Lexique

AVQ	Activités de la vie quotidienne
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CIP	Collaboration interprofessionnelle
CIS	Centre interprofessionnel de simulation
DFI	Département fédéral de l’intérieur
EIP	Education interprofessionnelle
GEPI	Groupe éducation aux pratiques interprofessionnelles
HES	Haute école spécialisée
HES-SO	Haute école spécialisée de Suisse occidentale
ICUS	Infirmière cheffe d’unité de soins
IE	Infirmière expérimentée
IP	Interprofessionnelle
ND	Nouvelle diplômée
OBSAN	Observatoire suisse de la santé
OFSP	Office fédérale de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
UNIL	Université de Lausanne

Résumé

Contexte : La pénurie infirmière qui touche actuellement la Suisse sera comblée en grande partie par les nouvelles diplômées infirmières[1], d'ici quelques années. Cependant, un taux important de turnover dans les équipes peut mettre en péril leur encadrement. Leur processus d'insertion étant particulièrement éprouvant dans les premiers mois de pratique, il en résulte que nombre d'entre elles quittent précocement la profession. Comme stratégie pour pallier ce problème, la littérature montre les effets positifs de la collaboration interprofessionnelle sur le maintien des nouvelles infirmières diplômées, mais leur engagement dans cette pratique reste complexe et demande de nombreuses compétences.

But : Le but de cette étude est de définir les éléments sur lesquels la jeune diplômée Bachelor en soins infirmiers peut s'appuyer, pour développer ses compétences collaboratives en interprofessionnalité, lors de la prise de son premier poste.

Méthode : Cette revue de littérature permet d'avoir un point de vue sur les connaissances actuelles de cette problématique. La recherche d'articles s'est déroulée entre janvier et juin 2016. Les bases de données PubMed et CINAHL ont été utilisées pour faire ressortir six articles scientifiques.

Résultats : Trois types d'éléments ont été identifiés comme soutenant la nouvelle diplômée dans sa progression. Les éléments organisationnels, qui font référence à ce qu'offre l'institution et la formation, les éléments personnels et professionnels, qui mettent en valeur les stratégies propres à la novice, et les

[1] Au vue de la proportion de femmes dans ce métier, l'infirmière sera considérée au féminin pour la suite de ce travail, mais concerne bien entendu les deux sexes.

éléments relatifs à l'équipe intra- et interprofessionnelle, c'est-à-dire l'implication de ces équipes sur le développement des compétences de la nouvelle infirmière.

Discussion et conclusion : Ces éléments soutiennent la nouvelle diplômée non seulement dans le développement de ses compétences interprofessionnelles mais aussi dans son insertion et son intégration au service. Sur la base des résultats, il a été possible de formuler des recommandations pour les novices, les institutions, les équipes intra- et interprofessionnelles ainsi que pour la formation. Finalement, la pratique infirmière pourrait bénéficier des découvertes de cette revue, bien que d'autres recherches soient nécessaires pour confirmer la pertinence et l'application de certains résultats à la Suisse.

Mots-clés : nouvelle diplômée infirmière, novice, collaboration interprofessionnelle, compétences collaboratives, interprofessionnalité, insertion

Zusammenfassung

Forschungsstand: Der aktuelle Mangel an Pflegefachkräften in der Schweiz wird in einigen Jahren vorwiegend durch frischdiplomiertes Pflegefachpersonal abgedeckt werden. Allerdings kann eine hohe turnover-Rate in den Teams deren Begleitung in Gefahr bringen. Der Einführungsprozess in den ersten Monaten Berufspraxis ist besonders fordernd und Grund dafür, dass viele Frischdiplomierte den Beruf schon früh wieder aufgeben. Als Strategie um diesem Problem zu begegnen, zeigt die Literatur die positiven Effekte der interprofessionellen Zusammenarbeit auf den Verbleib der frischdiplomierten Pflegefachpersonen im Beruf auf. Ihr Engagement in dieser Praxis bleibt jedoch komplex und fordert viele Kompetenzen.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist die Elemente zu definieren, auf welche sich die frischdiplomierte Pflegefachperson mit Bachleorabschluss stützen kann, um ihre Kompetenzen in der interprofessionellen Zusammenarbeit an ihrem ersten Arbeitsplatz zu stärken.

Methode: Diese Literaturübersicht erlaubt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu diesem Thema. Die Literatursuche fand von Januar bis Juni 2016 statt. Die Suche in den Datenbanken PubMed und CINAHL ergab sechs wissenschaftliche Artikel als Resultat.

Ergebnisse: Es konnten drei Arten an Elementen identifiziert werden, welche die Frischdiplomierten in ihrer Entwicklung unterstützen : Organisatorische Elemente, die sich auf das Angebot der Institution und der Ausbildung beziehen. Ferner persönliche sowie auch professionnelle Elemente, die den Wert der Strategien der Frischdiplomierten hervorheben. Drittens die Elemente, die mit dem intra- und

interprofessionellen Team zusammenhängen, genauer gesagt die Auswirkungen dieser Teams auf die Kompetenzenentwicklung der frischdipliomierten Pflegefachperson

Diskussion: Diese Elemente unterstützen die Frischdiplomierte nicht nur in der Entwicklung ihrer interprofessionellen Kompetenzen, sondern auch in ihrer Einführung und Integration auf der Abteilung. Auf den Resultaten basierend konnten Empfehlungen für die Frischdiplomierten, die Institutionen, die intra- und interprofessionellen Teams und die Bildungsstätten formuliert werden. Schlussendlich kann die Pflegepraxis von den Ergebnissen dieser Literaturübersicht profitieren, auch wenn mehr weitere Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet nötig wären, um die Relevanz dieser Ergebnisse und deren Umsetzung in der Schweiz zu bestätigen.

Schlüsselwörter : frischdiplomierte Pflegefachperson, Neuling, interprofessionelle Zusammenarbeit, Kompetenzen der Zusammenarbeit, Interprofessionalität, Einführung

Tables des matières

Lexique ii
Résumé iii
Zusammenfassung v
Remerciements 2

Introduction 3

Problématique et question de recherche 6

Etat des connaissances et cadre théorique 11
L'importance de la collaboration interprofessionnelle 12
L'infirmière dans l'équipe interprofessionnelle 14
Infirmière novice et développement des compétences interprofessionnelles 15
A : Les facilitateurs d'équipe 16
B : Les facilitateurs personnels 16
C : Les facilitateurs organisationnels 16
L'éducation interprofessionnelle 17
Développement des compétences infirmières selon le modèle de Benner 19

Méthode 23
Devis 24
Tableau 1 *Termes MeSH et descripteurs* 25
Critères d'inclusion 25
Critères d'exclusion 25
Stratégies de recherche 26
Stratégie I 26
Stratégie II 26
Stratégie III 27

Résultats 28
Eléments organisationnels 31
Eléments personnels et professionnels 33
Eléments relatifs à l'équipe intra- et interprofessionnelle 37

Discussion 41
Eléments organisationnels 42
Eléments personnels et professionnels 44
Eléments relatifs à l'équipe intra- et interprofessionnelle 47
Recommandations 50
Recommandations pour l'infirmière novice 50
Recommandations pour les institutions 51
Recommandations pour les équipes intra- et interprofessionnelles 52

Recommandations pour la formation 52
Limites du travail **53**
Les forces **54**
Implications pour la pratique **55**
Perspectives **55**

Conclusion **57**

Références bibliographiques **60**

Appendice A **64**

Appendice B **66**

Appendice C **70**

Appendice D **72**

Rapport-Gratuit.com

Liste des tableaux

Tableau 1 *Termes MeSH et descripteurs*.....25

Liste des figures

Figure 1. Schéma des stades de développement de Benner 20
Figure 2. Flow chart de revue de littérature.....30
Figure 3. Interactions entre EIP, CIP et qualité des soins 53

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Remerciements

Nous tenons à remercier sincèrement Madame Danielle Bulliard Verville qui nous a guidées dans la réalisation de ce travail, pour son soutien, sa patience et son investissement, Fanny Berger et Damien Schwab pour la relecture et les dernières corrections ainsi que Valerio Salvetti pour l'aide à la traduction du résumé.

Nous remercions également nos proches pour leur soutien précieux et continu, apporté tout au long de notre travail.

Introduction

En raison de la courte durée de vie professionnelle des infirmières, de la pénurie actuelle et à venir, du nombre accru d'étudiantes formées dans les Hautes Ecoles Spécialisées (HES) filière soins infirmiers, ou encore des remaniements structurels des services sanitaires qui induisent des changements d'activités et des départs prématurés (Bron, 2012), certains services tels que de médecine et de chirurgie se retrouvent avec une forte proportion de jeunes infirmières fraîchement diplômées. Ceci peut poser des difficultés pour l'encadrement des novices durant la phase difficile de leur insertion dans la mesure où l'accès aux infirmières expérimentées (IE) est limité. Par ailleurs, le travail en interprofessionnalité devient une nécessité pour améliorer la qualité des soins et baisser les coûts de la santé, ainsi les compétences requises pour cette activité représentent un défi supplémentaire pour la nouvelle diplômée (ND).

En tant que futures jeunes diplômées, nous avons donc le souci de réussir la prise de notre premier poste et nous nous posons beaucoup de questions sur nos capacités et notre crédibilité à être considérées comme professionnelles, et ce, surtout dans le travail interprofessionnel (IP).

Le but de notre revue de littérature respose sur l'identification des éléments sur lesquels peut s'appuyer la jeune diplômée Bachelor pour développer ses compétences collaboratives en interprofessionnalité dans les premiers mois de son insertion.

Cette revue de littérature est composée de différents chapitres. Le premier est le développement de la problématique au sujet de l'insertion de la ND dans un contexte de pénurie infirmière ainsi que du défi et des avantages que représente le travail en interprofessionnalité pour la ND. Le deuxième chapitre est l'état des connaissances qui vise à mieux comprendre les thématiques de la collaboration

interprofessionnelle (CIP) dans les soins infirmiers, l'insertion de la ND et le développement de ses compétences IP, ainsi que le cadre théorique exposant le modèle d'acquisition des compétences de Benner et l'éducation interprofessionnelle. Le troisième chapitre décrit la méthode utilisée pour ce travail ainsi que les stratégies de recherches d'articles scientifiques. Le quatrième expose les résultats des six articles analysés. Finalement, la discussion permet une démarche critique autour des résultats obtenus discutés avec les éléments des deux premiers chapitres du travail, afin de ressortir les recommandations, les perspectives de recherches et les implications pour la pratique.

