avec l'expérience et c'est évolutif. Le CUSI doit l'encourager, le bonifier et assurer une participation active » (E-3). De leur côté, les infirmières débutantes sont favorables et croient que cette formation en leadership s'avérerait utile dans l'exercice du rôle d'AIC. En ce qui concerne la formation en communication, elle est également mentionnée comme étant nécessaire pour assurer le développement du leadership. Une infirmière experte affirme : « Il faudrait qu'elles reçoivent un cours en communication, ça aiderait au développement de leur leadership » (E-4).

L'importance que les AIC débutantes soient exposées aux situations cliniques est également soulignée durant les entretiens auprès des différents groupes de participantes. Une gestionnaire expose : « C'est la base, il faut qu'elle soit exposée. Elle est experte clinique, elle n'a pas le choix. L'AIC doit être clinique et doit être capable de prendre le relais d'une autre infirmière au chevet à n'importe quel moment de la journée » (G-2). Cette exposition aux situations cliniques est cruciale selon la perspective des participantes pour soutenir le développement des compétences clinico-administratives requises au rôle d'AIC.

Enfin, l'apprentissage des trajectoires possibles du patient, dans le cadre de son hospitalisation, est nécessaire à différents égards. En effet, ce dernier sous-thème a été mentionné par des gestionnaires :

Les trajectoires que je lui apprendrais dès le départ, car souvent c'est elle qui va être le pivot lors d'un transfert, d'un code bleu, code blanc, par exemple. Si elle est de soir ou de nuit, et bien le coordonnateur, c'est quoi son rôle, vraiment de l'orienter dans son nouveau rôle de premier premier niveau (G-3).

5.2.4.4. Formation : Assurer le développement continu des compétences

Le développement continu des compétences des infirmières débutantes en fonction d'AIC représente le dernier thème pour harmoniser le rôle des AIC débutantes. Selon les participantes, ce thème implique la formation continue, la création d'un portfolio et d'une boîte à outils destinée aux AIC débutantes. En ce qui concerne la formation continue spécifique pour les AIC, elle est mentionnée comme étant nécessaire pour assurer le développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes dans un continuum de savoirs : « Il serait intéressant de créer des ateliers pour les futures AIC et qui assurent le développement des compétences clinico-administratives dans un continuum tant pour les infirmières débutantes que les infirmières expertes » (G-4). Cette idée, issue du groupe des gestionnaires, est entérinée tant par les infirmières expertes que débutantes.

Par ailleurs, les gestionnaires et les infirmières expertes s'entendent toutes sur la nécessité de rendre accessible un coffre à outils destiné spécifiquement au rôle d'AIC. Pour les infirmières débutantes, elles mentionnent que cette boîte à outils serait pertinente et utile pour répondre à des questions d'ordre général. La création d'un portfolio dans l'optique de développement continu des compétences des AIC débutantes est proposée également. Une gestionnaire explique : « Moi, je trouve que c'est ça qui manque, un portfolio pour les infirmières débutantes parce que tu construis ta carrière et tu te fixes des objectifs et ça te suit tout au long de ton parcours professionnel » (G-4). Ce sous-thème est accueilli favorablement par les infirmières débutantes pour les soutenir à travers leur cheminement professionnel.

Les stratégies de soutien exposées dans cette section démontrent l'ampleur des besoins de soutien au développement des compétences clinico-administratives pour les infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC. Les deux grandes stratégies de soutien qui émergent de la présente étude sont l'accompagnement incluant le coaching par le CUSI ainsi que le soutien par les pairs et la formation incluant le développement d'une formation standardisée pour le titre d'AIC ainsi que le développement continu des compétences.

5.2.5. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS SELON LES QUESTIONS DE RECHERCHE

Cette section vise à faire un rappel des résultats en réponse aux deux questions de la présente recherche. Les résultats suggèrent d'abord trois grands constats à l'égard des AIC débutantes : 1) l'ambiguïté du rôle; 2) l'existence d'une prématurité du rôle dans le parcours professionnel des infirmières débutantes; 3) l'insuffisance du réseau de soutien. Cette vulnérabilité du rôle des AIC débutantes, issue des résultats de cette recherche, démontre la présence réelle de la problématique dont il est question dans ce mémoire. Les difficultés que vivent les infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC sont indéniables et représentent le bien-fondé de la présente étude dont les résultats sont teintés de ces trois constats.

Pour répondre à la première question de recherche, à titre de rappel, elle s'énonce comme suit : Quelles sont les compétences clinico-administratives attendues des infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC selon la perspective de gestionnaires, d'infirmières expertes et débutantes? Les résultats de cette étude suggèrent une interconnexion des compétences clinico-administratives reconnues comme étant indissociables : les compétences cliniques essentielles, les compétences en leadership et les compétences en gestion clinico-administratives.

Les compétences cliniques essentielles se traduisent par la nécessité que l'infirmière débutante soit une personne-ressource, détienne des habiletés techniques et possède un bon jugement clinique pour assurer la qualité et la sécurité des soins. En ce qui a trait aux compétences en leadership, les infirmières débutantes doivent démontrer une communication efficace et devenir un modèle de rôle pour le reste de l'équipe. Les compétences en leadership réfèrent également à la capacité des infirmières débutantes à transmettre leurs connaissances, à collaborer avec les autres professionnels et à gérer des conflits dans l'équipe de travail ainsi qu'auprès des patients et des familles. Les compétences en gestion clinico-administratives se déclinent en quatre sous-thèmes : 1) la gestion des priorités ; 2) la coordination clinique (pivot); 3) la gestion de l'unité et 4) la gestion de l'équipe de travail. Enfin, des facteurs d'influence tels que les caractéristiques personnelles et celles du service et de l'organisation

viennent teinter l'interconnexion des compétences clinico-administratives. Les caractéristiques personnelles sont l'autocritique, l'engagement et l'intérêt pour les défis des infirmières débutantes. En ce qui concerne les caractéristiques du service et de l'organisation, elles réfèrent plutôt à la vision du CUSI, les défis administratifs de l'unité et l'intensité du soutien organisationnel.

Pour répondre à la deuxième question de recherche soit : Quelles sont les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC selon la perspective de gestionnaires, d'infirmières expertes et débutantes? Les résultats issus de cette étude suggèrent deux grandes stratégies de soutien afin d'harmoniser le rôle des infirmières débutantes en fonction d'AIC 1) L'accompagnement par le coaching du CUSI et le soutien des pairs; 2) La formation par le développement d'une formation standardisée pour le titre d'AIC et le développement continu des compétences.

Pour ce qui concerne la première stratégie de soutien, les repères que le CUSI doit considérer dans son coaching sont : 1) assurer un soutien du CUSI; et 2) diriger vers les ressources. La deuxième stratégie de soutien suggère de favoriser le soutien par les pairs en constituant une communauté de pratique, des simulations, du mentorat et du soutien ponctuel des autres AIC. La troisième stratégie de soutien réfère au développement d'une formation standardisée pour le titre d'AIC. La création d'un guide de référence, un module d'autoformation, le jumelage avec une autre AIC, la formation en leadership et en communication, l'exposition aux situations cliniques ainsi que l'apprentissage des trajectoires possibles du patient sont des sous-thèmes ayant émergé de cette troisième stratégie. Enfin, le développement continu des compétences par l'entremise d'un portfolio, d'une boîte à outils et de la formation continue s'inscrit dans la quatrième stratégie de soutien.

Ce chapitre a présenté l'ensemble des résultats obtenus dans le cadre du projet de recherche et démontre l'ampleur de sa pertinence. La vulnérabilité des AIC débutantes se démarque par les difficultés de ces dernières à exercer ce rôle important dans une unité de soins le soir, la nuit ou la fin de semaine afin d'assurer la qualité des soins. L'interconnexion

des compétences clinico-administratives nécessaire à l'exercice du rôle d'AIC expose l'éventail des talents que doivent démontrer les infirmières débutantes. Toutefois, il est indéniable que des stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives soient disponibles pour aider les infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC à relever ce défi colossal . Le chapitre qui suit présente la discussion en lien avec les résultats obtenus.

CHAPITRE 6

DISCUSSION

Les résultats de cette recherche ont permis de mettre en évidence les compétences clinico-administratives, ainsi que les stratégies de soutien à mettre en place, selon la perspective des participantes. Les résultats face à l'ambiguïté du rôle de l'AIC, au manque de soutien à l'égard des infirmières débutantes et à leur manque d'expérience démontrent bien les difficultés que vivent celles-ci. Ce contexte de vulnérabilité face au rôle des AIC débutantes pour assurer une prestation de soins sécuritaire et de qualité forge le cœur même du bien-fondé de cette étude. Devant l'importance des résultats du chapitre précédent, il devient intéressant, dans un premier temps, de parcourir la littérature scientifique afin de discuter des principaux résultats marquants. Dans un deuxième temps, le choix du cadre de référence utilisé est discuté. Enfin, les limites de l'étude sont exposées pour terminer avec les recommandations en lien avec la formation, pratique clinique, la recherche et la gestion en soins infirmiers.

6.1. DISCUSSION DES RESULTATS

La discussion des résultats se fait à partir des quatre catégories à la lumière des connaissances actuelles issues des écrits scientifiques démontrant la contribution distinctive de cette recherche. Les quatre catégories portent sur la vulnérabilité face au rôle des AIC débutantes, l'interconnexion des compétences clinico-administratives, les facteurs d'influence ainsi que et les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives de ces infirmières. Rappelons que les quatre catégories proposent une interrelation qui démontre une influence mutuelle entre ces dernières tout en répondant aux deux questions de recherche ainsi qu'au but proposé dans le cadre de cette étude.

6.1.1. LA VULNÉRABILITÉ FACE AU RÔLE D'AIC

Cette catégorie inclut l'ambiguïté du rôle, la prématurité du rôle dans le parcours professionnel ainsi que l'insuffisance du réseau de soutien des AIC débutantes et met en lumière les difficultés rencontrées des infirmières débutantes dans le cadre de ce rôle. En ce qui concerne l'ambiguïté du rôle, elle est soulevée également dans d'autres études récentes s'intéressant au rôle de l'AIC. Les résultats de l'étude québécoise de Bérubé (2016), explorant la complémentarité des rôles des CUSI et de leur AIC, démontrent que le rôle est mal défini, que leur travail est ambigu et correspond partiellement à ce qui est indiqué sur la description officielle de leur poste. Dans le même ordre d'idées, l'étude qualitative de Cathro (2015) propose d'explorer les actions des AIC pour maintenir des soins sécuritaires à la clientèle. Pour ce faire, des observations dans les unités d'un hôpital de Phoenix ainsi que des entretiens semi-structurés ont été menés auprès de 11 AIC. Les recommandations de cette étude suggèrent d'améliorer la clarté du rôle et des responsabilités des AIC afin de maximiser la prestation de soins sécuritaires à la clientèle. Selon Cathro (2015), l'ambiguïté du rôle découle d'un manque de préparation flagrant au rôle de l'AIC. D'autres auteurs déplorent également l'ambiguïté du rôle de l'AIC à travers la littérature (Admi & Eilon-Moshe, 2016; Connelly et al., 2003; Flynn et al., 2010; Patrician, Oliver, Miltner, Dawson, & Ladner, 2012; Turmel-Courchesne, 2015; Villeneuve, 2005; Wojciechowski et al., 2011) corroborant nos résultats de recherche. Il devient ainsi primordial de viser une meilleure compréhension de ce rôle en vue d'augmenter sa clarté au sein d'une organisation de travail.

En ce qui concerne la prématurité du rôle dans le parcours professionnel, les résultats de cette recherche mettent en évidence que le titre d'AIC arrive précocement pour les infirmières débutantes alors que le rôle même de l'infirmière est en cours d'appropriation. À travers les écrits recensés, certains mentionnent que les infirmières débutantes peuvent se sentir inconfortables à exercer le rôle d'AIC. Entre autres, l'étude de Sheets (2015) rapporte que le rôle de l'AIC intimide les infirmières débutantes et qu'elles possèdent inévitablement très peu d'expérience pour gérer des situations conflictuelles. Toutefois, la présente étude

apporte une contribution distinctive à l'égard de la prématurité du rôle d'AIC dans le parcours professionnel des infirmières débutantes et aborde une vision plus élargie de la problématique. En effet, les résultats mettent en lumière une construction professionnelle en devenir à travers ce parcours démontrant toute la vulnérabilité des infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC.