Problématique et question de recherche

Il a été démontré dans une étude de 2013 de Berberat, Bulliard Verville et Perrenoud sur l'insertion des nouvelles diplômées infirmières Bachelor en milieu hospitalier en Suisse romande, que les premiers mois étaient particulièrement intenses vu le nombre de défis à relever. En effet, lorsque la novice débute sa carrière professionnelle, elle est confrontée à son manque d'expérience et son manque de connaissances par rapport aux spécificités de son nouveau service ; elle doit combler le « fossé » qu'il existe souvent entre la théorie apprise à l'école et les réalités du terrain. Elle doit faire avec les contraintes du métier c'est-à-dire la variation des horaires, les veilles, le poids des hiérarchies, la charge de travail pas toujours correspondante à la dotation, etc., mais aussi avec le changement de son statut qui passe d'étudiante à infirmière diplômée, de jeune adulte à adulte, et pour finir, avec la gestion de ses propres responsabilités et le développement de son positionnement professionnel. Au sein de l'équipe intra- et interprofessionnelle la novice va devoir faire sa place et obtenir la reconnaissance de ses collègues par rapport au fait qu'elle est une jeune professionnelle de qualité à leurs yeux.

En Suisse, « l'influence du vieillissement démographique (vieillissement de la population, migrations, diminution de l'aide fournie par les proches, départ à la retraite) pourrait entraîner une hausse des besoins en personnel de santé d'au moins 13% d'ici 2020. » (OBSAN, 2009, p.93). Face à cette pénurie d'infirmières, la Confédération a demandé aux cantons de former davantage de professionnels infirmiers. Il en résulte que dans les années à venir, les jeunes diplômées représenteront 50% de la main d'œuvre dans les institutions de soins (OBSAN, 2009). L'encadrement du nouveau personnel deviendra donc un réel enjeu puisque les novices ont besoin de professionnels experts (Benner, 1994) pour leur apprendre leur rôle. Sachant que les difficultés d'insertion poussent certaines jeunes diplômées à quitter prématurément la profession ou leur poste de travail (Berberat

et al., 2013), il paraît central de leur offrir, pendant les premiers mois de leur prise de poste, des moyens de trouver ou mobiliser des facteurs protecteurs qui éviteront cet écueil.

Une revue de littérature traitant des facteurs qui influencent l'engagement des nouvelles diplômées dans une pratique en CIP de Pfaff[1], ainsi que Baxter, Jack, & Ploeg[2], (2013a), a mis en évidence que la CIP est un moyen efficace pour soutenir le maintien des jeunes diplômées dans la profession infirmière. En effet, les relations IP positives peuvent diminuer le stress de la transition entre le rôle d'étudiant et celui de professionnel à travers un environnement de pratique favorable où il y a un partage des connaissances cliniques. Ces relations permettent à la ND d'acquérir de l'expérience ainsi que des connaissances à travers l'expertise de l'équipe IP et ainsi de renforcer sa confiance en elle et en son rôle professionnel. Si la CIP favorise l'insertion de la jeune diplômée et son maintien dans la profession, elle n'en reste pas moins un processus complexe, pour une ND, qui demande de multiples compétences.

L'American Association of Colleges of Nursing de Washington DC (2011), a créé un référentiel de compétences pour la pratique en CIP. Cette commission d'experts a classé ces compétences en quatre domaines de base : le domaine qui touche aux valeurs et à l'éthique professionnelle, celui qui concerne les rôles et les responsabilités des professionnels, celui de la communication IP et enfin, celui concernant le travail d'équipe. Chaque domaine regroupe des compétences fines et spécifiques (voir appendice B) que les membres des équipes IP doivent développer dans le but d'atteindre une pratique collaborative optimale et bénéficiaire tant pour les patients, les professionnels et les établissements. Même si les avantages sont

[1] Infirmière enregistrée et docteur à la faculté de Windsor, Ontario, Canada
[2] Professeures associées à l'école infirmière universitaire de McMaster

nombreux, la CIP est un idéal qui cache bien des difficultés. Elles peuvent provenir de problème de leadership, d'un manque d'ouverture d'esprit de ses membres, d'un conflit de valeurs, d'un manque de temps, de confusions au niveau des rôles, d'un manque d'investissement personnel, ainsi que d'objectifs mal définis (Fortin, 2000).

En temps qu'étudiantes en soins infirmiers en fin de formation, la question de notre premier poste, le stress de l'insertion professionnelle et de notre crédibilité en tant que jeunes diplômées, sont toutes des préoccupations actuelles. En effet, nous travaillerons dans des unités, respectivement de médecine interne et de réadaptation neurologique, où l'interprofessionnalité occupe une grande place. L'appréhension de devoir se mesurer aux autres professionnels de la santé, en reconnaissant leurs rôles, de faire valoir nos compétences professionnelles, de faire face aux attentes de la pratique tout en exécutant les tâches de manière réfléchie et efficace afin de développer la confiance en notre rôle propre, représentent un défi.

Selon Pfaff et al. (2013a) les barrières à la CIP pour la jeune diplômée sont notamment : un manque de confiance en soi face au médecin et à la peur de mal s'exprimer ou de ne pas avoir la réponse correcte, le manque de connaissance et d'expérience dans la communication avec les différents professionnels ainsi qu'avec le patient et sa famille, le manque de respect dans l'environnement de travail entre la jeune diplômée et le médecin ou des membres plus anciens de l'équipe en général, ainsi qu'une structure institutionnelle peu adéquate à une bonne intégration dans la CIP.

Alors que la prise du premier poste est stressante pour la majorité des ND et que le travail en interprofessionnalité n'est pas facile, il est important de s'intéresser à ce qui peut soutenir cette dernière dans le développement de ses compétences IP.

Rapport-Gratuit.com

Cette revue de littérature vise à mettre en évidence les éléments sur lesquels peut s’appuyer la jeune diplômée Bachelor en soins infirmiers pour développer ses compétences collaboratives en interprofessionnalité, lors de la prise de son premier poste.

Etat des connaissances et cadre théorique

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Ce chapitre apporte, premièrement, une meilleure compréhension des thématiques de la CIP, de l'infirmière dans la CIP, de l'insertion de la novice et du développement de ses compétences IP, d'après l'état actuel des connaissances. Dans un deuxième temps, le modèle d'acquisition des compétences de Benner et le concept d'éducation interprofessionnelle sont abordé et permettront, plus tard, de discuter les résultats.

L'importance de la collaboration interprofessionnelle

Selon Phaneuf et Gabdois (2012), les sciences tout comme les soins infirmiers ont subi un essor important au XXe siècle. Du côté des sciences, les savoirs qui étaient auparavant à la portée d'une seule et même discipline médicale, se sont vus s'étoffer puis se diviser dans plusieurs domaines. Chacun d'eux étudie un champ précis de la science et se développe en une discipline munie d'un savoir pointu et précis. Aujourd'hui, il y a une vraie nécessité de partager le champ des savoirs pour répondre aux exigences de la société, de la science et de la technologie. Il n'y a donc plus de discipline unique renfermant toutes les connaissances, mais plusieurs, qui sont appliquées à un même problème, fait qui est défini sous le terme d'interprofessionnalité[1].

Les soins infirmiers, de leur côté, ont également subit une évolution fortement marquée par l'avènement de la recherche en sciences infirmières. C'est ce tournant qui a permis le fondement de leur discipline propre. L'infirmière d'aujourd'hui se positionne et définit plus clairement son rôle dans la sphère sanitaire tout en se détachant de la « soumission et de la subordination » qu'exerçaient les médecins sur elle, ainsi, il y a eu une certaine émancipation de la pratique (Debout, 2008).

[1] Terme non différencié de « l'interdisciplinarité » dans la littérature

L'infirmière a renforcé son assise disciplinaire, ce qui lui offre à ce jour, sa place dans l'équipe IP.

La littérature montre que les soins IP augmentent la qualité des services prodigués aux patients (Phaneuf et al. 2012 ; Morin, 2012) alors qu'une mauvaise collaboration et communication sont mentionnées comme étant les premières causes d'erreur médicale (O'Brien, 2013).

Diane Morin (2012), ex-doyenne de l'institut des sciences infirmières à l'Université de Lausanne (UNIL), évoque plusieurs avantages à la CIP notamment au niveau de la continuité des soins. Premièrement, elle améliore les connaissances du patient et de la famille, leur capacité de décision partagée, tout comme leur satisfaction et leur qualité de vie, particulièrement lorsque les informations données sont unilatérales et correspondent au but établit entre l'équipe et le patient. Dans un second temps, elle permet au professionnel d'élargir ses connaissances et ses compétences et d'augmenter sa satisfaction au travail, ceci entre autre au travers de colloques IP qui donnent l'occasion à tous les membres impliqués d'échanger leur point de vue et d'enrichir leurs connaissances. Pour finir, les établissements tirent des avantages qui se mesurent par l'augmentation de l'efficacité et par la standardisation des pratiques professionnelles. En effet, les prises en charge étant davantage efficientes en liant les capacités de chacun, les durées de séjours diminuent à leur tour. Finalement, Morin considère l'équipe de santé étant détentrice d'un savoir collectif qui permet une vision multiple et globale, génératrice de créativité, favorisant les synergies entre les différentes expertises professionnelles et le partage des tâches (2012).

L'infirmière dans l'équipe interprofessionnelle

Dans l'équipe IP, chaque membre a des responsabilités en fonction de son champ de compétences. Phaneuf relève surtout l'importance du positionnement central et rayonnant de l'infirmière avec les autres membres de l'équipe IP. Elle est le personnel le plus en contact avec le patient, intervient dans leurs activités de la vie quotidiene (AVQ) par exemple, mais également la nuit, alors que les autres acteurs le voient de manière sporadique (2012).

En Suisse, nous assistons, selon l'office fédéral de la santé publique (OFSP), à une crise qui touche le système de santé. Elle est notamment causée par une pénurie de personnel, une augmentation des coûts de la santé, le vieillissement de la population etc. Elle touche tous les domaines et les infirmières en font particulièrement les frais (2016b). La réorganisation du système de santé est donc une préoccupation actuelle à laquelle des soins IP pourraient répondre (Samuelson, Herzig & Widmer, 2012). Dans le cadre de Santé 2020[1], l'OFSP aborde la thématique de l'interprofessionnalité en préconisant depuis 2011 « d'ancrer explicitement la collaboration interprofessionnelle dans les filières de formation des professions de la santé et d'assurer une meilleure coordination entre ces filières » (2016a).