Les résultats de la présente recherche quant au réseau de soutien font ressortir clairement les manques à cet égard. L'étude de Sheets (2015) corrobore également ce manque de soutien concret offert aux AIC débutantes. De même, Pryby (2016) dénote que les infirmières débutantes sont fréquemment placées à titre d'AIC sans nécessairement avoir reçu une formation spécifique à ce rôle. L'absence de préparation formelle à l'égard de la fonction d'AIC démontre un manque flagrant dans le soutien pour les infirmières débutantes et suscite l'intérêt de plusieurs auteurs à démontrer la pertinence de rendre disponible une formation avant l'exercice de ce rôle (L. Armstrong & Hedges, 2006; Cathro, 2015; Eggenberger, 2011; Homer & Ryan, 2013; Teran & Webb, 2016; Wilson, Redman, Talsma, & Aebersold, 2012; Wilson et al., 2011; Wojciechowski et al., 2011). Eggenberger (2011) renchérit sur la nécessité que les outils et les ressources devraient être facilement accessibles pour les AIC débutantes pour appuyer leurs décisions lors de situations complexes. Paradoxalement, les infirmières débutantes ont besoin particulièrement de l'AIC pour les aider à développer leurs compétences et leur confiance dans leur jugement clinique (Eggenberger, 2011). La présente étude corrobore le manque de soutien actuellement offert aux AIC débutantes et met en lumière la pertinence que les administrateurs des établissements de santé se penchent sur le rehaussement du soutien offert.

Ainsi, en parcourant la littérature existante, il est possible de constater que plusieurs auteurs s'intéressent à l'ambiguïté du rôle de l'AIC afin de mieux encadrer le soutien à offrir dans l'exercice de ce rôle. Toutefois, cette ambiguïté est également soulevée dans cette étude dans un contexte où les infirmières débutantes exercent le rôle d'AIC le soir, la nuit ou la fin de semaine en démontrant l'ampleur des difficultés vécues. Les résultats de cette recherche concernant la prématurité du rôle dans le parcours professionnel ainsi que l'insuffisance du

réseau de soutien démontrent également les problématiques vécues par les infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC. Au-delà de l'inconfort et du manque de formation aux AIC débutantes, cette étude apporte un éclairage distinct quant au contexte de vulnérabilité des infirmières débutantes dans leur cheminement professionnel en début de carrière. L'instauration de stratégies de soutien, par la formation et l'accompagnement, constitue une solution gagnante pour assurer une dispensation de soins sécuritaires et de qualité à la clientèle.

6.1.2. L'INTERCONNEXION DES COMPÉTENCES CLINICO-ADMINISTRATIVES

L'analyse des résultats a mis en évidence une interconnexion de trois domaines de compétences clinico-administratives dans le rôle d'AIC : les compétences cliniques, les compétences en leadership et les compétences en gestion clinico-administrative. Cette interconnexion n'a pas été documentée comme telle dans la littérature, cependant chacune des compétences a été identifiée en lien avec le rôle d'AIC.

Les compétences cliniques essentielles à l'égard des AIC débutantes ont été identifiées par de nombreuses participantes dans le cadre de cette étude. Les compétences cliniques émergent également à travers la littérature récente dans les études abordant les compétences requises dans le rôle de l'AIC (Cathro, 2015; Flynn et al., 2010; Plourde, 2012; Turmel-Courchesne, 2015). Cette compétence représente l'exigence de base fortement exprimée par les participantes pour que les AIC débutantes soient une personne-ressource, possèdent des habiletés techniques et démontrent un bon jugement clinique pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Dans le même ordre d'idées, Turmel-Courchesne (2015) soutient l'importance que l'AIC soit reconnue comme experte et possède une crédibilité technique et clinique. Eggenberger (2011) souligne également l'importance que les compétences cliniques de l'AIC aient un impact sur la sécurité et la qualité des soins aux patients. À l'instar de ces propos rapportés dans la littérature, les résultats de la présente étude soutiennent la

nécessité que les infirmières débutantes possèdent des compétences cliniques solides pour exercer le rôle d'AIC de façon sécuritaire.

En ce qui concerne les compétences en leadership, les résultats de la présente étude suggèrent qu'elles réfèrent aux habiletés en communication, au modèle de rôle, à la collaboration interprofessionnelle, à la gestion des conflits ainsi qu'à transmettre leurs connaissances aux équipes de travail. Ces sous-thèmes se retrouvent à travers la littérature scientifique, mais ne sont pas regroupés sous un seul thème référant aux compétences en leadership dans le rôle de l'AIC. En effet, les écrits existants identifient certaines compétences sans toutefois les aborder dans leur globalité sur le plan du leadership. Bérubé (2016) met en perspective différentes composantes du rôle de l'AIC, dont la coordination des ressources informationnelles de l'unité comprenant les communications interpersonnelles et la diffusion de l'information. L'AIC possède donc une grande charge quant à la diffusion claire de l'information à communiquer auprès des équipes (Bérubé, 2016). Pour sa part, l'étude de Turmel-Courchesne (2015) réfère, entre autres, à la capacité d'interagir de façon efficace avec les autres membres du personnel, favoriser le travail d'équipe ainsi que de servir de modèle dans le rôle. Le domaine relationnel est un aspect important du rôle de l'AIC et elles sont des collaboratrices de premier plan pour la résolution des conflits interpersonnels (Turmel-Courchesne, 2015). De leur côté, Sherman and Eggenberger (2009) se sont intéressés aux responsabilités du rôle de l'AIC et appuient la nécessité de développer leurs habiletés en communication, en gestion de conflits et en construction d'équipe. Certains chercheurs recommandent même le développement d'un programme spécifique au sein des établissements de santé sur les habiletés en leadership pour les AIC (Assid, 2010; McCallin & Frankson, 2010; Pryby, 2016; Teran & Webb, 2016). Enfin, l'importance de la transmission des connaissances aux équipes de travail est reconnue également à travers la littérature. Notamment, les AIC offrent un soutien clinique lors des situations complexes, collaborent à la formation et à l'intégration des nouveaux employés et diffusent les informations qui visent le développement clinique de l'équipe (Turmel-Courchesne, 2015). Force est de constater que plusieurs écrits scientifiques corroborent sous différents angles l'importance des compétences en leadership associées au rôle de l'AIC. La présente étude se

distingue toutefois par une proposition de regrouper les compétences en leadership comme faisant partie intégrante du rôle des AIC débutantes.

Quant aux compétences en gestion clinico-administrative, elles se démarquent dans les résultats de cette recherche par la gestion de l'équipe de travail, la coordination clinique, la gestion des priorités et la gestion de l'unité. En ce qui concerne la gestion de l'équipe de travail, l'étude qualitative de Wilson et al. (2011) corrobore l'importance que les AIC s'assurent d'un nombre adéquat d'infirmières pour garantir un ratio infirmière-patients sécuritaire. Cette recherche révèle également que cette activité prend beaucoup de place dans le rôle de l'AIC. L'organisation des assignations du personnel en début de quart de travail pour assurer un ratio sécuritaire est également corroborée par les résultats d'autres études (Connelly et al., 2003; Sherman, 2005; Turmel-Courchesne, 2015). En ce qui a trait à la coordination clinique, la littérature québécoise confirme davantage cet aspect du travail de l'AIC. En effet, les résultats de l'étude de Bérubé (2016) mettent en perspective le rôle de premier plan de l'AIC dans la coordination des soins sur une unité. De son côté, l'essai de Plourde (2012) corrobore également l'importance de la coordination clinique des soins et de gestion de l'épisode de soins des patients. Toutefois, ces résultats suggèrent que cette compétence s'intègre globalement dans la dimension du travail clinique de l'AIC et non dans les compétences en gestion clinico-administrative comme le propose cette étude. Quant à la gestion des priorités, elle s'exprime plutôt dans la littérature comme une habileté à la planification et l'organisation du travail dans le rôle même de l'AIC. En effet, la gestion des priorités est décrite en matière d'activités qui permettent à l'AIC de planifier son emploi du temps et d'organiser son espace de travail (Plourde, 2012). Bien qu'elle se traduise de différentes façons à travers la littérature, la gestion des priorités des AIC débutantes est entérinée par divers écrits scientifiques (Admi & Moshe-Eilon, 2010; Bérubé, 2016; Eggenberger, 2011; Turmel-Courchesne, 2015). Quant à la gestion de l'unité, la gestion des admissions et des départs dans une unité de soins est soulignée uniquement au Québec, dans les travaux de Bérubé (2016), comme étant une activité appartenant à l'AIC en lien avec la gestion des lits. Cette étude souligne également l'absence de données suffisantes afin d'appuyer cet aspect du rôle de l'AIC sur des données probantes.

Selon les résultats de cette étude, les compétences cliniques, les compétences en leadership et les compétences en gestion clinico-administrative sont interreliées pour décrire le rôle attendu des AIC débutantes. Toutefois, certains facteurs personnels et organisationnels viennent teinter cette interconnexion des compétences proposées. Entre autres, la vision du CUSI est un sous-thème qui s'est avéré révélateur lors des entretiens menés auprès des participantes. En effet, le rôle de l'AIC est très souvent défini en fonction des attentes du CUSI (Bérubé, 2016). Mejia, Vásquez, and Sánchez (2006) affirment également que l'AIC doit soutenir la vision du CUSI. De plus, la présence d'autocritique qui englobe la saine gestion de ses émotions, dans le cadre du rôle de l'AIC, s'avère importante aux yeux des participantes de cette étude. Une publication récente soutient également que faire preuve d'exemplarité dans la tenue de rôle était l'une des sept fonctions principales de l'AIC (Sévigny & Effio, 2016). Des facteurs d'influence émergent des entretiens effectués dans le cadre de cette étude apportant un éclairage nouveau dans l'interconnexion des compétences clinico-administratives, soit la présence d'autocritique et l'engagement des AIC débutantes.

6.1.3. HARMONISER LE RÔLE DES INFIRMIÈRES DÉBUTANTES EN FONCTION D'AIC

Rappelons que deux stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des AIC débutantes ont été identifiées dans cette étude. Ces stratégies visent à harmoniser le rôle de ces infirmières et réfèrent à l'accompagnement par le coaching de la part du CUSI ainsi qu'au soutien par les pairs et la formation par le développement d'une formation standardisée pour le titre d'AIC et le développement continu des compétences.

Le coaching par le CUSI au quotidien est primordial à la lumière des résultats de cette étude. Il est également constaté dans la littérature que le coaching par le CUSI s'avère plus que bénéfique. En effet, Sherman, Schwarzkopf, and Kiger (2013) affirment que le CUSI peut aider les membres de son équipe, dont l'AIC, à performer au mieux de leurs capacités. En effet, ces auteurs mettent l'accent sur l'importance du CUSI à enseigner, développer, former et à reconnaître les bons coups de leur personnel. À l'instar de ces résultats de

recherche, la présente étude aborde la nécessité que le CUSI assure le soutien également en son absence le soir, la nuit ou la fin de semaine pour assurer une certaine continuité pour aider les AIC débutantes. En effet, l'appui par les coordonnateurs et les préceptrices, pour les AIC débutantes, apporte une contribution distinctive en assurant le soutien en absence du CUSI.

Les résultats de l'étude précisent également que le soutien par les pairs représente une stratégie importante au développement des compétences clinico-administratives des AIC débutantes. Ces résultats sont corroborés par quelques études (Admi & Moshe-Eilon, 2010; Sheets, 2015; Thomas, 2012), dont celle de Pryby (2016), qui indiquent l'importance d'une structure de soutien pour les AIC dans l'exercice de leur rôle au sein d'une unité de soins. Le mentorat est reconnu comme une stratégie qui pourrait être aidante pour les AIC débutantes telle que proposée dans cette étude. Quant à Admi and Moshe-Eilon (2010), ils ont développé un programme de mentorat pour soutenir les AIC débutantes le soir, la nuit et la fin de semaine. Cette stratégie de soutien offre les opportunités d'analyser des événements critiques non résolus de leurs expériences actuelles et de renforcer leurs capacités d'adaptation (Admi & Moshe-Eilon, 2010). Trepanier and Crenshaw (2013) renforcent sur le fait que le mentorat pour les AIC est nécessaire pour faire grandir leurs habiletés en leadership et améliorer les résultats au patient. Par ailleurs, la création d'une communauté de pratique représente également une stratégie de soutien intéressante issue des résultats de cette étude. L'étude de Thomas (2012) corrobore l'importance d'inclure des ateliers de lecture, d'étude de cas, de jeu de rôle ainsi que des discussions interactives en groupe de travail et soutient que la tenue de ce type d'activités au sein d'un programme améliore la confiance et l'engagement des AIC. Sheets (2015) ressort également que des sessions de travail interactives aident à préparer les infirmières débutantes au rôle d'AIC. Au Québec, le rapport de Goudreau et al. (2013) confirme que des séances de pratique réflexive constituent une occasion pour l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins offerts aux patients en plus d'offrir un espace de parole et d'action aux infirmières. De ces constatations dans la littérature, le soutien entre les pairs est indéniable comme le propose cette recherche. Toutefois, les résultats de

cette étude mettent en lumière la contribution primordiale du soutien ponctuel des autres AIC lorsque les infirmières débutantes exercent le rôle d'AIC la nuit, le soir ou la fin de semaine.

Bien que plusieurs études corroborent la nécessité d'une formation standardisée, les milieux sont peu nombreux à offrir un programme de formation formelle à titre d'AIC (Turmel-Courchesne, 2015). Selon Sherman and Eggenberger (2009), le développement d'une formation conçue pour le titre d'AIC devrait répondre au besoin de comprendre la culture organisationnelle, être en mesure de faciliter l'assignation du personnel, construire des équipes, résoudre des conflits et communiquer efficacement. Certaines études corroborent même les bienfaits d'une formation standardisée pour le titre d'AIC. Dans le cadre de l'étude de Flynn et al. (2010), une évaluation de l'orientation formelle aux AIC s'est avérée très positive. En effet, 88 % des AIC participant à l'étude ont affirmé que les attentes envers le rôle se sont clarifiées. De leur côté, Admi and Eilon-Moshe (2016) se sont intéressés à la perception du stress des AIC dans différents hôpitaux de trois pays, Israël, États-Unis et la Thaïlande. Les résultats révèlent des différences significatives à l'égard du stress entre les trois pays et recommandent le développement d'un programme spécifique au rôle d'AIC. De leur côté, Teran and Webb (2016) ont mené une étude descriptive rétrospective dans un hôpital du sud du Texas auprès de 11 AIC et six coordonnateurs cliniques pour démontrer les impacts favorables d'un programme d'orientation formelle aux AIC débutantes. Les résultats de cette étude mettent en évidence l'amélioration de la satisfaction des patients et de la rétention des infirmières débutantes. Enfin, l'accessibilité à l'information pour améliorer la prise de décisions destinée aux AIC s'avère également documentée dans la littérature. En effet, Eggenberger (2011) affirme que les outils et les ressources devraient être disponibles rapidement pour l'AIC pour qu'elle puisse appuyer ses décisions lors de situations complexes de soins. Par le biais des résultats de ces études, il apparaît que la formation standardisée pour le titre d'AIC représente un résultat fort intéressant et contribue au soutien à offrir aux AIC débutantes. Toutefois, les résultats de cette recherche proposent des stratégies de soutien, telles que la création d'un guide de référence et le jumelage avec une autre AIC chevronnée, celles-ci étant peu soulevées à travers la littérature.

Enfin, le développement continu des compétences représente une autre stratégie de soutien issue des résultats de cette étude. Entre autres, la création d'un portfolio a soulevé un intérêt particulier de la part des participantes et ne manque pas d'appuis également à travers la littérature. En effet, le portfolio peut témoigner du degré de compétence, de la progression de l'individu entre deux moments d'un processus, de même que de sa capacité de réflexion et d'autoévaluation (Tardif, 2006). Dans le cadre de l'étude de Jasper, Grundy, Curry, and Jones (2010) au Royaume-Uni, les auteurs se sont intéressés à différentes stratégies d'apprentissage au sein d'un programme de développement de l'*empowerment* des AIC. Entre autres, les résultats de leur étude soutiennent que l'utilisation du portfolio est bénéfique pour le développement des compétences des AIC et démontrent la facilité de l'application de leurs connaissances théoriques dans leur pratique au quotidien (Jasper et al., 2010). Bien que l'utilisation d'un portfolio est soutenue par plusieurs auteurs, la création d'une boîte à outils pour les AIC débutantes demeure inexistante à travers la littérature scientifique. Toutefois, la création d'une boîte à outils s'avère présente dans d'autres contextes de soins pour regrouper les outils existants afin de faciliter le travail du personnel. À titre d'exemple, en collaboration avec l'INSPQ, Gatellier et al. (2017), en France, ont développé une boîte à outils pour faire état des connaissances sur les différentes approches pour contrer les risques psychosociaux et les pratiques managériales favorables en santé mentale au Centre hospitalier universitaire de Lyon. Ce document constitue une source rapide d'informations pour les managers, que ce soit dans l'élaboration d'un plan d'action de prévention primaire ou dans la gestion de risques psychosociaux particuliers identifiés (Gatellier et al., 2017). Par contre, la création d'une boîte à outils, dans le cadre du développement continu des compétences des AIC débutantes, s'avère inédite selon les écrits scientifiques parcourus et démontre la couleur distinctive des résultats issus de cette recherche.

À la lumière de l'ensemble des stratégies émergentes de cette étude, il est flagrant de constater l'ampleur des besoins de soutien pour les infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC. Le coaching par le CUSI, le soutien par les pairs, le développement d'une formation standardisée pour le titre d'AIC ainsi que le développement continu des compétences soulevées dans le cadre de cette étude soutiennent la nécessité de répondre

rapidement aux besoins d'encadrement des infirmières débutantes, et ce, pour assurer une prestation de soins sécuritaires et de qualité à la clientèle.

6.2. CONTRIBUTION THEORIQUE

Dans le cadre de cette étude, le modèle explicatif de Tardif (2006) a été utilisé comme cadre de référence pour soutenir la définition des compétences ainsi que pour l'élaboration des outils de collecte de données et pour l'analyse des données. En complémentarité avec le modèle de Benner (2001), ce cadre de référence s'articule autour des différents concepts qui définissent la compétence et de son développement qui étaient au cœur même de cette recherche. Bien qu'il existe une compatibilité conceptuelle entre ces deux modèles, il est pertinent ici d'en faire la critique en regard de leur utilisation dans le cadre de cette étude.

A priori, le modèle de Tardif (2006) avait été choisi pour ses définitions des différents concepts entourant la compétence. Selon ce modèle, les savoirs acquis doivent se mobiliser et se combiner efficacement lors du développement des compétences en situation de pratique professionnelle (Tardif, 2006). Toutefois, il est évident que les infirmières débutantes démontrent peu de connaissances quant au rôle de l'AIC. En effet, les infirmières débutantes sont davantage dans un processus de construction des compétences qu'au stade de mobilisation et de la combinaison de leurs savoirs dans le rôle de l'AIC. Par contre, le modèle de Tardif (2006) a permis de prendre en considération les ressources internes (connaissances) et externes (formation) au développement des compétences des AIC débutantes. Ce cadre a également soutenu les questions du guide d'entrevue auprès des différentes participantes tout au long de cette étude. Quant au modèle de développement de l'expertise professionnelle de Benner (2001), celui-ci intègre les stades du développement des compétences de l'infirmière novice à experte et a pu être utilisé judicieusement pour situer l'infirmière débutante et experte à travers ce cheminement vers l'expertise. La compétence étant au cœur des théories de Tardif (2006) et Benner (2001), la complémentarité entre ces deux modèles a pu teinter les résultats de cette recherche. D'ailleurs, les stratégies de soutien et les compétences

clinico-administratives émergentes mettent en lumière la cohérence de l'intégration de ces deux modèles dans le cadre de cette étude. Force est de constater que la compatibilité conceptuelle des théories de Tardif (2006) et Benner (2001) est réelle et contribue à l'avancement d'une réflexion plus approfondie sur leur complémentarité.

6.3. LES LIMITES DE L'ETUDE

Il convient de mentionner que cette étude présente certaines limites auxquelles plusieurs mesures ont été apportées pour les minimiser. Parmi ces limites, il est possible que le fait que l'étudiante-chercheuse soit aussi CUSI ait pu influencer les réponses des participantes. Afin de modérer cette limite, l'étudiante-chercheuse a expliqué préalablement avant chaque entretien son rôle en tant que chercheuse dans le cadre de cette étude. L'utilisation du journal de bord fut pertinente et utile pour l'étudiante-chercheuse pour prendre conscience de son propre comportement lors des entretiens afin d'éviter une certaine influence aux réponses des participantes. Une autre limite consiste en la difficulté de recruter des infirmières débutantes dans le cadre de ce projet de recherche, et ce, même si deux envois de lettre explicative du projet ont été faits respectivement. En effet, deux infirmières débutantes ont été recrutées comparativement au nombre de cinq pour le groupe des gestionnaires et des infirmières expertes. Enfin, une seule infirmière travaillant sur le quart de nuit a fait partie de l'échantillon de la présente étude, ce qui pourrait limiter la représentativité des résultats. Malgré ces limites de l'étude, des forces ressortent de ce mémoire qui s'avère judicieux également d'exposer.

6.3.1. LES FORCES DE L'ÉTUDE

La méthodologie choisie, soit celle de Guba and Lincoln (1989), contribue inévitablement aux forces de cette étude. En effet, la participation de différents acteurs au sein d'une recherche afin de tendre vers une construction commune soutient cette méthodologie. Ainsi, l'intégration de trois groupes d'experts distincts, pour explorer leur

perspective quant au sujet de la présente recherche, dénote un critère d'originalité et de force étant peu constaté dans la littérature. De plus, la participation des infirmières débutantes à des fins de validation des résultats issus du groupe des gestionnaires et des infirmières expertes appuie l'importance de la collaboration des différents acteurs-clés en contexte hospitalier québécois.

6.4. LES RECOMMANDATIONS

À la lumière des résultats de recherche, des recommandations sont proposées pour les domaines de la formation, la pratique clinique, la recherche ainsi que pour la gestion des soins infirmiers.

6.4.1. RECOMMANDATIONS POUR LA FORMATION

Cette recherche a permis d'explorer les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des AIC débutantes qui semblaient avoir été peu abordées dans la formation en sciences infirmières au Québec. En effet, les stratégies de soutien dédiées aux infirmières débutantes sont davantage explorées en tout début de profession infirmière pour les soutenir dans cette période de transition (Dyess & Sherman, 2009; Hoffart et al., 2011; Lavoie-Tremblay et al., 2008; Wangenstein et al., 2008). Cette nouvelle perspective a permis d'introduire l'exploration de stratégies de soutien pour les infirmières débutantes dans un rôle de gestion, celle de l'AIC. Ainsi, le développement d'un programme de formation infirmière et un programme de formation continue, basé sur les données probantes pour les infirmières débutantes en fonction d'AIC, pourrait s'avérer fort pertinent. Ce programme de formation spécifique pourrait intégrer des stratégies de soutien pour les infirmières débutantes, issues des résultats de cette recherche, pour stimuler le développement des compétences clinico-administratives requises à l'exercice du rôle d'AIC. De plus, les résultats de l'étude pourront être considérés dans l'intégration de la formation en

milieu clinique des nouveaux détenteurs de postes d'AIC afin de mieux les soutenir, considérant que des journées de jumelage seules sont actuellement offertes et qu'il n'existe aucun programme spécifique lors de leur entrée en titre. Ces résultats pourront également être utilisés pour la relève infirmière travaillant sur les unités de soins qui sera appelée, assez tôt, à occuper ce type de fonction dans leur carrière comme infirmière. Cette structure d'encadrement, par le biais d'un programme de formation spécifique au rôle d'AIC, s'avère pertinente et soutenue d'ailleurs par certains auteurs (Platt & Foster, 2008; Teran & Webb, 2016).