En Suisse occidentale, toutes les professions de la santé de niveau Haute Ecole Spécialisée (HES) se basent sur un référentiel de compétences commun visant l'atteinte d'un certain nombre d'objectifs au cours des cursus de formation. L'acquisition de compétences IP inclus un de ces objectifs. Les compétences IP font partie intégrantes du rôle de collaborateur en visant l'engagement, dans une équipe

[1] Stratégie globale en faveur du système de santé suisse, « le but visé consiste à aménager le système de santé suisse de manière optimale afin de pouvoir relever les défis à venir et faire en sorte qu'il reste financièrement supportable. » (OFSP, 2016b)

IP, à défendre des soins individualisés optimaux, la mise à disposition de ses propres compétences professionnelles aux autres acteurs du système de santé, la coordination, l'accompagnement et le soutien de ces mêmes acteurs, tout comme la participation aux prises de décisions IP en défendant l'éthique professionnelle. Le développement des rôles d'expert et de communicateur est également concerné. Le rôle de communicateur cible le développement d'une compréhension partagée des situations de soins. Quant au rôle d'expert, il demande non seulement d'assurer un leadership du champ de compétences du professionnel, c'est-à-dire un positionnement et des compétences suffisantes à exprimer un jugement indépendant propre à sa discipline, mais aussi « une contribution dans les processus dominants de soins interprofessionnels actuels et futurs » (Lederberger, Mondoux & Sottas, 2009, p.21). Le but ultime étant la continuité et la qualité des soins au sein de l'équipe IP. Ce dernier rôle est un pilier incontournable à la CIP. (Lederberger et al., 2009).

Infirmière novice et développement des compétences interprofessionnelles

La manière dont l'objectif sur l'interprofessionnalité du référentiel de compétences des étudiants HES en soins infirmiers est atteint, diffère d'une école à l'autre. En effet, alors que certaines écoles forment leurs étudiants « à » l'interprofessionnalité, d'autres vont plus loin en proposant une éducation « en » interprofessionnalité ou éducation interprofessionnelle (EIP) (voir chapitre Education interprofessionnelle). Ainsi la formation joue un rôle important dans le développement des compétences IP de la ND. En revanche, si par la suite, l'application des principes indispensables à la pratique en CIP n'est pas favorisée par l'environnement de travail et l'implication des équipes, cela peut freiner les apprentissages de la ND.

Pfaff et al. (2013a), appuient ces faits dans leur revue de littérature. En plus des barrières qui influencent l'engagement des ND dans la CIP, ceux-ci mettent encore en valeur des facteurs structurels positifs. Ces facteurs sont classés en trois catégories ; les facilitateurs d'équipe, personnels et organisationnels.

A : Les facilitateurs d'équipe

> Les facilitateurs de l'équipe dans la collaboration interprofessionnelle commencent par un respect et une confiance mutuelle, un environnement soutenant dans lequel les novices sont les bienvenues et où on les encourage à poser des questions. Les médecins et les médecins assistants stimulent la collaboration interprofessionnelle chez les novices en fournissant un support informel à travers un environnement de pratique positif en partageant la connaissance clinique et les résultats de soins [traduction libre] (Pfaff et al., 2013a, p.11).

B : Les facilitateurs personnels

En ce qui concerne les facilitateurs personnels, il s'agit de la confiance en soi qu'éprouve la novice, de ses connaissances et de son expérience, de ses compétences de communication ainsi que de sa pensée et de son évaluation critique (Pfaff et al., 2013a).

C : Les facilitateurs organisationnels

Pour terminer, les facilitateurs organisationnels font référence à des systèmes de mentorat et de préceptorat, à des programmes formels au sujet de la CIP ainsi qu'à l'accessibilité du responsable d'équipe qui soutien la novice dans son engagement dans la CIP (Pfaff et al., 2013a).

L'éducation interprofessionnelle

En interdépendance directe avec la pratique collaborative et IP qui vise à améliorer les résultats de soins, se situe l'EIP, qui elle, objective l'amélioration des résultats des apprenants (D'Amour et Oandasan, 2005). Plus concrètement, l'EIP est une « approche associant des membres de deux ou plusieurs professions dans une formation commune, qu'elle soit pré ou postgraduée » (Michaud, et al., 2011, p.2363). Lorsque les étudiants des professions de la santé apprennent ensemble, cela amène à une meilleure préparation au travail IP ainsi qu'au travail d'équipe pour finalement améliorer les résultats de soins (Lapink, Lewett-Jones & Gilligan, 2011).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) préconise l'EIP depuis 1978. Aujourd'hui, elle est devenue une composante obligatoire des curricula des professions de la santé, notamment dans les pays tels que les Etats-Unis, le Canada et la Grande-Bretagne. Selon Gallant, Clerc, Gachoud & Morin (2011), ce n'était pas encore le cas en Suisse en 2011 où « aucun curriculum formel de formation pré ou post graduée, n'intégrait de manière systématique l'EIP ». Mais en Suisse romande, la mise en place d'un Bachelor des professions de la santé ainsi que d'un cursus académique en sciences infirmières, a aménagé des conditions favorables au développement d'une formation IP (Michaud, et al., 2011). C'est effectivement le cas depuis 2012 pour la formation des professions de la santé de la HES de Suisse occidentale (HES-SO), qui introduit, sous les directives de l'OFSP, dans l'optique de Santé 2020, l'interprofessionnalité en tant que thématique à part entière dans son plan d'études cadre, et vise à développer les compétences de CIP (2016b).

Aujourd'hui, plusieurs programmes d'EIP ont vu le jour notamment à Lausanne, Genève et Berne. Genève a ouvert un Centre Interprofessionnel de Simulation (CIS) en 2013 (CIS, 2016), puis en collaboration, plusieurs sites de formation vaudois ont créé un Groupe Education aux Pratiques Interprofessionnelles (GEPI) en émergence depuis 2010 (Mairesse, Gachoud, Roelli, Boraley & Santschi, 2015). Alors que Lausanne célèbre en 2016 la 5e édition de ses journées interprofessionnelles (UNIL, 2016).

L'insertion professionnelle de la nouvelle diplômée

L'insertion professionnelle de la ND est un processus intensif impliquant certains défis à relever. Lorsque l'infirmière novice débute sa carrière professionnelle, elle découvre véritablement la pratique infirmière et le système de soins dont elle fait maintenant partie. Selon Berberat et al. (2013):

> Elle doit ajuster ses capacités aux exigences réelles du service. Elle s'aperçoit que le travail infirmier est bien différent et plus vaste que ce qu'elle a exercé durant les stages de sa formation initiale. C'est pourquoi les trois-quatre premiers mois d'expérience d'insertion professionnelle de la nouvelle diplômée Bachelor lui laissent souvent le souvenir d'une période particulièrement difficile à vivre, stressante et engendrant une perception de soi peu positive (p.3).

Cette période de transition, entre le statut de stagiaire et celui de professionnelle accomplie, remet en question la ND. En effet, les doutes qui l'assaillent et son manque d'expérience, l'empêchent d'évaluer sa pratique et lui renvoie un sentiment d'efficacité perturbée. De plus, l'envie qu'elle a de devenir autonome et d'assumer ses responsabilités, l'amène à montrer qu'elle est capable de travailler seule et d'être à la hauteur de la tâche. Cela engendre une pression supplémentaire sur la ND qui doit conquérir sa place dans l'équipe et démontrer qu'elle peut relever les défis dans n'importe quelles situations.

Ces différents facteurs influencent le sentiment d'insertion et d'appartenance de la ND et peuvent représenter des obstacles à l'insertion professionnelle. De plus, le sentiment et la fierté d'être infirmière se développent au fur et à mesure de l'expérience et des patients. Afin d'acquérir cette expérience si précieuse, il est nécessaire de connaître les éléments facilitateurs de l'insertion pour la ND.

Développement des compétences infirmières selon le modèle de Benner

Les étudiantes en soins infirmiers débutent leur carrière professionnelle avec le statut de novice. Elles doivent acquérir l'expérience nécessaire au développement de leurs compétences en passant par différent stades (H. Dreyfus & S. Dreyfus, 1980, cité dans Benner, 2010).

Afin d'aider les infirmières novices dans le processus d'intégration professionnelle, Patricia Benner (2009) infirmière théoricienne et académicienne à l'université de Californie et enseignante à l'école d'infirmière de San Francisco, s'est inspirée du modèle d'acquisition des compétences de Hubert Dreyfus et Stuart Dreyfus (1980), respectivement mathématicien et philosophe.

Ces derniers ont élaboré un modèle d'acquisition de compétences à la suite de différentes études auprès de pilotes d'avions et de joueurs d'échec. Patricia Benner le généralise aux soins infirmiers et décrit le comportement de l'infirmière au cours des cinq stades qui la conduisent jusqu'à son rôle d'experte : novice, débutante, compétente performante et experte (voir figure 1). Ces stades sont, selon H. Dreyfus et S. Dreyfus (1980, cité dans Benner, 2009, p.17) :

Rapport-Gratuit.com

> Le reflet des trois types de changements qui se produisent lors de l'acquisition d'une compétence. Le premier est le passage de la confiance en des principes abstraits à l'utilisation, à titre de paradigme, d'une expérience passée concrète ; le second est une modification de la façon dont l'apprenant perçoit la situation – il la voit moins comme un assemblage d'éléments pris çà et là que comme un tout dans lequel seulement certaines parties sont utiles ; le troisième changement est le passage d'observateur externe à celui d'agent impliqué.

Figure 1. Schéma des stades de développement de Benner

(Kaminski, 2010)

D'après ce modèle, il est devenu possible de décrire les caractéristiques des comportements performants à chaque niveau de développement et d'identifier les besoins en matière d'enseignement et d'apprentissage à chaque stade (Benner, 2009). Selon Chartier et Boisvert, (2009 cité dans, Benner, 2009) : « l'acquisition de la compétence est plus ou moins rapide selon le talent naturel de chacune, son niveau de formation et la richesse ou la variété des expériences cliniques rencontrées au cours de sa carrière » (p.III). Les objectifs de ce modèle sont de « renforcer la motivation des infirmières par la prise en charge de leurs propres apprentissages et évolution, diminuer l'anxiété des nouvelles diplômées et augmenter la tolérance des aînées à l'égard des nouvelles infirmières tout en facilitant leur intégration » (Chartier & Boisvert, 2009, cité dans, Benner, 2009, p.III).

Le premier stade par lequel l'infirmière passe est celui de novice. Les ND débutent leur carrière et doivent, grâce à la théorie apprise en salle de classe, faire des choix et prendre des décisions qui dépendent d'un contexte précis. Les connaissances acquises lors des stages sur le terrain, ne permettent pas toujours de faire face aux situations réelles (Benner, 2009). De plus, et grâce au suivi et aux feedback d'IE, la ND pourra développer sa confiance en elle, ses capacités et trouver des repères afin de devenir autonome et responsable (Berberat et al., 2013).

Le stade suivant celui de novice est celui de débutante. Le comportement des infirmières débutantes est partiellement acceptable car elles ont vécu suffisamment de situations réelles pour reconnaître les facteurs signifiants qui se reproduisent dans des situations semblables (Benner, 2009). La débutante a toujours besoin d'une infirmière plus expérimentée qui peut la guider et l'aider à identifier des aspects plus précis de la situation.

Le troisième stade est celui de l'infirmière compétente qui travaille dans le même service ou vit les mêmes situations de soins depuis deux ou trois ans (Benner, 2009). Elle est capable de démontrer de l'efficacité dans son travail, est organisée et a confiance en ses actions (Benner, 1984). Ainsi, pour l'infirmière compétente, la planification consciente et délibérée, qui est caractéristique de ce niveau de compétence, établit une perspective et se fonde sur une analyse consciente qui permet d'atteindre l'efficacité et l'organisation (Benner, 2009).

Au quatrième stade, l'infirmière performante perçoit les situations comme des touts et non en terme d'aspects (Benner, 2009). Elle apprend par l'expérience quels événements typiques risquent d'arriver dans une situation donnée, et comment il faut modifier ce qui a été prévu pour faire face à ces événements (Benner, 1984).

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Selon l'ouvrage de *Novice à expert, excellence en soins infirmiers* :

> Grâce à cette capacité à reconnaître les situations dans leur ensemble, l'infirmière performante peut à présent savoir que ce qu'elle prévoyait ne se manifestera pas. Cette compréhension globale améliore son processus de décision qui devient de moins en moins laborieux car elle possède à présent une perspective lui permettant de savoir lesquels des nombreux aspects et attributs existant sont importants (Benner, 2009, p.29).

L'expertise infirmière est le dernier et cinquième stade du modèle, et à ce niveau :

> L'infirmière experte ne s'appuie plus sur un principe analytique pour passer du stade de la compréhension de la situation à l'acte approprié. L'experte, qui a une énorme expérience comprend à présent de manière intuitive chaque situation et appréhende directement le problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles (Benner 2009, p.32).

Les ND ne sont pas les seules à passer par ces différents stades d'acquisiton des compétences. En effet, « toute infirmière intégrant un service dont elle ne connaît pas les malades peut se retrouver novice » (Benner, 2009, p.24). Pour cette revue de littérature, la novice sera considérée comme nouvelle diplômée infirmière ayant moins de trois ans d'expérience.

Méthode

Ce chapitre a pour but de présenter le devis de recherche utilisé pour ce travail ainsi que les banques de données, les termes MeSH et les descripteurs employés pour la recherche d'articles. Les critères d'inclusion et d'exclusion permettant la sélection d'études ciblées à la problématique, sont ensuite décrits et justifiés. Finalement les stratégies de recherches qui ont mené aux articles retenus, sont exposées.

Devis

Le devis de ce travail de Bachelor est une revue de littérature. Selon Fortin :

> Cette approche permet de collecter et d'analyser systématiquement les recherches disponibles sur un sujet. Ces recensions contribuent à mettre en évidence la pratique fondée sur les données probantes, puisqu'elles résument les nombreuses études et les différents résultats d'une manière objective (2010, p.263).

Cette revue de littérature a donc comme objectif de cibler les résultats de 6 à 10 recherches actuelles et les plus pertinentes possibles, qui répondent à la problématique du développement des compétences collaboratives IP de l'infirmière ND.

C'est premièrement une recherche d'articles correspondant à des critères d'inclusion et d'exclusion qui a été effectuée dans des bases de données scientifiques telles que PubMed, CINAHL, Cochrane, UpToDate, etc.

Les mots clés qui ont permi de faire des recherches dans les bases de données se nomment termes MeSH et descripteurs, et sont les suivants :

Tableau 1
Termes MeSH et descripteurs

Mots-clé en français	Termes MeSH et descripteurs
Interprofessionnalité	Interprofessional,cross-disciplinary, patient care team
Collaboration/relation interprofessionnelle	Interprofessional collaboration, interprofessional collaborative practice
Infirmière	Nurse
Novice	New nurse
Nouvelle diplômée	New graduate, new nurse
Leadership	Leadership
Compétences	Competencies

Critères d'inclusion

Les études sélectionnées ont été publiées entre 2011 et 2016 ce qui correspond à l'actualité et à la nouveauté de la thématique. Elles devaient être rédigées en anglais, français ou allemand car ce sont les langues comprises par les auteures. Les études cherchées visent les nouvelles diplômées infirmières, leur lieu de travail est peut important, mais elles doivent travailler ou avoir l'opportunité de collaborer, en interprofessionnalité. Les études sélectionnées doivent provenir d'Europe centrale, des USA, du Canada ou d'Australie, régions qui ont un niveau de soins plus ou moins similaire à la Suisse.

Critères d'exclusion

Les articles datant de plus de cinq ans ont été exclus, tout comme les revues de littérature. Après deux ou trois ans, les ND ne sont plus considérées comme novices ou débutantes, c'est pourquoi, les études avec un échantillon d'infirmières de plus de trois ans d'expérience ont été exclues.

Stratégies de recherche

Stratégie I

[« new graduate nurses » AND « interprofessional collaboration »] (« 5 years »[PDat]) sur PubMed

Résultats : 12 articles dont les suivants ont été retenus :

- Pfaff, K. A., Baxter, P. E., Jack, S. M., & Ploeg, J. (2014). Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(8), 1142–1152. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.01.001

- Pfaff, K. A., Baxter, P. E., Jack, S. M., & Ploeg, J. (2013b). A mixed methods exploration of the team and organizational factors that may predict new graduate nurse engagement in collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*. 28:2, 142-148. doi: 10.3109/13561820.2013.851072

- Laschinger, H. K. S., & Smith, L. M. (2013). The Influence of Authentic Leadership and Empowerment on New-Graduate Nurses' Perceptions of Interprofessional Collaboration. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, *43*(1), 24-29. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182786064

- Hopkins, J. L., & Bromley, G. E. (2016). Preparing New Graduates for Interprofessional Teamwork: Effectiveness of a Nurse Residency Program. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, *47*(3), 140-148. doi: 10.3928/00220124-20160218-10

Stratégie II

[« new Nurses » OR « new graduate Nurses » AND « interprofessional collaboration »] (« new graduate nurse » [Subject : Major Heading],) (« between 2011 and 2016 ») sur CINAHL

Résultats : 11 articles dont le suivant a été retenu :

- Schwartz, L., Wright, D. & Lavoie-Tremblay, M. (2011). New Nurses' Experience of Their Role Within Interprofessional Health Care Teams in Mental Health. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 25, No. 3 (Juin), 2011 : pp 153-163. doi : 10.1016/j.apnu.2010.08.001

Stratégie III

[« interprofessional collaboration » AND « leadership » AND « new nurse »] (« 5 years »[PDat]) sur PubMed

Résultats : 22 articles dont le suivant a été retenu :

- Stiles, K.A., Horton-Deutsch, S.L., Andrews, C.A., (2014), The Nurse's Lived Experience of Becoming an Interprofessional Leader. *The Journal of Continuing Education in Nursing* : Vol 45, No11, 2014. doi : 10.3928/00220124-20141023-03

Résultats

Comme schématisé sur le diagramme de flux (figure 2) les stratégies de recherche dans les bases de données PubMed et CINAHL ont permis d'identifier 45 études. Après la lecture des titres et des résumés, 32 études ont été abandonnées. Suite à la lecture intégrale des 13 articles restants, 7 ont finalement été exclus sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion. Pour une étude qui comprenait des IE dans son échantillon, une exception a été faite, car les résultats peuvent être adaptés à une population de ND. Les 6 articles restants (appendice C) ont finalement été analysés à l'aide de deux grilles d'analyse correspondant au devis de l'étude (appendice D) et ont tous été retenus pour cette revue de littérature.

De ces analyses ressortent trois éléments principaux sur lesquels peut s'appuyer la ND pour développer ses compétences collaboratives en interprofessionnalité, mais également favoriser son intégration, son insertion et son développement professionnel. Ces éléments sont organisationnels, personnels et relatifs à l'équipe intra- et interprofessionnelle. Ils font notamment référence à la revue de littérature de Pfaff, et al. (2013a) qui classent leur résultat selon ces trois domaines.

Rapport-Gratuit.com

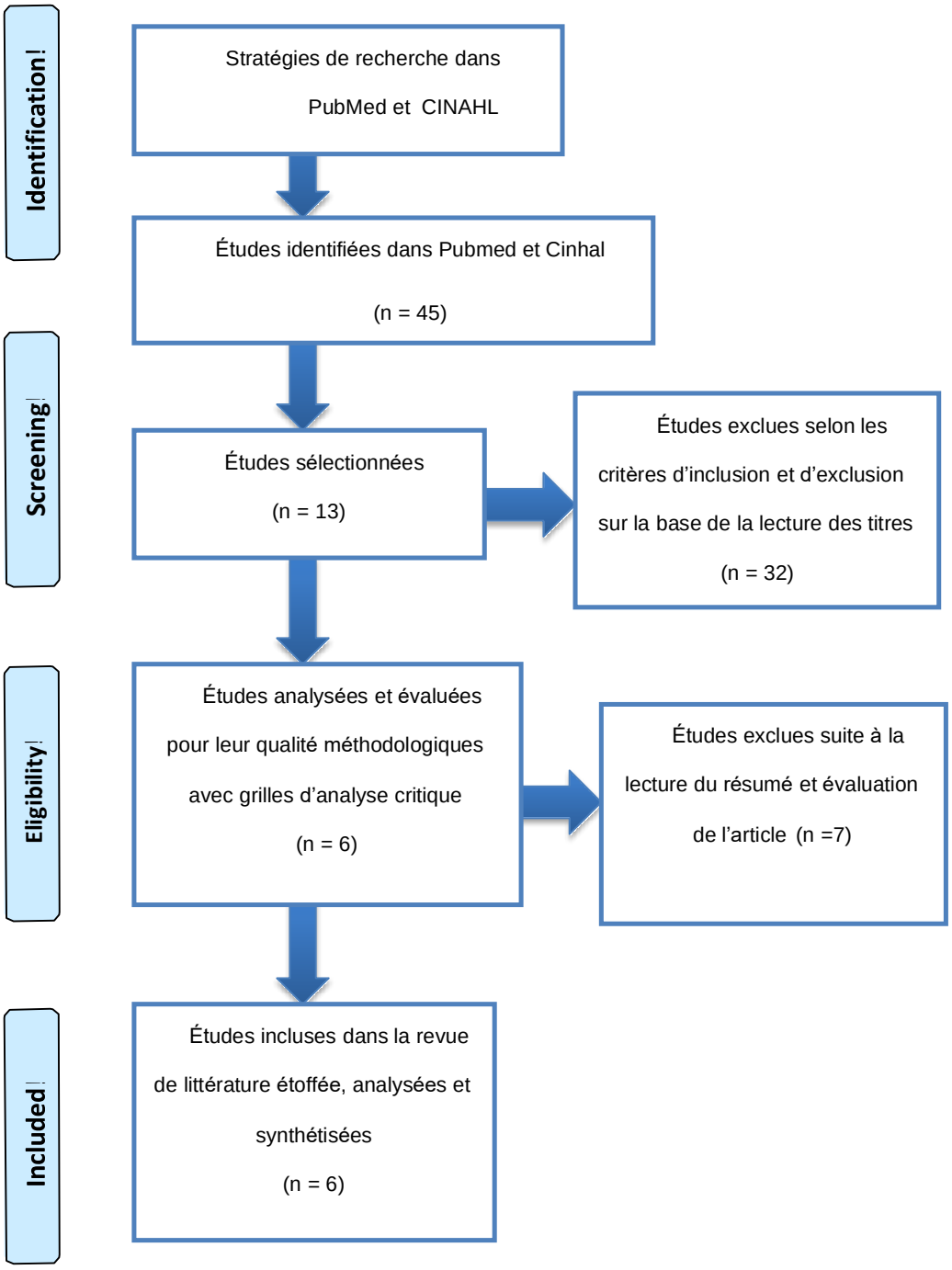

Figure 2. Flow chart de revue de littérature

(Prisma, 2009)

Eléments organisationnels

Cette catégorie recense les éléments organisationnels relatifs à l'institution et à la formation qui permettent de soutenir le développement des compétences collaboratives IP de la ND. Les résultats suggèrent que les opportunités que l'institution offre aux ND tels qu'un programme de mentorat, de suivi interne, le temps et l'opportunité de collaborer et une stabilité dans le lieu de travail, impactent de manière positive sur ce développement.