Enfin, il serait également intéressant de miser davantage sur la formation continue en leadership ainsi qu'en communication au cours de l'exercice du rôle d'AIC dans un souci de développement continu de leurs compétences. Duygulu and Kublay (2011) confirment la nécessité de développer ce type de formation afin de développer les habiletés en leadership des AIC. Au Québec, Goudreau et al. (2013) affirment que le contexte d'exercice et le contact avec les pairs sur le développement du leadership clinique infirmier constituent des éléments influents qui mériteront l'attention des gestionnaires et des décideurs dans les établissements de santé. De nombreux effets positifs sur la confiance, la clarté du rôle, la rétention et à la productivité des AIC en lien avec ce type de formation sont solidement documentées à travers la littérature (Cummings et al., 2010; Stoddart, Bugge, Shepherd, & Farquharson, 2014). Des impacts positifs à l'égard de la satisfaction des patients en milieu hospitalier sont également soulignés (Normand, Black, Baldwin, & Crenshaw, 2014; Teran & Webb, 2016).

À la lumière des résultats de cette recherche, il serait intéressant qu'un cours obligatoire en gestion soit offert dans la formation collégiale en techniques de soins infirmiers et la formation universitaire en sciences infirmières au Québec. En effet, considérant le rajeunissement du personnel infirmier au Québec, puisque les infirmières et infirmiers âgés de 25 à 34 ans sont désormais plus nombreux que les 45-54 ans (OIIQ, 2017), il est facile de constater que l'exposition des infirmières débutantes au rôle d'AIC sera grandissante au sein des établissements de santé au Québec. Ainsi, la formation en gestion dans les programmes

en soins infirmiers et en sciences infirmières pourrait outiller précocement les infirmières débutantes dans l'exercice du rôle d'AIC.

6.4.2. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Cette recherche apporte plusieurs propositions pour la pratique clinique des infirmières. Dans un premier temps, les implications sur la qualité des soins en lien avec le développement des compétences clinico-administratives et les stratégies de soutien pour les infirmières débutantes sont indéniables, d'autant plus lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC. À cet égard, l'implication spécifique de l'AIC sur la qualité des soins attire l'attention de plusieurs écrits existants (Bérubé, 2016; Eggenberger, 2011) et influence positivement les soins dispensés à la clientèle. Dans le cadre de la présente étude, la mise en place de stratégies de soutien pour le développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC contribue inévitablement à améliorer la qualité des soins offerts à la clientèle. Il serait donc souhaitable que les résultats inhérents aux stratégies de soutien, ainsi qu'aux compétences clinico-administratives issues de la présente recherche, soient considérés par la direction des soins infirmiers des établissements de santé pour les intégrer dans la pratique clinique des AIC débutantes afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins à la clientèle.

Dans un deuxième temps, il importe que les infirmières expertes et débutantes soient sensibilisées aux résultats de cette recherche. En réalité, les infirmières expertes ont un rôle clé pour soutenir les AIC débutantes et elles se doivent d'être parties prenantes dans les stratégies de soutien, telles que la participation à une communauté de pratique, au mentorat et au soutien ponctuel qu'elles peuvent offrir au quotidien. Il devient nécessaire à cet égard d'impliquer les gestionnaires et la direction des soins infirmiers dans l'implantation de ces stratégies afin de structurer l'encadrement clinique. Pour les infirmières débutantes, il serait intéressant qu'elles s'impliquent dans l'implantation des stratégies également, en soumettant leurs rétrospectives face à ce soutien offert au quotidien. Ces rétroactions pourraient se

révéler intéressantes dans un but d'amélioration continue du soutien offert aux infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC.

6.4.3. RECOMMANDATIONS POUR LA RECHERCHE

Cette recherche aborde les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des AIC débutantes, un sujet novateur étant très peu exploité jusqu'à présent. Cette étude constitue donc une belle avancée qui propose des pistes de réflexion pour faire évoluer le soutien auprès de la relève infirmière dans un rôle supérieur à leur fonction. Ce projet de recherche peut apporter également une contribution distinctive dans la pratique clinico-administrative en sciences infirmières et pourrait être repris pour des études éventuelles sur le rôle de l'AIC, étant encore à ce jour peu étudié sous cet angle. Il pourrait donc être intéressant de réaliser une étude qualitative approfondie sur le développement des stratégies de soutien aux AIC débutantes dans d'autres milieux de soins tels que dans les centres d'hébergement ou dans d'autres ressources intermédiaires. Il pourrait être également pertinent d'effectuer une étude de type recherche-action suivant l'implantation des stratégies de soutien offertes pour en mesurer l'effet de celles-ci sur le développement des compétences des AIC débutantes. De plus, une étude qualitative pourrait approfondir le développement d'outils ou de formations pour soutenir les infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC. Enfin, cette étude pourrait aussi contribuer à la structuration d'une grille sur l'évaluation des compétences attendues à l'égard du rôle d'AIC en milieu hospitalier.

6.4.4. RECOMMANDATIONS POUR LA GESTION DES SOINS INFIRMIERS

Il est indéniable que l'éclaircissement du rôle de l'AIC représente une recommandation qui a été nommée à maintes reprises durant les entretiens auprès des différents acteurs. L'ambiguïté du rôle, identifiée et corroborée par d'autres recherches (Admi & Eilon-Moshe, 2016; Connelly et al., 2003; Flynn et al., 2010; Turmel-Courchesne, 2015; Villeneuve, 2005), pourrait s'en voir diminuée si les résultats de cette recherche étaient mis en application dans

la pratique clinique. Notamment, l'identification des compétences clinico-administratives attendues à l'égard des AIC débutantes issue de la présente recherche pourrait construire sur d'autres résultats d'études récentes sur le rôle de l'AIC afin d'éclaircir ce titre d'emploi. Les résultats de l'étude présentent donc des pistes de réflexion pour la direction des soins infirmiers en collaboration avec les gestionnaires afin de dresser un profil des compétences clinico-administratives attendues de l'AIC afin que les infirmières débutantes puissent exercer ce rôle majeur à la hauteur des exigences. Il devient donc prioritaire de viser une meilleure compréhension de ce rôle en vue d'augmenter sa clarté au sein d'une organisation de travail.

L'exposition des infirmières débutantes au rôle d'AIC le soir, la nuit ou la fin de semaine est un phénomène réel et non seulement actuel, mais un défi perceptible à considérer pour les années à suivre. Le rajeunissement du corps infirmier, avec la diminution importante du nombre d'infirmières expertes dans l'organisation du travail, se doit d'être mis en lumière afin d'assurer une dispensation sécuritaire et de qualité auprès de la clientèle. De ce fait, les dirigeants des établissements de santé doivent nécessairement investir dans un programme de développement des compétences clinico-administratives des AIC débutantes pour assurer une relève de qualité.

CONCLUSION

Cette étude qualitative visait à explorer les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'AIC selon la perspective de gestionnaires, d'infirmières expertes et débutantes. Les résultats issus de cette étude ont permis de confirmer l'ambiguïté entourant le rôle de l'AIC, la prématurité du rôle dans le parcours professionnel et l'insuffisance du soutien actuellement offert aux infirmières débutantes dans l'exercice de ce rôle notamment le soir, la nuit et la fin de semaine. La vulnérabilité des AIC identifiée dans l'analyse des données doit recevoir une attention particulière à l'égard des administrateurs de santé puisqu'elle représente l'essence même de la problématique soulevée dans le cadre de cette étude. Il devient donc intéressant de se questionner à savoir si une infirmière débutante peut exercer le rôle d'AIC ? Le rôle de l'AIC étant complexe et représentant le CUSI en son absence, comment mieux accompagner les infirmières débutantes dans l'exercice de ce rôle central ? Il est certain que la pénurie de main-d'œuvre infirmière est une problématique réelle au Québec qui rend la tâche d'autant plus difficile pour les gestionnaires désirant une pratique sécuritaire et de qualité. Y-a-t-il toutefois des préalables et un encadrement à instaurer par les établissements de santé pour permettre l'exercice du rôle de l'AIC par les infirmières débutantes?

Les compétences clinico-administratives des infirmières débutantes, lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC, ont été décrites également afin d'obtenir une construction collective des attentes à leur égard. Trois domaines de compétences émergent de la présente étude : en clinique, en leadership et en gestion clinico-administrative. Quatre stratégies de soutien au développement de leurs compétences clinico-administratives, associées à l'accompagnement et à la formation, ont émergé de cette étude et s'avèrent des composantes nécessaires afin d'appuyer les AIC débutantes. À cet égard, le coaching par le CUSI, favoriser le soutien par les pairs, développer une formation standardisée pour le titre d'AIC et assurer le

développement continu des compétences ont été identifiés comme étant des stratégies de soutien efficaces et nécessaires à implanter dans un futur prochain.

Somme toute, il s'avère nécessaire de poursuivre les travaux de recherche afin de mieux soutenir les infirmières débutantes lorsqu'elles exercent le rôle d'AIC. Cette étude apporte une contribution distinctive en matière d'éclaircissement sur les compétences attendues des AIC débutantes et un éventail de stratégies de soutien pour qu'elles exercent ce rôle de façon sécuritaire. Le mémoire représente donc une source diversifiée de stratégies de soutien au développement des compétences pour la relève en soins infirmiers ainsi que pour le rôle même de l'AIC. Une fonction efficiente au cœur de la qualité des soins qui mérite d'être sous les projecteurs des institutions du réseau de la santé et des gestionnaires, mais aussi des formateurs et des chercheurs.

ANNEXE 1
TABLEAU SYNTHÈSE DES ÉCRITS RECENSÉS

Tableau synthèse des écrits recensés

Sujet de la recension des écrits	Principaux auteurs recensés	Principaux résultats	Points complémentaires
Rôle de l'AIC	Wilson et al. (2011)	Cinq comportements adoptés par les AIC lors de prises de décision dans le cadre de leur rôle: La flexibilité, la neutralité, la communication, la vision du département et s'appuie sur les ressources disponibles.	Les AIC combinent une fonction de gestion administrative et de pratique clinique pour s'assurer du bon fonctionnement de l'unité et de l'offre de soins sécuritaires aux patients.
	Eggenberger (2011)	Huit thèmes soulevés pour décrire le rôle AIC : création d'un environnement sécuritaire, la surveillance de la qualité, la performance des façons de faire, la gestion de l'unité, faire la différence, résoudre les problèmes, éteindre les urgences ainsi que de maintenir le bien-être des patients.	Le rôle de l'AIC est clairement décrit comme ayant un impact sur la qualité et la sécurité des soins.
	(Flynn et al., 2010)	Leurs résultats corroborent les quatre catégories de Connely, Yoder et Miner-williams (2003) pour clarifier le rôle de l'AIC, soit les compétences cliniques et techniques, les compétences de pensée critique, les compétences organisationnelles et les habiletés de relations humaines.	Suivant cette clarification du rôle, le développement d'une orientation officielle pour le titre d'AIC a été mis sur pied afin que les AIC puissent bien connaître les compétences et les responsabilités associées à leur rôle.
	McCallin et Frankson (2010)	Les principaux résultats de cette étude mentionnent que les AIC possèdent des compétences en lien avec les répartitions des budgets, la gestion des lits, la planification des soins et services offerts aux patients, de rencontres avec les familles et du soutien auprès des autres collègues de travail.	Le rôle des AIC est décrit également comme complexe, ambigu et exigeant.

Sujet de la recension des écrits	Principaux auteurs recensés	Principaux résultats	Points complémentaires
	Bérubé (2016)	Les résultats montrent, entre autres, sept composantes propres au rôle de l'AIC : 1) coordination des ressources matérielles et informationnelles sur l'unité, 2) coordination des soins sur l'unité, 3) assignation et encadrement du personnel sur l'unité, 4) gestion terrain des plaintes et des conflits sur l'unité, 5) soutien clinique, 6) leadership par le travail d'équipe et 7) coordination de la trajectoire patient.	Il en résulte des composantes distinctives, mais complémentaires au rôle de CUSI et de l'AIC qui permettent d'améliorer la compréhension de leur travail.
Compétences clinico-administratives	Villeneuve (2005)	Les résultats suggèrent donc cinq dimensions d'activités des CUSI, soit le travail clinique, le travail administratif, le travail managérial, le travail compensatoire ainsi que le travail complémentaire.	L'étude a permis de mettre en évidence les dimensions et les domaines d'activités du travail du CUSI pour explorer ceux se rapportant à l'AIC. Deux études québécoises plus récentes s'inspirent des travaux de Villeneuve pour décrire les activités des AIC en milieu hospitalier (Turmel-Courchesne, 2015) et en contexte d'urgence (Plourde, 2012).
	Plourde (2012)	Cinq compétences générales ont émergé de ses travaux, soit la communication interpersonnelle, la capacité de résolution de problèmes, le leadership transformationnel, le <i>caring</i> clinico-administratif ainsi que la connaissance et compréhension de l'environnement de soins de santé.	Une description par un référentiel des compétences requises des AIC d'une urgence au Québec a été élaborée en utilisant les dimensions et les domaines d'activités de Villeneuve (2005).