En 2016, Hopkins et al., réalisent une étude qui a pour but de déterminer si un programme de suivi du centre médical de l'Ohio (nurse residency program) améliore les compétences des ND dans la CIP. Le programme de suivi consiste en une réunion d'une journée par mois pendant un an où les ND se rencontrent avec des IE pour parler de la CIP. L'étude comprend 35 ND, 114 IE ainsi qu'un sous-groupe de 37 responsables de département de soins, tirés des 114 IE. Elle vise à comparer la perception de ces trois groupes par rapport aux compétences des ND après que celles-ci aient participé au programme. Cette étude est également comparée avec les résultats d'une étude nationale antérieure qui portait sur les compétences des ND avant la mise en place des programmes de suivi.

Après avoir participé au programme, les ND s'estiment plus efficaces en CIP et sont satisfaites de ce qui leur a été proposé. Par contre, les IE sont moins satisfaites que les responsables des compétences de la ND.

Les IE sont moins satisfaites que les responsables des compétences de la ND à travailler en équipe, à savoir reconnaître quand elles ont besoin d'aide, à accepter les critiques constructives ainsi que de savoir s'appuyer sur les compétences des autres membres de l'équipe IP. Cela s'explique par le fait que les IE travaillent

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

quotidiennement avec les ND alors que les responsables les côtoient que de temps à autre.

En revanche, les responsables sont moins satisfaits que les IE des compétences de la ND à communiquer avec les médecins et à résoudre les conflits. Cela peut s'expliquer par le fait que les médecins ont tendance à parler des difficultés « de service » directement avec le chef, ceci donnant l'impression que la ND n'est pas capable de gérer elle-même les conflits. De plus, les ND ont tendance à aller parler des conflits qu'elles vivent à leur responsable ce qui fait que l'IE perçoit mal ce dont est vraiment capable la ND.

Une autre étude de Pfaff, Baxter, Ploeg et Jack (2013b) réalisée en deux volets (QUAN→Qual) sur la base de 514 ND pour la partie quantitative et 16 ND pour la partie qualitative, mentionnent que l'accessibilité à un programme de mentorat pour les ND représente un autre facteur organisationnel important dans le développement des compétences IP. En effet, une infirmière référente qui joue le rôle de mentor[1], peut soutenir la ND dans les aspects pratiques de la collaboration, tels que la compréhension, la gestion du système et de la structure de l'organisation IP. Il lui incombe de trouver des opportunités pour que la ND interagisse avec les autres membres de l'équipe, participe aux colloques IP et s'entraîne à transmettre les bonnes informations. Le fait d'avoir un mentor, impliqué dans son rôle, permet à la ND d'avoir une personne de référence, c'est-à-dire quelqu'un capable de la guider et de lui donner des feedback précis, réguliers et personnalisés.

Le temps mis à disposition par le service ou l'institution pour permettre aux ND de participer aux pratiques de CIP est également un facteur important. De fait, certaines ND reportent devoir prendre du temps sur leur pause ou ne pas pouvoir

[1] Le temps imparti au mentor pour le suivi de la ND n'est pas précisé dans l'étude.

participer aux colloques en raison d'une trop grande charge de travail (Pfaff et al., 2013b).

En 2011, Schwartz, Wright et Lavoie-Tremblay réalisent, dans leur étude descriptive à partir de 10 ND travaillant en santé mentale, que pour elles, le fait d'être affiliées à un service fixe a un impact positif sur leur transition et leur investissement dans la prise en charge des patients et dans leur interaction avec l'équipe IP. Le résultat est clairement positif et est encore renforcé par le fait que les ND faisant partie d'un « pool » infirmier présentent plus de difficultés.

Pfaff et al. (2014), explorent, sur la base du même échantillon que leur étude réalisée en 2013b, en quoi l'opportunité de collaborer de façon formelle ou informelle avec l'équipe IP améliore les compétences collaboratives. Cela permet à la ND de rencontrer différents professionnels, d'apprendre à connaître leur rôle dans l'équipe et la prise en charge du patient ainsi que de faire partie du processus de décision. Le fait d'avoir l'opportunité de travailler à plusieurs reprises en CIP permet à la ND de gagner confiance en ses capacités. Ne pas pouvoir le faire rend cette collaboration difficile et reste perçu comme un obstacle par la ND.

A noter encore que, les ND qui ont pu avoir une EIP en tant qu'étudiantes disent l'avoir perçue comme une expérience positive qui les a aidées à comprendre le rôle des autres professionnels ainsi qu'à devenir plus compétente au niveau de la communication IP (Pfaff et al., 2014).

Eléments personnels et professionnels

Cette catégorie comprend ce que la ND peut adapter dans ses comportements personnels et professionnels pour améliorer ses compétences collaboratives. Les résultats mettent en évidence l'importance du sens de l'observation de la ND, de sa

capacité réflexive, l'importance de développer ses connaissances cliniques et non-cliniques, savoir communiquer avec les autres membres de l'équipe et comprendre leurs perspectives de soins ainsi que de s'impliquer simultanément dans l'équipe intra- et interprofessionnelle.

Schwartz et al. (2011) définissent le rôle de la ND dans ses premières expériences en CIP comme un rôle passif qui lui permet de se familiariser avec le contexte et de visualiser s'il sera possible de s'y intégrer. Lors des transmissions d'informations et dans l'expression de ses opinions face à l'équipe IP, la ND manque de confiance. C'est en observant attentivement ce qui se passe dans l'équipe IP, c'est-à-dire les interactions, la dynamique et les fonctions de l'équipe, que la ND peut identifier la singularité de chaque membre. Cette observation ciblée permet son adaptation et facilite son intégration. De ce fait, les ND apprennent le code social inhérent au travail en équipe IP, comme la communication avec les médecins et les méthodes verbales et non-verbales adaptées dans les interactions de groupe.

L'infirmière est la personne la plus en contact avec le patient. Ce statut aide la ND à devenir confiante dans sa capacité à fournir des informations actuelles et pertinentes à l'équipe. Cette capacité réflexive permet à la ND d'être un membre actif, reconnu et valorisé dans l'équipe IP et ainsi se sentir apte et digne de recevoir des responsabilités (Schwartz et al., 2011). Selon Pfaff et al. (2014) le fait de gagner de l'expérience en intraprofessionnalité et d'avoir plus d'assurance dans la CIP augmente la confiance de la ND dans ses capacités à collaborer. A travers son expérience, la ND se rend compte de la crédibilité de ses connaissances et cela lui permet de proposer des pistes d'interventions pertinentes sur le plan des soins au patient.

Pfaff et al. (2014) soulignent aussi que la plupart des ND auraient souhaité être mieux préparées à la CIP avant leur diplôme. En effet, devoir apprendre par l'erreur en pratiquant n'est pas un sentiment confortable pour les ND qui regrettent de vivre de mauvaises expériences. Les ND expriment avoir ressenti un sentiment de honte face à leur désorganisation dans les transmissions orales à l'équipe IP ainsi qu'une baisse de leur estime de soi car elles n'arrivent pas à faire partie du processus de décision.

Les compétences relationnelles représentent la relation d'aide et la relation thérapeutique que la ND entretient avec le patient. Elles lui permettent, elles aussi, de se sentir plus confiantes dans la CIP. L'acquisition des compétences relationelles (communication et sociale) pour la plupart des ND se sont faites au cours de discussions informelles avec l'équipe IP. Selon les ND, la confiance a été atteinte par la connaissance des autres disciplines, de leur rôle et de comment et quand collaborer. Les connaissances cliniques sont aussi perçues comme un facteur facilitant la confiance de la ND en CIP. Avoir une expérience clinique et posséder des connaissances permet à la ND d'échanger des informations avec les autres professionnels de manière plus confiante. Ces connaissances permettent à la jeune diplômée d'avoir la réponse aux questions des autres membres (Pfaff et al., 2014). En revanche, un manque de connaissances à propos de l'équipe et de son organisation augmente les difficultés de la ND à travailler en CIP et cela affaiblit sa confiance. Le manque de connaissances cliniques est inconfortable pour les ND lorsqu'elles interagissent avec les autres membres de l'équipe car elles ont l'impression de ne pas être à la hauteur et cela les rend moins confiantes (Pfaff et al., 2014).

Stiles, Horton-Deutsch et Andrews ont réalisé en 2014 une étude phénoménologique interprétative sur la base d'une population de 8 infirmières

expertes qui racontent leur expérience antérieure, lorsqu'elles étaient novices en tant que leader IP. Elles expliquent ce qui les a aidées et ce qu'elles ont trouvé important de développer pour une bonne pratique en CIP.

Les auteurs relèvent le besoin de faire attention à l'utilisation d'un langage professionnel pour pouvoir communiquer, mais surtout d'adopter le langage propre à l'équipe IP. Le fait de ne pas maîtriser ces codes peut perturber la transmission de l'information et peut engendrer de l'incompréhension et un sentiment de frustration. Ils insistent aussi sur le fait que dans la CIP, il est important de mélanger et de prendre en considération la perspective de chacun et imaginer ce que l'autre peut apporter dans la situation. Les membres doivent être capables de discuter en gardant leur vision du monde tout en considérant celle des autres. Cela commence en honorant, valorisant et en respectant l'autre ainsi qu'en montrant une reconnaissance de sa propre valeur. Comprendre la perspective de l'autre nécessite d'être curieux et de se remettre en question. La capacité de voir et d'estimer de multiples perspectives est une compétence demandée à tous les niveaux de la formation infirmière.

Le travail en interprofessionnalité demande aussi de gérer une certaine dualité. Cela implique « d'avoir une passion simultanée » pour son équipe intraprofessionnelle et l'équipe interprofessionnelle. Pour l'IE, cela implique de maîtriser et comprendre les buts de sa propre profession tout en restant conscient de ceux des autres. Il est nécessaire pour tous les membres de l'équipe IP d'éviter les comportements et sentiments de supériorité et d'exclusivité. En résumé, l'activité IP demande de moins se concentrer sur soi et davantage sur l'activité elle-même (Stiles et al., 2014).