Sujet de la recension des écrits	Principaux auteurs recensés	Principaux résultats	Points complémentaires
	Turmel-Courchesne (2015)	Les résultats de cette étude corroborent également les quatre catégories de compétences issues des écrits de Connelly et ses collaborateurs (Connelly et al., 2003), soit les compétences cliniques et techniques, les compétences de pensée critique, les compétences organisationnelles et celles en relations interpersonnelles.	Un grand défi est noté de la part des AIC participantes soit celui de concilier la dimension clinique et administrative de leur fonction au quotidien.
Stratégies de soutien aux infirmières débutantes en début de profession	Roxburgh, Lauder, Topping, Holland, Johnson et Watson, (2010)	Les auteurs soutiennent l'efficacité d'un programme spécifique aux unités de soins pour améliorer la confiance et les compétences des infirmières débutantes durant leur première année au travail.	Les résultats supportent l'importance du rôle de l'AIC afin de créer un climat d'apprentissage propre aux besoins des infirmières débutantes en début de profession.
	Hoffart, Waddell et Young (2011)	Les résultats de leurs travaux mettent en lumière l'importance du préceptorat dans l'efficacité du programme afin de soutenir les infirmières débutantes dès leur entrée dans la profession d'infirmière.	Les auteurs s'entendent toutefois pour affirmer que des travaux supplémentaires sont nécessaires pour permettre aux employeurs d'utiliser leurs ressources le plus efficacement possible pour soutenir les infirmières débutantes.
	Simmons (2016)	Ces travaux mettent en perspective les bienfaits des programmes de formations cliniques pour soutenir la performance des infirmières débutantes.	Simmons (2016) souligne l'importance de l'implication des principaux leaders des organisations en santé pour mettre en œuvre des stratégies et des programmes adaptés pour répondre aux besoins spécifiques de leurs infirmières débutantes.
	L. Armstrong and Hedges (2006)	Cinq compétences distinctes ont pu être identifiées, soit la communication et la collaboration, le service à la clientèle, le	Cette clarification des compétences attendues à l'égard des AIC débutantes a permis de structurer davantage

Sujet de la recension des écrits	Principaux auteurs recensés	Principaux résultats	Points complémentaires
Stratégies de soutien aux infirmières débutantes en fonction d'AIC		professionnalisme, la résolution de problèmes et le leadership.	l'orientation offerte sur l'unité et améliorer la performance dans le cadre de ce rôle.
	Sheets (2015)	Les résultats proposent que 76,92 % des participants avaient une amélioration significative de leur confiance en soi en développant un programme d'orientation spécifique au rôle d'AIC.	Les infirmières débutantes ont besoin de comprendre tous les aspects du rôle de l'AIC et en quoi il consiste au quotidien afin de mieux exercer ce rôle.
	Pryby (2016)	Le rehaussement de la qualité des soins et du leadership a été constaté suivant le développement d'un atelier sur le leadership auprès des AIC débutantes et expertes.	L'auteur souligne l'importance de développer le leadership des AIC et de progresser les possibilités d'éducation pour son développement.

ANNEXE 2
LETTRE EXPLICATIVE DESTINÉE AUX GESTIONNAIRES ET
INFIRMIÈRES EXPERTES

***Une recherche qui concerne les infirmières débutantes en fonction
d'assistante infirmière-chef, ça vous intéresse?***

Comment mieux soutenir les jeunes infirmières quand elles débutent dans une fonction d'assistante infirmière-chef? Vous aimeriez partager votre point de vue concernant le soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes? Vous aimeriez contribuer à l'avancement de la recherche à ce sujet?

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche qui se tiendra dans votre milieu de travail entre septembre et mars 2016. Le but de cette recherche est d'explorer les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef selon la perspective de gestionnaires, d'infirmières expertes et débutantes.

Il s'agit de participer selon votre disponibilité à un entretien individuel enregistré d'environ 1 heure pour exprimer votre point de vue. Par la suite, vous serez invité à participer à un entretien de groupe enregistré selon votre disponibilité d'une durée approximative de 2 heures. Votre participation demeure libre et volontaire. Afin d'obtenir de plus amples informations sur cette recherche, n'hésitez pas à contacter l'étudiante-chercheuse au courriel isabelle.lessard@uqar.ca ou 581-996-1882. Si vous désirez participer à ce projet de recherche, communiquez avec madame x. Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique (no d'approbation 2016-2483), le 9 septembre 2015.

Merci de votre attention,

Isabelle Lessard, Inf., Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (profil mémoire)

ANNEXE 3

LETTRE EXPLICATIVE DESTINÉE AUX INFIRMIÈRES DÉBUTANTES

***Une recherche qui concerne les infirmières débutantes en fonction
d'assistante infirmière-chef, ça vous intéresse?***

Comment mieux soutenir les jeunes infirmières quand elles débutent dans une fonction d'assistante infirmière-chef? Vous aimeriez partager votre point de vue concernant le soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes? Vous aimeriez contribuer à l'avancement de la recherche à ce sujet?

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche qui se tiendra dans votre milieu de travail entre septembre et mars 2016. Le but de cette recherche est d'explorer les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef selon la perspective de gestionnaires, d'infirmières expertes et débutantes.

Il s'agit de participer selon votre disponibilité à un entretien de groupe enregistré d'environ 2 heures pour exprimer votre point de vue. Par la suite, il est possible que vous soyez invité à participer également à un entretien individuel enregistré d'environ 1 heure selon votre disponibilité pour compléter quelques informations. Votre participation demeure libre et volontaire. Afin d'obtenir de plus amples informations sur cette recherche, n'hésitez pas à contacter l'étudiante-chercheuse au courriel isabelle.lessard@uqar.ca ou 581-996-1882. Si vous désirez participer à ce projet de recherche, communiquez avec madame x. Cette recherche a été approuvée par le Comité d'éthique (no d'approbation 2016-2483), le 9 septembre 2015.

Merci de votre attention,

Isabelle Lessard, Inf., Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (profil mémoire)

ANNEXE 4
GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL (GESTIONNAIRES ET INFIRMIÈRES
EXPERTES)

ENTRETIEN INDIVIDUEL GESTIONNAIRES ET INFIRMIÈRES EXPERTES

Consignes préalables à l'entretien :

- Cet entretien est d'une durée approximative de 60 minutes;
- Toutes les réponses sont bonnes, il n'y a pas de mauvaises réponses, ce n'est pas une évaluation de vos connaissances en lien avec le sujet de recherche. On cherche à savoir comment vous vivez l'expérience et en apprendre davantage sur vos perceptions;
- Il n'y a aucune crainte à avoir concernant ce qui sera dit ici en ce qui concerne la confidentialité;
- Si jamais il y a des questions qui ne sont pas claires, n'hésitez pas à demander de clarifier;
- Il se peut que je reformule vos réponses afin de m'assurer de bien saisir vos propos ou que je vous demande de clarifier vos réponses;
- Avez-vous des questions avant de débiter?

Guide d'entretien

Entretien # _____ Date et durée de l'entretien : _____

Numéro de code attribué : _____

Gestionnaires en soins infirmiers Infirmières expertes

- 1) Selon vous, y a-t-il un ou des problèmes actuellement lorsque les jeunes infirmières de 2 ans ou moins d'expérience exercent la fonction d'assistante infirmière-chef?

Quels sont les principaux problèmes?

Le soir :

La nuit :

La fin de semaine :

- 2) À votre avis, quelles sont les compétences clinico-administratives essentielles à l'égard de la fonction d'assistante infirmière-chef?

- 3) À votre avis, quelles sont les compétences clinico-administratives qui manquent à l'égard de la fonction d'assistante infirmières-chef?

Compétences cliniques :

Compétences administratives :

- 4) À votre avis, quelles seraient les meilleures stratégies de soutien pour que ces infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef développent leurs compétences clinico-administratives?

Manquent-elles de formation?

Manquent-elles de suivi?

Manquent-elles de connaissances?

- 5) Vous avez à encadrer une assistante infirmière-chef de deux ans ou moins d'expérience dans une unité de soins généraux. Qu'est-ce qui aiderait le plus cette infirmière à exercer ses fonctions d'assistante infirmière-chef?

Le soir?

La nuit?

La fin de semaine?

- 6) Dans le cadre de vos fonctions, pouvez-vous me décrire une situation où vous avez eu à aider une infirmière débutante en fonction d'assistante infirmière-chef?

Au début du quart de travail :

Pendant le quart de travail :

Après le quart de travail :

- 7) Il y a des personnes qui disent que les problèmes sont plus fréquents la nuit avec les infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef. Qu'est-ce que vous en pensez ?

- 8) En terminant, y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter?

Isabelle Lessard, Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (profil mémoire)

ANNEXE 5
GUIDE D'ENTRETIEN DE GROUPE (INFIRMIÈRE DÉBUTANTE)

Guide d'entretien de groupe

Entretien # _____ Date et durée de l'entretien : _____

Numéro de code attribué : _____

- 1- Mot de bienvenue
- 2- Présentation des participantes
- 3- Objectif de la recherche
- 4- Consignes aux participantes
- 5- Questions

Consignes préalables à l'entretien :

- Cet entretien est d'une durée approximative de 45 minutes;
- Toutes les réponses sont bonnes, il n'y a pas de mauvaises réponses, ce n'est pas une évaluation de vos connaissances en lien avec le sujet de recherche. On cherche à valider et à préciser certains thèmes émergents en lien avec le sujet de recherche;
- La confidentialité du contenu de cet entretien de groupe est primordiale telle que mentionnée dans le formulaire de consentement;
- Si jamais il y a des questions qui ne sont pas claires, n'hésitez pas à demander de clarifier;
- Il se peut que je reformule vos réponses afin de m'assurer de bien saisir vos propos ou que je vous demande de clarifier vos réponses;
- Avez-vous des questions avant de débiter?

1) Est-ce que vous êtes d'accord avec les grands thèmes émergents dans le tableau?

2) Est-ce qu'il y a des thèmes émergents dont vous êtes en désaccord?

3) Est-ce qu'il y a des thèmes manquants que vous aimeriez rajouter?

4) Est-ce qu'il y a des thèmes que vous aimeriez préciser davantage?

Questions d'exploration :

- 5) Dans le cadre de vos fonctions d'assistante infirmière-chef, pouvez-vous me décrire une situation où vous vous êtes senti aidée (le quart ou les jours suivants) par une infirmière ou une autre personne (gestionnaire)?
- 6) Dans cette même situation, qu'est-ce qui vous aiderait le mieux à exercer le rôle d'assistante infirmière-chef le soir, la nuit ou la fin de semaine?
- 7) Quel type d'outil vous aiderait à développer votre leadership?
- 8) Des personnes disent que la création d'une boîte à outils aux assistantes infirmière-chef disponibles sur le web pourrait vous soutenir au quotidien dans cette fonction. Quels seraient les outils qui devraient y être inclus?
- 9) Que devrait contenir une formation standardisée pour le titre d'assistante infirmière-chef?
- 10) En terminant, y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter?

Isabelle Lessard, Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (profil mémoire)

ANNEXE 6
QUESTIONNAIRE DES DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES
PARTICIPANTES

Questionnaire de données sociodémographiques pour les gestionnaires

1. Quel âge avez-vous?

2. Quel est votre sexe?

Féminin Masculin

3. Quel est votre titre d'emploi?

Infirmier (ère) -chef

Conseillère en soins spécialisés

Autre : précisez _____

4. Dans quelle(s) unité(s) travaillez-vous?

5. Depuis combien d'années pratiquez-vous dans ce titre d'emploi sur la présente unité?

6. Avez-vous pratiqué dans d'autres unités de soins dans ce même titre d'emploi?

Non Oui (précisez : _____)

7. Quel est votre statut d'emploi?

Temps plein

Temps partiel (précisez : _____)

8. Combien d'heures par semaine accordez-vous au soutien des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef?

- Moins d'une heure
- 1 à 2 heures
- 2 à 4 heures
- 4 heures et plus

9. Quelle est votre année d'obtention de votre diplôme initial en soins infirmiers ou en sciences infirmières?

10. Quel est votre niveau de formation?

- Diplôme d'études collégiales
- Baccalauréat
- Certificat (précisez : _____)
- Diplôme d'études supérieures spécialisées (précisez : _____)
- Maîtrise (précisez : _____)

11. Outre votre diplôme en soins infirmiers ou en sciences infirmières, avez-vous d'autres diplômes ou autres formations?

Merci d'avoir rempli le questionnaire !

Isabelle Lessard

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières

Questionnaire de données sociodémographiques pour les infirmières expertes

1. Quel âge avez-vous?

2. Quel est votre sexe?

Féminin Masculin

3. Quel est votre titre d'emploi?

Assistante infirmière-chef en poste

Assistante infirmière-chef en remplacement

Autre : précisez _____

4. Dans quelle(s) unité(s) travaillez-vous?

5. Depuis combien d'années pratiquez-vous dans ce titre d'emploi sur la présente unité?

6. Avez-vous pratiqué dans d'autres unités de soins dans ce même titre d'emploi?

Non Oui (précisez : _____)

7. Quel est votre statut d'emploi?

Temps plein

Temps partiel 4/14 5/14 7/14 8/14

8. Quel (s) quart (s) de travaillez-vous principalement?

- Jour Soir Nuit

9. Combien d'heures par semaine accordez-vous au soutien des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef?

- Moins d'une heure
 1 à 2 heures
 2 à 4 heures
 4 heures et plus

10. Quelle est votre année d'obtention de votre diplôme initial en soins infirmiers ou en sciences infirmières?

11. Quel est votre niveau de formation?

- Diplôme d'études collégiales
 Baccalauréat
 Certificat (précisez : _____)
 Diplôme d'études supérieures spécialisées (précisez : _____)
 Maîtrise (précisez : _____)

12. Outre votre diplôme en soins infirmiers ou en sciences infirmières, avez-vous d'autres diplômes ou autres formations ?

Merci d'avoir rempli le questionnaire !

Isabelle Lessard

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières

Questionnaire de données sociodémographiques pour les infirmières débutantes

1. Quel âge avez-vous?

2. Quel est votre sexe?

Féminin Masculin

3. Quel est votre titre d'emploi actuellement?

Infirmier (ère) en remplacement d'assistante infirmière-chef

Infirmier (ère) clinicien (ne) en remplacement d'assistante infirmière-chef

Assistante infirmière-chef en poste

4. Dans quelle(s) unité(s) travaillez-vous?

5. Depuis combien d'années pratiquez-vous dans ce titre d'emploi sur la présente unité?

0 à 6 mois

6 à 12 mois

12 à 24 mois

6. Avez-vous pratiqué dans d'autres unités de soins dans ce même titre d'emploi?

Non Oui (précisez : _____)

7. Quel est votre statut d'emploi?

Temps plein

Temps partiel 4/14 5/14 7/14 8/14

8. Quel(s) quart(s) travaillez-vous principalement?

Jour Soir Nuit

9. Quelle est votre année d'obtention de votre diplôme initial en soins infirmiers ou en sciences infirmières?

10. Avez-vous reçu une formation particulière avant d'exercer le rôle d'assistante infirmière-chef?

11. Quel est votre niveau de formation?

- Diplôme d'études collégiales
 Baccalauréat
 Certificat (précisez : _____)
 Diplôme d'études supérieures spécialisées (précisez : _____)
 Maîtrise (précisez : _____)

12. Outre votre diplôme en sciences infirmières, avez-vous d'autres diplômes ou autres formations?

Merci d'avoir rempli le questionnaire!

Isabelle Lessard
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières

ANNEXE 7
ENTRETIEN DE GROUPE DES GESTIONNAIRES ET INFIRMIÈRES
EXPERTES

Guide d'entretien de groupe

Entretien # _____ Date et durée de l'entretien : _____

Numéro de code attribué : _____

- 1- Mot de bienvenue
- 2- Présentation des participantes
- 3- Objectif de la recherche
- 4- Consignes aux participantes
- 5- Questions

Consignes préalables à l'entretien :

- Cet entretien est d'une durée approximative de 45 minutes;
- Toutes les réponses sont bonnes, il n'y a pas de mauvaises réponses, ce n'est pas une évaluation de vos connaissances en lien avec le sujet de recherche. On cherche à valider et à préciser certains thèmes émergents de vos entretiens individuels en lien avec le sujet de recherche;
- La confidentialité du contenu de cet entretien de groupe est primordiale telle que mentionnée dans le formulaire de consentement;
- Si jamais il y a des questions qui ne sont pas claires, n'hésitez pas à demander de clarifier;
- Il se peut que je reformule vos réponses afin de m'assurer de bien saisir vos propos ou que je vous demande de clarifier vos réponses;
- Avez-vous des questions avant de débiter?

Est-ce que vous êtes d'accord avec les thèmes dans le tableau?

- 1) Est-ce que le tableau des grands thèmes émergents fait sens de votre perception?

- 2) Est-ce qu'il y a des thèmes émergents dont vous êtes en désaccord?

3) Est-ce qu'il y a des thèmes manquants que vous aimeriez rajouter?

4) Est-ce qu'il y a des thèmes que vous aimeriez préciser davantage?

Mais moi je voudrais préciser (quelques questions de précisions et vous avez les questions dans le tableau)

5) Pouvez-vous me préciser davantage la notion de leadership?

6) Quel type d'outil aiderait les infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef à développer leur leadership?

7) Quel serait le contenu d'une formation en leadership?

8) Pouvez-vous me donner un exemple où l'assistante infirmière-chef a utilisé son jugement clinique?

9) Des personnes disent que les infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef manquent de suivi. Pouvez-vous me préciser les personnes concernées par le manque de suivi?

10) Quelle est la différence entre le mentorat et le jumelage pour soutenir les infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef?

11) Quel serait le contenu d'une formation standardisée pour le titre d'assistante infirmière-chef?

12) Quelle importance accordez-vous à l'exposition aux situations cliniques?

13) En terminant, y a-t-il autre chose que vous aimeriez ajouter?

Isabelle Lessard, Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (profil mémoire)

ANNEXE 8

**LE FEUILLET D'INFORMATION ET LE FORMULAIRE DE
CONSENTEMENT POUR LES GESTIONNAIRES ET INFIRMIÈRES
EXPERTES**

Feuillelet d'information et formulaire de consentement

Titre du projet de recherche (ou de l'étude) :

Stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef

Investigateur principal :

Isabelle Lessard, Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (mémoire), Université du Québec à Rimouski (UQAR)

Co-investigateur(s) :

Isabelle Toupin, Ph. D Professeure UQAR

Hélène Sylvain, Ph. D Professeure UQAR

Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce feuillelet d'information et formulaire de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

Cette étude, s'intéressant au soutien du développement des compétences clinico-administratives, prend toute son importance dans un contexte où les infirmières débutantes sont appelées à exercer rapidement actuellement le rôle d'assistante infirmière-chef d'une unité de soins le soir, la nuit ou la fin de semaine. Dans le cadre de cette fonction, les infirmières débutantes doivent avoir les compétences requises pour exercer certaines responsabilités clinico-administratives du chef d'unité en son absence tout en soutenant le nouveau personnel soignant dans la prestation de leurs soins. Toutefois, le profil recherché et la compétence des infirmières débutantes sont souvent en deçà des qualifications exigées pour ce rôle majeur au sein d'une équipe de travail. En ce sens, il s'avère difficile actuellement pour l'organisation du travail de respecter les qualifications requises pour exercer la fonction d'assistante infirmière-chef par manque d'infirmières expérimentées. De plus, les établissements de santé et les infirmières en place demandent aux infirmières débutantes d'être capables de fonctionner de façon optimale et d'assumer une augmentation de leurs responsabilités tout au long du continuum de soins des patients (Utley-Smith, 2004). Étonnamment, le contexte actuel exige que les infirmières débutantes qui exercent le rôle d'assistante infirmière-chef développent rapidement leur expertise malgré une complexification des soins (Plourde, 2012).

Le but de la présente recherche est d'identifier un répertoire de stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef selon la perspective des gestionnaires, des infirmières expertes et des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef le soir, la nuit ou la fin de semaine. Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter environ cinq infirmières débutantes (infirmière clinicienne ou technicienne de deux ans ou moins d'expérience détenant un poste ou un remplacement d'assistante infirmière-chef dans une unité de soins généraux), cinq infirmières expérimentées (infirmière clinicienne ou technicienne détenant un poste ou un remplacement d'assistante infirmière-chef une unité de

soins généraux depuis plus de cinq ans) ainsi que cinq gestionnaires (CUSI ou conseillère en soins spécialisés dans une unité de soins généraux).

Déroulement du projet de recherche

I. Durée de l'étude

La collecte des données se déroulera sur une période d'environ sept mois.

Votre participation à ce projet de recherche consiste à :

- Répondre à un questionnaire sociodémographique pour environ dix minutes (âge, années d'expérience, niveau de scolarité, etc.) ;
- Participer à un entretien individuel selon votre disponibilité enregistré sur bande audio pour une discussion d'environ une heure, en dehors de vos heures de travail dans un lieu qui vous convient (à l'hôpital ou ailleurs). Suite à cet entretien individuel, vous serez invité à participer à un entretien de groupe avec d'autres participantes du même titre d'emploi selon votre disponibilité en dehors de vos heures de travail qui durera environ deux heures où les discussions seront aussi enregistrées sur bande audio ;
- Participer à une validation par téléphone des informations recueillies en cours de collecte des données suivant l'entretien individuel et de groupe qui durera environ trente minutes en dehors de vos heures de travail.

Avantages et inconvénients associés au projet de recherche

En participant à cette recherche, vous pourriez contribuer au développement de nouvelles façons de faire tout en générant de nouvelles connaissances sur les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives pour les infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef. Toutefois, un inconvénient de cette recherche est que vous devrez vous déplacer pour les entretiens individuels et de groupe ainsi que d'investir votre temps à l'extérieur de vos heures de travail.

Il se peut que vousiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus

contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps sans préjudice de quelque nature que ce soit et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur, au numéro indiqué à la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements personnels et les données de recherche vous concernant et qui auront été recueillies au moment de votre retrait seront détruits.

Confidentialité

L'instigatrice du projet vous assure de la confidentialité des informations que vous lui transmettez. Aucune donnée nominale ne sera mentionnée dans la diffusion des résultats de cette recherche et ne sera pas transmise à des personnes extérieures au projet de recherche ou à des organismes. Des noms fictifs seront employés afin d'éviter l'identification des participantes. Ce projet s'inscrit dans le cadre des études de maîtrise en sciences infirmières de l'instigatrice du projet. Toutes les informations recueillies seront conservées par celle-ci sous clé et seront détruites lors du dépôt final du mémoire de maîtrise. Seulement elle et les directrices de recherche auront accès aux données recueillies.

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participantes :

- Les renseignements personnels des participantes (noms, adresse ou toute autre indication) seront gardés confidentiels dans les limites prévues par la loi ;
- Les divers documents de recherche seront codifiés et seule l'équipe de recherche (la chercheuse, sa directrice et sa codirectrice) aura accès aux rapports d'entrevues et

aux renseignements. Il est entendu que si vous participez à cette recherche, vous acceptez que vos idées soient présentées aux autres participantes tout au long du processus. De plus, vous vous engagez à respecter la plus grande confidentialité sur le contenu des rencontres de groupe ;

- Les matériaux de recherche, incluant les données et les enregistrements, seront détruits lors du dépôt final du mémoire de maîtrise ;
- Les données seront entreposées dans un endroit sécuritaire (dans un classeur sous clé) auquel seule la chercheuse aura accès ;
- Les données seront utilisées à la seule et unique fin de l'actuel projet de recherche ;
- Aucune participante ne pourra être identifiée ou reconnue lors de la présentation des résultats de recherche soit par conférences ou publications d'articles.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relater à votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet aux numéros suivants :

- Isabelle Lessard, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (mémoire)
- Téléphone : 418-406-0723 ou 581-996-1882
- Adresse courriel : isabelle.lessard@uqar.ca

Si vous avez des commentaires ou des questions à poser concernant vos droits en tant que participant à la recherche, vous pouvez vous adresser au bureau de l'éthique de la recherche.