Eléments relatifs à l'équipe intra- et interprofessionnelle

Cette catégorie comprend les comportements de l'équipe, son attitude vis-à-vis de la ND, les interactions IP, l'importance de la place de leader, le concept de « leadership authentique » et l'aspect intraprofessionnel, éléments sur lesquels peut s'appuyer la novice dans le développement de ses compétences collaboratives en interprofessionnalité ainsi que ceux qui peuvent lui faire défaut.

Schwartz et al. (2011), ont mentionné que lorsque l'équipe est ouverte, disponible et non-jugeante vis-à-vis des questions et des besoins d'apprentissage des ND, ces dernières se sentent soutenues et valorisées. Cela facilite leur progression et leur intégration, augmente la satisfaction au travail, la confiance et le sentiment d'appartenance à une équipe.

Dans ce même ordre d'idée, Pfaff et al. (2013b) évoquent l'importance du respect de la ND par l'équipe IP. Cela s'exprime par le fait de comprendre le niveau de compétences et les lacunes dues au manque d'expérience des ND. Le respect augmente le confort de la ND lorsqu'elle s'engage avec d'autres professionnels en ôtant la pression ressentie de « devoir absolument connaître la réponse » [traduction libre] (p.145). Ceci passe aussi par la volonté et l'ouverture des membres de l'équipe à partager leurs connaissances et leurs expériences propres, à la ND. A travers ce partage, chaque membre soutient la ND dans sa compréhension du champ d'action et de pratique professionnelle des différentes disciplines.

Au contraire, dans la seconde étude de Pfaff et al. (2014), il est mentionné que le fait de ne pas être respectée et toujours mise à l'épreuve par les autres membres de l'équipe IP induit un manque de confiance chez la ND. Les ND disent devoir se démener pour atteindre les attentes de la pratique en faisant face aux attentes qu'elles s'imposent à elles-mêmes ainsi qu'à celles des autres professionnels. Cette

dualité affecte négativement la confiance des ND dans la CIP et leur engagement est alors vécu comme un stress supplémentaire.

Stiles et al. (2014) mettent finalement en valeur l'importance du but commun. Elaborer un but commun est selon les 8 IE de l'échantillon, le fondement de la pratique IP dans laquelle chaque acteur a le même niveau d'importance. Grâce à leur premier pas dans le leadership, les participantes ont pu identifier la règle d'or pour établir un but commun. Selon elles, cela passe par le fait de connaître, croire et se connecter avec les autres personnes de l'équipe sans pour autant les dominer ou les dévaloriser. Ce but doit donner sens à la perspective de chacun des membres sans être issu d'un consensus. Au contraire, un consensus peut impliquer que certains membres se plient à la majorité, ce qui risquerait de créer du mépris et de la frustration vis-à-vis de la perspective des autres membres, ainsi que de la non reconnaissance de leur manière propre de pratiquer.

Pour établir une confiance mutuelle entre les membres de l'équipe IP, il est nécessaire que ceux-ci communiquent et partagent en groupe dans un contexte non formel, durant les pauses par exemple. Cela permet aussi aux membres de mieux apprendre à se connaître et à la novice de développer sa communication IP (Stiles et al., 2014). Ces interactions se font à travers les colloques IP, les rencontres d'équipe, diverses séances, le partage d'informations relatives aux besoins du patient, mais également les « bavardages » en tout genre (Pfaff et al., 2013b). Schwartz et al. (2011) appuient encore ces faits en affirmant que ces interactions augmentent la confiance de la ND, ses connaissances et ses compétences et lui permettent d'être un membre actif dans l'équipe IP.

L'étude de Laschinger & Smith (2013), qui s'est penchée sur l'influence du « leadership authentique » et de « l'empowerment structurel » sur la perception de

194 ND vis-à-vis d'une pratique en CIP, a mis en évidence plusieurs éléments intéressants. Pour une meilleure compréhension, il est à noter que le « leadership autenthique » peut se référer à un leadership du type démocratique et comprend quatre composantes clés : la conscience de soi, la transparence des relations, la perspective d'une morale interne et le traitement des informations de manière équitable. Dans cette étude, c'est l'adoption d'un tel type de leadership qui permet le développement d'un « empowerment structurel ». « L'empowerment structurel » se définit comme étant un principe relatif au climat de travail qui permet de développer la motivation et l'implication des collaborateurs afin de stimuler l'innovation, le développement des compétences individuelles, la transparence et l'honnêteté dans les relations [traduction libre] (Nedd, 2006). Lorsque les leaders ont un bon niveau de « leadership authentique » et que « l'empowerment structurel » est élevé, la qualité de la CIP est perçue de manière très positive. L'« empowerment structurel » a tout de même une plus forte influence sur les perceptions des participants quant aux bénéfices de la CIP. Cela peut suggérer que d'avoir accès aux opportunités, à l'information, au soutien et aux ressources, mis à disposition par l'environnement de travail, permet une valorisation de la CIP dans les soins. Et que lorsque l'« empowerment structurel » est combiné avec un « leadership authentique », cet effet est augmenté. La perception des ND vis-à-vis d'une pratique en CIP de qualité est reliée de façon significative à la présence positive d'un type de « leadership authentique ». Ces deux éléments ont un impact positif sur plusieurs composantes de la CIP chez les ND qui trouvent, d'une part, que dans un tel environnement, leurs connaissances sont respectées par les autres membres de l'équipe IP. D'autres parts, il semblerait que ces derniers reconnaissent le rôle de chacun dans la prise en charge globale du patient et trouvent que le travail en équipe IP améliore les soins au patient. Finalement, les perceptions des ND sur leur propre empowerment

Rapport-Gratuit.com

ainsi que sur le comportement de « leadership authentique » de leur responsable, sont reliés de manière significative au sentiment que leurs connaissances et leur rôle dans les soins aux patients sont respectés par les autres professionnels.

Pfaff et al. (2013b) mentionnent les bienfaits d'un autre leadership de type « organisationnel de soutien ». Il se traduit par une attitude positive et de soutien du leader, qui joue un rôle dans l'engagement de la ND dans la CIP. En effet, ce leader encourage les relations d'équipe positives à travers des colloques réguliers, clarifie le rôle et les tâches de la ND et la soutient dans ses besoins d'apprentissage. Le leader la soutient en réduisant son stress et sa frustration, en l'aidant à intégrer la pratique collaborative dans son plan d'apprentissage et en représentant une ressource dans la résolution des conflits.

Equipe intraprofessionnelle

Dans l'équipe intraprofessionnelle, la référente de la ND est une personne ressource. Dans l'étude de Schwartz et al. (2011), les ND témoignent de son importance. Elle leur est utile pour apprendre à mieux interagir et communiquer en groupe, et permet, par le partage, un apprentissage de ses expériences passées dans la prise en charge de certaines situations de soins spécifiques. Pfaff et al. (2013b), soulignent encore que le fait d'être soutenues par leur mentor ou leur référent facilite la confiance des ND dans leur engagement dans la CIP et les soutient dans la gestion des conflits.

Discussion

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Dans ce chapitre, les principaux résultats des éléments organisationnels, personnels et professionnels, ainsi que ceux relatifs à l'équipe intra- et interprofessionnelle sont mis en lien et argumentés avec le modèle de Benner présenté dans le cadre théorique ainsi qu'avec les études utilisées pour construire l'état des connaissances et la problématique. Ensuite, les recommandations et les implications pour la pratique ainsi que les limites et les forces de cette revue de littérature sont énoncées. Finalement, des perspectives pour la recherche sont exposées.

Eléments organisationnels

Les différentes recherches sélectionnées ont permis de mettre en évidence plusieurs éléments susceptibles d'aider la ND à développer ses compétences collaboratives IP. Certains éléments organisationnels plutôt ciblés sur l'institution et touchant à la formation primaire ou continue de la ND paraissent être une aide dans ce processus.

De ce fait, lorsque l'institution donne le temps nécessaire (charge de travail adaptée, jumelage) et l'opportunité à la ND de travailler en CIP, elle gagne de l'expérience, développe ses compétences et cela lui permet de prendre confiance en ses capacités. Ces opportunités permettent à la ND de rencontrer différents professionnels, d'apprendre à connaître leur rôle dans l'équipe et la prise en charge du patient ainsi que de faire partie du processus de décision (Pfaff et al., 2013b ; Pfaff et al., 2014). Tandis qu'elle gagne en expérience, « la ND constate que le stress et la peur liés à la méconnaissance de son rôle ont disparu. Ces sentiments ont fait place à la sécurité et à la confiance en soi » (Berberat et al., 2013, p. 7).

L'affiliation à un service fixe semble également avoir un impact positif sur la transition et l'investissement des ND dans la prise en charge des patients et dans

leurs interactions avec l'équipe IP (Schwartz et al., 2011). Berberat et al., (2013) relèvent que c'est seulement après un an dans le même service que « la ND développe le sentiment de devenir un membre estimé de l'équipe infirmière, ce qui est très valorisant pour elle. Cette appartenance représente pour la ND le gage d'une insertion réussie » (p.7). Ce sentiment d'appartenance prend du temps à se développer car il faut environ 6 mois pour que :

> La prise en soins routinière et quotidienne soit maitrisée avec aisance, que les habitudes essentielles du service de soins soient acquises et que la ND se sente capable d'intégrer de manière autonome dans son activité d'autres dimensions professionnelles comme les aspects organisationnels, administratifs (Berberat, 2013, p. 3).

Par ailleurs, il faut un an à la ND pour qu'elle se sente à l'aise et efficace dans son activité.

Dans l'étude de Pfaff et al. (2014), les ND qui ont reçu une EIP en tant qu'étudiantes l'ont perçue comme une expérience positive qui les a aidées à comprendre le rôle des autres professionnels et à devenir plus compétente au niveau de la communication IP. C'est également ce que relève un projet pilote allemand qui a fait des journées IP de simulation dans le but de favoriser la communication entre les étudiants de médecine et les étudiants en soins infirmiers. Grâce à cet échange, les étudiants ont eu l'opportunité de mieux comprendre le point de vue de l'autre profession sur la situation travaillée. Ce croisement de perspective permet des soins plus efficaces et plus sûrs. De travailler ensemble en étant centré sur le patient permet de créer une dynamique collaborative favorable à la prise de décision et à la gestion des conflits. Par ailleurs, il a été ressorti par les étudiants que ces simulations leur ont permis de mieux se préparer à la pratique et de mieux connaître leurs futurs collègues de travail ainsi que leur rôle spécifique (Wershofen, Heitzmann, Beltermann, & Fischer., 2016).