Si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez vous adresser à la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche a approuvé ce projet de recherche (n° 2015-2483) et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au feuillet d'information et formulaire de consentement et au protocole de recherche.

Formulaire de consentement

Titre du projet de recherche : Stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef

I. Consentement de la participante

1. On m'a informé(e) de la nature et des buts de ce projet de recherche ainsi que de son déroulement en français, une langue que je comprends et parle couramment.
2. On m'a informé(e) des inconvénients et risques possibles associés à ma participation.
3. Je comprends que ma participation à cette étude est volontaire et que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.
4. Je comprends que les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et qu'elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.
5. Je comprends que j'aurai en ma possession une copie signée du feuillet d'information et formulaire de consentement.
6. J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant cette étude et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.
7. J'ai lu le présent feuillet d'information et formulaire de consentement et je consens volontairement à participer à cette étude.
8. Je comprends que ma décision de participer à cette étude ne libère ni les investigateurs, ni X de leurs obligations professionnelles et légales envers moi.

Nom (lettres moulées)

Signature de la participante

Date

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

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

Nom (lettres moulées)

Signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date : _____

ANNEXE 9

**LE FEUILLET D'INFORMATION ET LE FORMULAIRE DE
CONSENTEMENT POUR LES INFIRMIÈRES DÉBUTANTES**

Feuillelet d'information et formulaire de consentement

Titre du projet de recherche (ou de l'étude) :

Stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef

Investigateur principal :

Isabelle Lessard, Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (mémoire), Université du Québec à Rimouski (UQAR)

Co-investigateur(s) :

Isabelle Toupin, Ph. D Professeure UQAR

Hélène Sylvain, Ph. D Professeure UQAR

Préambule

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce feuillelet d'information et formulaire de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet et à lui demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Nature et objectifs du projet de recherche

Cette étude, s'intéressant au soutien du développement des compétences clinico-administratives, prend toute son importance dans un contexte où les infirmières débutantes sont appelées à exercer rapidement actuellement le rôle d'assistante infirmière-chef d'une unité de soins le soir, la nuit ou la fin de semaine. Dans le cadre de cette fonction, les infirmières débutantes doivent avoir les compétences requises pour exercer certaines responsabilités clinico-administratives du chef d'unité en son absence tout en soutenant le nouveau personnel soignant dans la prestation de leurs soins. Toutefois, le profil recherché et la compétence des infirmières débutantes sont souvent en deçà des qualifications exigées pour ce rôle majeur au sein d'une équipe de travail. En ce sens, il s'avère difficile actuellement pour l'organisation du travail de respecter les qualifications requises pour exercer la fonction d'assistante infirmière-chef par manque d'infirmières expérimentées. De plus, les établissements de santé et les infirmières en place demandent aux infirmières débutantes d'être capables de fonctionner de façon optimale et d'assumer une augmentation de leurs responsabilités tout au long du continuum de soins des patients (Utley-Smith, 2004). Étonnamment, le contexte actuel exige que les infirmières débutantes qui exercent le rôle d'assistante infirmière-chef développent rapidement leur expertise malgré une complexification des soins (Plourde, 2012).

Le but de la présente recherche est d'identifier un répertoire de stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef selon la perspective des gestionnaires, des infirmières expertes et des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef le soir, la nuit ou la fin de semaine. Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter environ cinq infirmières débutantes (infirmière clinicienne ou technicienne de deux ans ou moins d'expérience détenant un poste ou un remplacement d'assistante infirmière-chef dans une unité de soins généraux), cinq infirmières expérimentées (infirmière clinicienne ou technicienne détenant un poste ou un remplacement d'assistante infirmière-chef une unité

de soins généraux depuis plus de cinq ans) ainsi que cinq gestionnaires (CUSI ou conseillère en soins spécialisés dans une unité de soins généraux).

Déroulement du projet de recherche

I. Durée de l'étude

La collecte des données se déroulera sur une période d'environ sept mois.

Votre participation à ce projet de recherche consiste à :

- Répondre à un questionnaire sociodémographique pour environ dix minutes (âge, années d'expérience, niveau de scolarité, etc.) ;
- Participer à un entretien de groupe selon votre disponibilité enregistré sur bande audio pour une discussion d'environ deux heures, en dehors de vos heures de travail dans un lieu qui vous convient (à l'hôpital ou ailleurs). Suite à cet entretien de groupe, il est possible que vous soyez invité à participer à un entretien individuel au besoin selon votre disponibilité en dehors de vos heures de travail qui durera environ une heure où les discussions seront enregistrées aussi sur bande audio ;
- Participer à une validation par téléphone des informations recueillies en cours de collecte des données suivant l'entretien de groupe et individuel qui durera environ trente minutes en dehors de vos heures de travail.

Avantages et inconvénients associés au projet de recherche

En participant à cette recherche, vous pourriez contribuer au développement de nouvelles façons de faire tout en générant de nouvelles connaissances sur les stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives pour les infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef. Toutefois, un inconvénient de cette recherche est que vous devrez vous déplacer pour les entretiens individuels et de groupe ainsi que d'investir votre temps à l'extérieur de vos heures de travail.

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps sans préjudice de quelque nature que ce soit et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur, au numéro indiqué à la dernière page de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements personnels et les données de recherche vous concernant et qui auront été recueillies au moment de votre retrait seront détruits.

Confidentialité

L'instigatrice du projet vous assure de la confidentialité des informations que vous lui transmettez. Aucune donnée nominale ne sera mentionnée dans la diffusion des résultats de cette recherche et ne sera pas transmise à des personnes extérieures au projet de recherche ou à des organismes. Des noms fictifs seront employés afin d'éviter l'identification des participantes. Ce projet s'inscrit dans le cadre des études de maîtrise en sciences infirmières de l'instigatrice du projet. Toutes les informations recueillies seront conservées par celle-ci sous clé et seront détruites lors du dépôt final du mémoire de maîtrise. Seulement elle et les directrices de recherche auront accès aux données recueillies.

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participantes :

- Les renseignements personnels des participantes (noms, adresse ou toute autre indication) seront gardés confidentiels dans les limites prévues par la loi ;
- Les divers documents de recherche seront codifiés et seule l'équipe de recherche (la chercheuse, sa directrice et sa codirectrice) aura accès aux rapports d'entrevues et aux renseignements. Il est entendu que si vous participez à cette recherche, vous acceptez que vos idées soient présentées aux autres participantes tout au long du processus. De plus, vous vous engagez à respecter la plus grande confidentialité sur le contenu des rencontres de groupe ;

- Les matériaux de recherche, incluant les données et les enregistrements, seront détruits lors du dépôt final du mémoire de maîtrise ;
- Les données seront entreposées dans un endroit sécuritaire (dans un classeur sous clé) auquel seule la chercheuse aura accès ;
- Les données seront utilisées à la seule et unique fin de l'actuel projet de recherche ;
- Aucune participante ne pourra être identifiée ou reconnue lors de la présentation des résultats de recherche soit par conférences ou publications d'articles.

Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relier à votre participation au projet, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable du projet aux numéros suivants :

- Isabelle Lessard, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières (mémoire)
- Téléphone : 418-406-0723 ou 581-996-1882
- Adresse courriel : isabelle.lessard@uqar.ca

Si vous avez des commentaires ou des questions à poser concernant vos droits en tant que participante à la recherche, vous pouvez vous adresser au bureau de l'éthique de la recherche.

Si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez vous adresser à la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche du approuvé ce projet de recherche (n° 2015-2483) et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au feuillet d'information et formulaire de consentement et au protocole de recherche.

Formulaire de consentement

Titre du projet de recherche : Stratégies de soutien au développement des compétences clinico-administratives des infirmières débutantes en fonction d'assistante infirmière-chef

I. Consentement de la participante

1. On m'a informé(e) de la nature et des buts de ce projet de recherche ainsi que de son déroulement en français, une langue que je comprends et parle couramment.
2. On m'a informé(e) des inconvénients et risques possibles associés à ma participation.
3. Je comprends que ma participation à cette étude est volontaire et que je peux me retirer en tout temps sans préjudice.
4. Je comprends que les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et qu'elles ne seront utilisées qu'à des fins scientifiques.
5. Je comprends que j'aurai en ma possession une copie signée du feuillet d'information et formulaire de consentement.
6. J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant cette étude et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes.
7. J'ai lu le présent feuillet d'information et formulaire de consentement et je consens volontairement à participer à cette étude.
8. Je comprends que ma décision de participer à cette étude ne libère ni les investigateurs, ni X de leurs obligations professionnelles et légales envers moi.

Nom (lettres moulées)

Signature de la participante

Date

Signature et engagement du chercheur responsable du projet

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

Nom (lettres moulées)

Signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date : _____

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ACESI. (2014). *Compétences en santé publique pour accéder à la pratique en vue de la formation en sciences infirmières de premier cycle*. Ottawa, Ontario: ACESI Retrieved from www.casn.ca/fr/2014/12/competences-en-sante-publique.
- 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. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.08.005
- Admi, H., & Moshe-Eilon, Y. (2010). Stress Among Charge Nurses: Tool Development and Stress Measurement. *Nursing Economic\$,* 28(3), 151-158.
- AgrémentCanada. (2018). *Normes sur la santé et les services sociaux*. Ottawa, Canada: Agrément Canada Retrieved from <https://accreditation.ca/ca-fr/normes/>.
- AIIC. (2015). *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada*. Ottawa, Ontario: AIIC Retrieved from cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr.
- Armstrong, G., Headrick, L., Madigosky, W., & Ogrinc, G. (2012). Designing education to improve care. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 38(1), 5-14.
- 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.
- Assid, P. A. (2010). Career scope: Pacific Mountain. How to build an ED charge nurse training program. *Nursing Management*, 41(10), 49-51. doi:10.1097/01.NUMA.0000388300.62352.d5
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2006). *Vers 2020- Vision pour les soins infirmiers*. Ottawa, Canada: Auteur Retrieved from <https://www.cdha.nshealth.ca/system/.../towards-2020-visions-nursing-full-document.pdf>.
- Benison, L. (2013). Practice nurses want their leads and advisers' support to continue. *Practice Nursing*, 24(4), 197-201.
- Benner, P. (2001). *From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice Caring, Clinical Judgment, and Ethics*. New-York: Springer.
- 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, Québec, QC. Retrieved from www.theses.ulaval.ca/2016/32441

- Blanchet, J. (2016). *La complémentarité des rôles de l'infirmière-chef et de l'infirmière clinicienne spécialisée sur le plan de la qualité des soins: Une étude de cas multiples*. (Mémoire), Université Laval, Québec, QC. Retrieved from www.theses.ulaval.ca/2016/32910/32910
- Boutin, G. (2011). *L'entretien de recherche qualitatif*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Bradshaw, A. (2010). Is the ward sister role still relevant to the quality of patient care? A critical examination of the ward sister role past and present. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23/24), 3555-3563. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03374.x
- Bradshaw, A. (2012). Do ward sisters have influence over care? *Nursing Times*, 108(3), 17-19.
- Cathro, H. L. (2015). *Navigating through chaos: Charge nurses and patient safety. A grounded theory study*. (PhD Ph.D.), University of Phoenix, Ann Arbor. Retrieved from <http://proxy.uqar.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1692083618?accountid=14720>
- Connelly, L. M., Yoder, L. H., & Miner-Williams, D. (2003). A Qualitative Study of Charge Nurse Competencies. *MEDSURG Nursing*, 12(5), 298-305.
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., . . . Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 363-385. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.08.006
- Dallaire, C., Hegg-Deloye, S., Thibault, N., & Villeneuve, F. (2015). Une dimension professionnelle: À quoi ça sert quand on est infirmière-chef? *Le Point en santé et services sociaux*, 11(1), 81-83.
- Disch, J., Dreher, M., Davidson, P., Sinioris, M., & Wainio, J. A. (2011). The role of the chief nurse officer in ensuring patient safety and quality. *The Journal Of Nursing Administration*, 41(4), 179-185. doi:10.1097/NNA.0b013e318211874b
- Dreyfus, S. E., & Dreyfus, H. L. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition*. University of California, Berkeley: Dreyfus & Dreyfus.
- Duygulu, S., & Kublay, G. (2011). Transformational leadership training programme for charge nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 67(3), 633-642. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05507.x
- Dyess, S. M., & Sherman, R. O. (2009). The first year of practice: new graduate nurses' transition and learning needs. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(9), 403-410. doi:10.3928/00220124-20090824-03
- Eggenberger, T. L. (2011). *Holding the frontline: The experience of being a charge nurse in an acute care setting*. (Ph.D.), Florida Atlantic University, Ann Arbor. Retrieved from <http://proxy.uqar.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/876962324?accountid=14720> ProQuest Dissertations & Theses Global database.
- Eggenberger, T. L. (2012). Exploring the charge nurse role: holding the frontline. *The Journal Of Nursing Administration*, 42(11), 502-506. doi:10.1097/NNA.0b013e3182714495

- Flynn, J. P., Prufeta, P. A., & Minghillo-Lipari, L. (2010). An Evidence-Based Approach to Taking Charge. *AJN American Journal of Nursing*, 110(9), 58-63.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Gatellier, V., Denis, M.-A., Vezina, M., M-P., S., Mantha-Belisle, M.-M., Pelletier, M., . . . Bergeret, A. (2017). *Développement d'une boîte à outils au travers de l'exploration d'Internet pour des pratiques managériales favorables à la santé mentale au travail*. France: Centre hospitalier université de Lyon Retrieved from sante-travail.univ-lyon1.fr/BOutils_12122017.pdf.
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Legault, A., Boyer, L., Dubois, S., . . . Beudet-Hilman, G. (2013). *Approche intégrée de la formation initiale et continue des infirmières pour améliorer la qualité du raisonnement et du leadership cliniques infirmiers. Rapport de recherche présenté à la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS)*. Retrieved from http://www.cifi.umontreal.ca/documents/Publications/Goudreau_et_al._-Rapport_final_FCRSS.pdf
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hoffart, N., Waddell, A., & Young, M. B. (2011). A model of new nurse transition. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of The American Association of Colleges of Nursing*, 27(6), 334-343. doi:10.1016/j.profnurs.2011.04.011
- Homer, R., & Ryan, L. (2013). Making the grade: Charge nurse education improves job performance. *Nursing Management*, 44(3), 38-44. doi:10.1097/01.NUMA.0000427183.65177.76
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Kivimäki, K. (2005). First-line managers' views of the long-term effects of clinical supervision: how does clinical supervision support and develop leadership in health care? *Journal of Nursing Management*, 13(3), 209-220.
- ICIS. (2011). *Les soins de santé au Canada 2011: Regard sur les personnes âgées et le vieillissement*. Ottawa, Canada: ICIS.
- INSPQ. (2011). *L'approche par compétences; Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. Québec, QC: Gouvernement du Québec Retrieved from www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1228.
- Jasper, M. A., Grundy, L., Curry, E., & Jones, L. (2010). Challenges in designing an All-Wales professional development programme to empower ward sisters and charge nurses. *Journal of Nursing Management*, 18(6), 645-653. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01159.x
- Jost, D., & Besner, J. (2005). RN role and scope of practice...Jeanne Besner writes in her update. *Alberta RN*, 61(3), 4-4.
- Kramer, M., Maguire, P., Schmalenberg, C., Brewer, B., Burke, R., Chmielewski, L., . . . Waldo, M. (2007). Nurse manager support: what is it? Structures and practices that promote it. *Nursing Administration Quarterly*, 31(4), 325-340.
- Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Gélinas, C., Desforges, N., & Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational

- viewpoint. *Journal of Nursing Management*, 16(6), 724-733. doi:10.1111/j.1365-2934.2007.00828.x
- Le Bortef, G. (2010). *Construire les compétences individuelles et collectives: Agir et réussir avec compétence* (5^e ed.). Paris: Eyrolles.
- Maxwell, M. J. (2005). *Qualitative Research Design: An interactive Approach*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Mayrand-Leclerc, M. (2006). *Perceptions et stratégies optimisant l'environnement psychosocial de travail des chefs d'unité (s) de soins infirmiers de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Montréal*. (Thèse de doctorat), Université Laval, Québec, QC.
- McCallin, A. M., & Frankson, C. (2010). The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 319-325. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01067.x
- Mejia, N. E., Vásquez, E. P., & Sánchez, M. (2006). Leadership in nursing: charge nurse/nurse manager. *Hispanic Health Care International*, 4(3), 131-132.
- Morris, K. (2004). The role of the registered nurse--as charge nurse. *Ohio Nurses Review*, 79(10), 16.
- MSSS. (2006). *Fonctions types du personnel d'encadrement. Guide profils de responsabilités de gestion*. Québec, QC: MSSS. Retrieved from www.aper.qc.ca/docs/_documentation/GuideMSSS.pdf.
- MSSS. (2010). *Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux*. Québec, QC: MSSS Retrieved from www.fsss.qc.ca/download/nego_public/nomenclature/Nomenclature_2010_04_01_version_11avril11.pdf.
- Normand, L., Black, D., Baldwin, K. M., & Crenshaw, J. T. (2014). Redefining 'charge nurse' within the front line. *Nursing Management*, 45(9), 48-53. doi:10.1097/01.NUMA.0000453274.96005.35
- OIIQ. (2007). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers: des choix à faire de toute urgence!* Montréal, QC: OIIQ.
- OIIQ. (2009). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière: Compétences initiales* (2^e ed.). Montréal, QC: OIIQ.
- OIIQ. (2012). *À quand un financement adéquat des soins infirmiers dans la communauté? La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé. Mémoire de l'OIIQ présenté à la Commission nationale d'experts sur l'amélioration du système de santé de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada*. Montréal, QC: OIIQ Retrieved from <https://www.oiiq.org/sites/default/files/memoire-aiic-370MA.pdf>.
- OIIQ. (2014). Quelque 4 200 infirmières et infirmiers occupent une fonction a liée la gouverne des soins. *Infostats*, 6(2).
- OIIQ. (2017). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2016-2017*. Montral, QC: OIIQ Retrieved from www.oiiq.org.
- OIIQ. (2018). *Champ d'exercice et activités réservées à la profession d'infirmière*. Montréal, QC: OIIQ Retrieved from <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>.

- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: U, Armand Collin.
- Patrician, P. A., Oliver, D., Miltner, R. S., Dawson, M., & Ladner, K. A. (2012). Nurturing charge nurses for future leadership roles. *The Journal Of Nursing Administration*, 42(10), 461-466. doi:10.1097/NNA.0b013e31826a1fdb
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4^e ed.). Montréal: Chenelière   ducation.
- Phaneuf, M. (2014). Relève infirmière lorsque les exigences du travail viennent briser les rêves. <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2014/08/Releve-infirmière.pdf>. Retrieved from <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2014/08/Releve-infirmière.pdf>
- Platt, J. F., & Foster, D. (2008). Revitalizing the charge nurse role through a bespoke development programme. *Journal of Nursing Management*, 16(7), 853-857. doi: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), Université Laval, Québec, QC.
- Pryby, F. K. (2016). *Improving the Charge Nurse's Leadership Role: A Collaborative Learning Forum*. (10125693 D.N.P.), Walden University, Ann Arbor. Retrieved from <http://proxy.uqar.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1796879758?accountid=14720> ProQuest Dissertations & Theses Global database.
- Roxburgh, M., Lauder, W., Topping, K., Holland, K., Johnson, M., & Watson, R. (2010). Early findings from an evaluation of a post-registration staff development programme: The Flying Start NHS initiative in Scotland, UK. *Nurse Education In Practice*, 10(2), 76-81. doi:10.1016/j.nepr.2009.03.015
- Rudman, A., Gustavsson, P., Ehrenberg, A., Boström, A.-M., & Wallin, L. (2012). Registered nurses' evidence-based practice: A longitudinal study of the first five years after graduation. *International Journal of Nursing Studies*, 49(12), 1494-1504. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.07.007
- Saintsing, D., Gibson, L. M., & Pennington, A. W. (2011). The novice nurse and clinical decision-making: how to avoid errors. *Journal of Nursing Management*, 19(3), 354-359. doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01248.x
- Schoessler, M. T., & Farish, J. (2007). Development at the bedside: evolutionary development of the experienced registered nurse. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(4), 170-175.
- 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.
- Sévigny, I., & Effio, P. (2016). L'assistante infirmière-chef d'unité - Son rôle sur la qualité des soins. *Perspective infirmière*, 13(3), 25-27.
- Sheets, B. (2015). *Charge Nurse Fellowship*. (3726261 Thèse de doctorat in  dite), Carlow University, Pittsburgh, PA. Retrieved from

- <http://proxy.uqar.ca/login?url=http://search.proquest.com/docview/1733328795?accountid=14720>
- Sherman, R. O. (2005). Don't Forget Our Charge Nurses. *Nursing Economic\$, 23*(3), 125-143.
- Sherman, R. O., & Eggenberger, T. L. (2009). Taking charge: What every charge nurse needs to know. *Nurses First, 2*(4), 6-10.
- Sherman, R. O., Schwarzkopf, R., & Kiger, A. J. (2013). What We Learned From Our Charge Nurses. *Nurse Leader, 11*(1), 34-39. doi:10.1016/j.mnl.2012.11.006
- Simmons, N. L. (2016). *Identifying environmental and individual factors that influence new nurse graduate performance*. (10239545 Ph.D.), Capella University, Ann Arbor. Retrieved from <http://proxy.uqar.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1854164658?accountid=14720> ProQuest Dissertations & Theses Global database.
- 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. doi:10.1111/jonm.12008
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste: une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière Clinicienne, 5*(1), 1-11.
- Tabari-Khomeiran, R., Kiger, A., Parsa-Yekta, Z., & Ahmadi, F. (2007). Competence development among nurses: the process of constant interaction. *Journal of Continuing Education in Nursing, 38*(5), 211-218.
- Tardif, J. (1998). La construction des connaissances. Les pratiques pédagogiques. *Pédagogie Collégiale, 11*(3), 4-9.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences: documenter le parcours de développement*. Montréal, QC: Chenelière Éducation.
- Teran, N., & Webb, P. J. (2016). The positive impact of formalized charge nurse training. *Nursing Management, 47*(11), 50-54. doi: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. doi:10.3928/00220124-20111003-05
- Trepanier, S., & Crenshaw, J. T. (2013). Succession planning: a call to action for nurse executives. *Journal of Nursing Management, 21*(7), 980-985. doi:10.1111/jonm.12177
- 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, Québec, QC. Retrieved from <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/31499/31499.pdf>
- Villeneuve, F. (2005). *L'influence des facteurs structurels sur le travail managérial des infirmières-chefs: six études de cas dans trois hôpitaux du Québec*. (Thèse de doctorat (Document inédit)), Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec.
- Wangenstein, S., Johansson, I. S., & Nordström, G. (2008). The first year as a graduate nurse--an experience of growth and development. *Journal of Clinical Nursing, 17*(14), 1877-1885. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02229.x

- Wilson, D., Redman, R. W., Talsma, A., & Aebersold, M. (2012). Differences in Perceptions of Patient Safety Culture between Charge and Noncharge Nurses: Implications for Effectiveness Outcomes Research. *Nursing Research & Practice*, 1-7. doi:10.1155/2012/847626
- Wilson, D., Talsma, A., & Martyn, K. (2011). Mindful Staffing: A Qualitative Description of Charge Nurses' Decision-Making Behaviors. *Western Journal of Nursing Research*, 33(6), 805-824. doi:10.1177/0193945910396519
- Wojciechowski, E., Ritze-Cullen, N., & Tyrrell, S. (2011). Understanding the learning needs of the charge nurse: implications for nursing staff development. *Journal for Nurses in Staff Development*, 27(4), E10-17. doi:10.1097/NND.0b013e318224e0c5
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: designs and methods* (4 ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