Le programme de suivi tel que décrit dans l'étude de Hopkins et al. (2016), consiste en une réunion d'une journée par mois pendant un an où les ND se rencontrent avec des IE pour parler de la CIP. Ce programme représente une des possibilités de formation IP post-graduée. Les ND peuvent discuter et débattre à propos de la CIP avec des IE ou des mentors. Par ailleurs, l'accessibilité à un programme de mentorat pour les ND est important dans le développement de leurs compétences IP et permet de faciliter leur intégration dans la CIP (Pfaff et al., 2013b). Berberat et al. (2013), relèvent que lorsque la ND débute sa carrière professionnelle « elle ne maîtrise que partiellement le fonctionnement, les codes et les normes du monde du travail pour lequel elle cherche à s'intégrer» (p.5) et grâce au suivi et aux feedback d'infirmiers plus expérimentés, la ND pourra développer sa confiance en elle (Berberat et al., 2013).

Eléments personnels et professionnels

Les éléments susceptibles d'aider la ND à se développer personnellement et professionnellement dans la CIP paraissent basés sur la pratique de l'observation, de l'apprentissage de la communication et de l'affirmation de son rôle propre dans l'équipe IP.

Dans ses premières expériences en CIP, la ND a plutôt un rôle passif qui lui permet d'identifier les rôles de chaque membre de la CIP. Ce rôle passif ciblé sur l'observation des dynamiques et des fonctions de l'équipe IP ainsi que l'apprentissage du code social inhérent au travail d'équipe, aide et facilite l'adaptation et l'intégration de la ND. Un rôle passif permet aux ND une meilleure compréhension de leur environnement de travail ainsi que du type de patient rencontré (Schwartz et al., 2011). Lorsque la ND débute sa carrière professionnelle, « son processus de transition se structure pour elle à partir d'étapes et de repères »

(Berberat et al., 2013, p.6). La difficulté pour les ND réside dans le fait « qu'elles n'ont aucune expérience de la situation à laquelle elles ont à faire face, il faut leur donner des règles afin de les guider dans leurs actes » (Benner, 2009, p.24). C'est en observant la CIP que la ND pourra trouver ses repères, son expérience et développer sa confiance en elle.

La ND développe son rôle dans l'équipe IP en gagnant de l'expérience clinique dans l'équipe intraprofessionnelle. En effet, l'infirmière est la personne la plus en contact avec le patient. Ce statut et le fait de gagner en expérience dans l'intraprofessionnalité augmentent la confiance et l'assurance de la ND à fournir des informations actuelles et pertinentes à l'équipe IP. Selon Berberat et al., (2013) « souvent, la ND ressent fortement la pression de devoir faire ses preuves avant d'être reconnue comme un membre de l'équipe » (p.7). Non seulement la ND doit faire ses preuves en tant qu'infirmière dans l'équipe intra- et interprofessionnelle mais encore gérer la transition entre étudiante et infirmière diplômée, de jeune adulte à adulte, et pour finir, avec la gestion de ses propres responsabilités et le développement de son positionnement professionnel. Les résultats démontrent que c'est à travers l'expérience et sa capacité réflexive que la ND se rend compte de sa crédibilité et devient un membre actif, reconnu et valorisé dans l'équipe IP (Schwartz et al., 2011 ; Pfaff et al., 2014).

Les ND expriment également fréquemment qu'elles auraient souhaité être mieux préparée à la CIP avant leur diplôme car l'apprentissage par l'erreur n'est pas un sentiment valorisant (Pfaff et al., 2014). Berberat et al. (2013) expliquent que la ND « place sur elle-même des attentes trop élevées par rapport à ses compétences alors qu'elle ne connaît pas toute l'activité qu'elle est censée accomplir » (p.5). Selon le rapport du groupe thématique « interprofessionalité », les professionnels qui exercent en CIP doivent maîtriser des compétences spécifiques

professionnelles, ainsi que communicatives et sociales, ce qui leur donne l'autonomie professionnelle nécessaires pour assurer leur rôle au sein de l'équipe IP (Confédération Suisse, DFI & OFSP, 2013,). Le fait que la ND ne se sente pas suffisamment compétente dans son rôle « renforce l'apparition de sentiments dévalorisants qui peuvent être interprétés comme le reflet d'un sentiment d'inefficacité personnelle » (Berberat et al., 2013, p. 5).

Les compétences relationnelles de la ND représentent la relation d'aide et la relation thérapeutique qu'elle entretient avec le patient. L'acquisition des compétences relationnelles (communication et sociale) par la ND se fait au cours de discussions formelles et informelles avec l'équipe IP. Lors de ces discussions, la ND apprend à connaître les autres disciplines en les questionnant sur leur rôle ainsi que comment et quand collaborer (Pfaff et al., 2014). La communication fait partie des compétences relationnelles car l'utilisation, l'adoption et la maîtrise d'un langage propre à l'équipe IP permet à la ND de transmettre correctement les informations (Stiles et al., 2014). Le fait de communiquer permet aussi à la ND de mélanger et de prendre en considération la perspective de chaque professionnel de la CIP et d'imaginer ce que l'autre peut apporter dans la situation. La capacité de voir, d'estimer et de comprendre de multiples perspectives en se remettant en question est une compétence demandée à tous les stades de compétences infirmière (Stiles et al., 2014). La ND, à son stade de compétence, doit être capable de discuter et de considérer sa propre perspective de soin mais aussi celle des autres. Selon Benner (2009), tous les membres de l'équipe soignante doivent présenter leur perspective aux autres membres car « cet échange est un processus dynamique parce que le malade change petit à petit, et parce que des relations multiples mettent en lumière différentes perspectives, et donc différentes possibilités de thérapies » (p.137).

Dans les premiers mois, la ND doit « apprendre ou parfaire les gestes techniques de base et spécifiques au service, développer son jugement clinique, ses compétences organisationnelles, la gestion des priorités et des imprévus relatifs aux situations de soins rencontrées » (Berberat et al., 2013, p. 3). L'acquisition de ces connaissances cliniques améliorent la confiance de la ND car cela lui permet d'échanger des informations de manière précise et argumentée avec les membres de l'équipe intra- et interprofessionnelle et de répondre à leurs questions (Pfaff et al., 2014).

Selon la revue de littérature de Pfaff et al. (2013a), la CIP favorise l'insertion de la ND et son maintien dans la profession. Pour le moment, la littérature n'explicite pas pourquoi la CIP à un impact positif sur le maintien dans la profession mais elle n'en reste pas moins un processus complexe qui demande de multiples compétences. Il s'agit ici d'un paradoxe car si la CIP maintien la ND dans sa profession, le manque de connaissances cliniques et de compétences relationnelles augmente les difficultés de la ND à travailler en CIP et affaiblit sa confiance en elle (Pfaff et al., 2014).

Eléments relatifs à l'équipe intra- et interprofessionnelle

Dans ce chapitre ressortent les aspects qui mettent en valeur l'implication des équipes intra- et interprofessionnelles et le climat de travail que celles-ci créent autour de la ND afin de soutenir son développement.

Plusieurs recherches mettent l'accent sur la qualité des interactions entre la ND et l'équipe IP comme facteurs favorisants son développement et son intégration. De ce fait, une équipe IP ouverte, disponible et non jugeante vis-à-vis des questions et des besoins d'apprentissage de la ND (Schwartz et al., 2011), ainsi que respectueuse et prête à partager ses connaissances et expériences (Pfaff et al.,

2013b), permettra a la ND de se sentir en confiance, de trouver et prendre sa place dans l'équipe IP. Benner (2009) souligne aussi que pour qu'une novice puisse devenir compétente, elle doit bénéficier d'un regard bienveillant et tolérant de la part de ses aînés. De plus, elle affirme que les novices ont besoin de professionnels experts pour leur apprendre leur rôle (Benner, 1984). En revanche, à l'heure où un important turnover infirmier[1] menace la qualité des soins et que le taux de ND dans les services risque de dépasser 50% de la main d'œuvre infirmière (OBSAN, 2009), les possibilités d'encadrement par des IE sont remises en question.

En 2013a, Pfaff et al. évoquaient dans leur revue de littérature, les bienfaits des relations IP positives sur le stress de la transition, la confiance, l'expérience et les connaissances de la ND. Trois études plus récentes appuient ces faits en spécifiant que des interactions entre les membres de l'équipe interprofessionnelle et la ND sont favorables au développement de la ND et à l'établissement d'une confiance mutuelle entre tous les acteurs (Stiles et al., 2014 ; Pfaff et al., 2013b). De plus, elles améliorent les compétences et les connaissances de la ND et lui permettent de devenir un membre actif dans l'équipe IP (Schwartz et al., 2011). La collaboration est également mise en valeur, mais cette fois, en considérant que la collaboration entre l'équipe intraprofessionnelle et la ND « émerge comme un élément clé du processus d'intégration » (Berberat et al. 2013, p.7). De fait, une fois que la ND est intégrée et compétente dans l'équipe intraprofessionnelle, il lui est alors plus aisé de s'investir dans l'équipe IP. C'est là que la connaissance et la bonne compréhension de son propre rôle va l'aider à interagir avec les autres.

L'adoption d'un leadership organisationnel de soutien par le leader s'est également révélée favorable pour les relations IP et le soutien de la ND dans ses besoins d'apprentissage (Pfaff et al., 2013b). De même qu'au sein de l'équipe

[1] Taux de renouvellement du personnel infirmier dans les équipes

intraprofessionnelle, où selon Berberat et al. (2013) le climat organisationnel, c'est-à-dire « la manière dont une institution et une équipe de soins accueillent, accompagnent et évaluent les nouvelles diplômées durant les trois premiers mois » (p.7) a une grande influence sur son processus d'intégration.

Dans le processus d'insertion de la ND, Berberat et al. (2013) relevaient déjà les difficultés vécues par la ND face à son envie d'être à la hauteur, capable et autonome. Cet aspect est aussi expliqué par Pfaff et al. (2014), qui soulèvent qu'en devant se démener pour atteindre les attentes imposées par elles-mêmes ainsi que par les autres professionnels, les ND sont moins confiantes dans la CIP et sont stressées par leur engagement. Afin de mieux « arriver à évaluer ses prestations et à se situer comme diplômée » vis-à-vis de ces attentes, la ND a « fortement besoin des retours de ses pairs et de ses cadres » (Berberat et al., 2013, p.6).

Par conséquent, dans l'équipe intraprofessionnelle, la ND peut se tourner vers une personne de référence de son choix ou proposée par une de ses cadres, ce peut être notamment son infirmière cheffe d'unité de soins (ICUS), un mentor ou une IE de l'équipe. Cette personne ressource peut l'aider à développer ses apprentissages et à améliorer sa confiance dans ses interactions avec l'équipe IP. Pour ce faire, un partage des expériences IP vécues par la référente est d'une grande aide à la ND qui va pouvoir apprendre en se projetant dans des situations de soins spécifiques (Schwartz et al., 2011 ; Pfaff et al., 2013b). Dans ce même ordre d'idées, Benner (2009) montre l'importance, pour l'infirmière débutante, d'avoir une infirmière plus expérimentée pour la conseiller et la guider dans son évolution et ainsi être plus compétente dans les colloques et échanges IP et lors des visites médicales. Cela souligne encore l'importance des feedbacks et conseils des IE sur la pratique de la ND en CIP. En effet, ces dernières, en plus de donner l'opportunité à la ND de développer sa confiance en elle et en ses capacités, lui permettent de

Rapport-Gratuit.com

trouver ses repères afin de devenir plus autonome et responsable (Berberat et al., 2013).

Recommandations

Sur la base des articles analysés, les recommandations suivantes peuvent être faites :

Recommandations pour l'infirmière novice

Dans un premier temps, il est important pour la ND d'être dans l'observation attentive, ce qui lui permettra de comprendre le fonctionnement de l'équipe intra- et interprofessionnelle, son style de communication, les rôles de chacun, la manière dont sont prises les décisions et gérer les conflits (Schwartz et al., 2011). Le fait de montrer de la curiosité, une forte envie d'apprendre, de progresser et de tirer profit des expériences des autres, sont des attitudes qui favorisent l'intégration et l'insertion de la ND.

Les dispositifs formels en CIP, tels que les colloques ou séances IP, sont des bons terrains d'apprentissage, mais ils devraient se compléter avec des moments plus informels comme les pauses, les sorties d'équipe ou les moments passés dans le bureau (Stiles et al., 2014 ; Pfaff et al., 2014).

Finalement, il est préférable pour la novice de prendre son premier poste dans un service fixe. En effet, contrairement à ce qui se passe dans un « pool » infirmier ou un service d'intérimaire où le travail se fait essentiellement avec des inconnus, le poste fixe permet à la ND de mieux trouver ses repères, dans la mesure où elle va interagir plusieurs fois avec les mêmes membres de l'équipe IP et construire son rôle collaboratif (Schwartz et al., 2011).

Recommandations pour les institutions

Afin de soutenir la ND dans le développement de ses compétences en CIP, le programme de suivi réalisé dans une institution de soins de l'Ohio a fait ses preuves (Hopkins et al., 2016) et pourrait être pris comme modèle pour l'élaboration de programmes de CIP en Suisse. A noter que les coûts de la mise en place d'un tel programme peuvent être un obstacle. Les dispositifs centrés sur un encadrement de qualité orienté CIP ainsi que la mise sur pied de mentorat ont été également reconnus comme très bénéfiques pour les ND (Pfaff et al., 2013b). En Suisse, plusieurs institutions dont le centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), proposent des prestations destinées à soutenir la ND dans sa progression et son insertion. Ce sont par exemple l'accès à des mentors, des évaluations rapprochées, des enseignements cliniques, de la formation continue et des analyses de pratique (Berberat et al., 2013). Le travail sur les compétences collaboratives IP ne fait pas l'objet d'un temps spécifique mais il est inclus dans les temps d'enseignement clinique.

D'un point de vue institutionnel, la nécessité d'organiser les temps de CIP (agender et préparer les visites médicales, les colloques IP, tenir à jour le dossier patient informatisé IP, disposer de locaux adéquats, etc.) est primordiale. De fait, la collaboration IP ne doit pas être pas vécue comme un stress supplémentaire, une obligation sans intérêt, ou une corvée parce qu'elle a lieu sur un temps de repos (Pfaff et al., 2013b ; 2014), mais comme un moment privilégié pour réfléchir à plusieurs experts sur la situation d'un patient donné.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Recommandations pour les équipes intra- et interprofessionnelles

Les deux équipes, intra- et interprofessionnelles, sont impliquées de façon importante dans le développement des compétences IP de la ND. En entretenant des relations bienveillantes, respectueuses, non-jugeantes avec elle, en lui montrant l'exemple et en reconnaissant ses besoins d'apprentissage et son niveau d'expérience (Schwartz et al., 2011 ; Pfaff et al., 2013b), elles lui permettent de construire son identité professionnelle et de prendre sa place, d'abord au sein de l'équipe infirmière puis au niveau de l'équipe IP. Concernant le temps d'encadrement nécessaire, la littérature tend à dire que les trois premiers mois sont considérés comme critiques dans la prise du premier poste et méritent une attention particulière donc un mentorat soutenu (Berberat et al., 2013).

Recommandations pour la formation

Il serait avantageux, pour une bonne préparation des étudiants à la pratique collaborative, de soutenir la mise en place de l'EIP dans les curricula de formation infirmière qui ne disposent pas de ce système. Comme l'ont souligné Pfaff et al. (2014) ainsi que Wershofen et al. (2016), les ND font le profit des apports de l'EIP qui les a soutenues dans le développement de leurs compétences IP, avant le grand saut dans la pratique. Selon le rapport du groupe thématique « Interprofessionnalité » soutenu par la Confédération et l'OFSP (2013), « il s'agit d'une étape nécessaire à la préparation des professionnels de la santé à une pratique collaborative mieux à même de répondre aux besoins sanitaires locaux » (p.8). Diane Morin, en 2010, reprend la conclusion de l'OMS en disant que « l'EIP est une étape incontournable pour supporter la pratique collaborative, améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients» (2012, p.12).

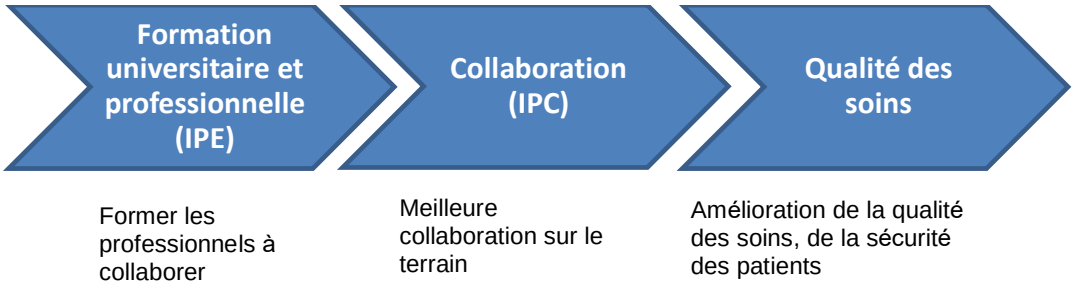

Figure 3. Interactions entre EIP, CIP et qualité des soins

(Confédération suisse, DFI, OFSP, 2013, p.13)

L'existence de programmes d'EIP tels que ceux de Lausanne ou Genève, peuvent être un exemple pour d'autres HES de Suisse qui forment pour le moment les étudiants « à » l'interprofessionnalité mais peu encore « en » interprofessionnalité (EIP).

Limites du travail

Cette revue de littérature constitue, pour nous, une première expérience dans le travail de recherche scientifique. Par conséquent, même si la méthodologie de recherche a été respectée du mieux possible, elle peut être biaisée par notre inexpérience dans le domaine. Ce travail ayant été réalisé dans le but de valider notre formation Bachelor en soins infirmiers, le temps imparti pour la réalisation de cette étude, à savoir 300 heures correspondant à 10 crédits ECTS, était moindre par rapport à celui accordé aux chercheurs professionnels. Par ailleurs, l'analyse de seulement six études donne une faible valeur scientifique aux résultats.

Dans l'étude de Stiles et al. (2014), les infirmières de l'échantillon n'étaient pas considérées comme des ND contrairement aux autres études. Malgré cela, la possibilité d'application des résultats à la question de recherche était suffisamment pertinente pour ne pas l'exclure. Un petit nombre de participants constituait les

échantillons de l'étude de Schwartz et al. (2011) (N=10) ainsi que celle de Stiles et al. (2014) (N=8). Ces échantillons sont justifiés par le choix du devis mais rendent la généralisation des résultats délicate. De plus, les articles étant publiés en anglais, toutes les subtilités du vocabulaire n'ont peut-être pas été saisies, comme nous sommes de langue maternelle française.

Finalement, comme toutes les études se sont déroulées aux Etats-Unis (N=2) et au Cananda (N=4), certains détails des contextes nous ont possiblement échappés dans la compréhension des données. Notamment en ce qui concerne le contenu des formations infirmières, la culture et philosophie, les différences de système de santé, leur gestion habituelle du nouveau personnel, etc.

Les forces

Aucune des études sélectionnées pour cette revue n'est antérieure à 2011, et la plus récente est parue en 2016. Les résultats obtenus sont donc récents et répondent à la question de recherche qui concerne une problématique actuelle pour les soins. De plus, Pfaff, Baxter, Jack & Ploeg, auteures de deux des études analysées, sont des références dans le domaine de la CIP. La taille des échantillons de deux tiers des études choisies était importante puisqu'ils étaient composés respectivement de 514 ND dans le premier volet et 16 ND dans le second pour les études de Pfaff et al. (2013b ; 2014), de 149 participants pour la recherche de Hopkins et al. (2016), ainsi que de 194 ND dans celle de Laschinger et al. (2013).

Implications pour la pratique

Sur la base des éléments présentés, la ND peut trouver des ressources pour développer non seulement son rôle professionnel et ses compétences IP mais réussir aussi son intégration et son insertion.

De plus, les institutions, les écoles, les équipes intra- et interprofessionnelles et le système de santé, peuvent profiter des réflexions inspirées par ce travail. En effet, si les ND disposent de ressources pour développer leurs compétences IP et ce de manière efficiente, leur intégration dans la pratique en CIP et leur insertion professionnelle, seront facilitées. Comme le mentionnaient Pfaff et al. (2013a ; 2013b), la pratique en CIP est, sans encore pouvoir en expliquer la raison scientifique, une stratégie de « rétention » des ND dans la pratique ainsi qu'à leur poste de travail. S'ajoutent à cela tous les autres avantages de la CIP pour le patient, le soignant et l'institution (Morin, 2012).

En résumé, si les ND sont rapidement intégrées et stimulées par la CIP, il peut en résulter que la pénurie infirmière globale soit diminuée, que la qualité des soins prodigués par les ND soit améliorée et que les coûts liés au turnover infirmier soient amoindris. De plus, si la pratique en CIP est de qualité, beaucoup d'effets positifs sur la continuité, la sécurité et la qualité des soins, pourront être mesurés.

Perspectives

A la suite de cette revue de littérature, il serait intéressant d'explorer par d'autres recherches, la perspective de l'équipe IP afin de savoir quels sont les moyens qu'elle utilise ou pourrait mettre en place pour favoriser l'intégration des ND en CIP, son insertion et le développement de ses compétences IP.

De plus, l’efficacité d’un programme de suivi semble s’être confirmée aux Etats-Unis mais une vérification de l’application ou l’adaptation de ce programme dans le paysage hospitalier Suisse serait nécessaire.

Conclusion

Cette revue de littérature avait pour but d'identifier les éléments susceptibles de soutenir la ND dans le développement de ses compétences IP. Les six études analysées ont permis de mettre en évidence trois catégories d'éléments pouvant impacter de manière positive sur ce processus: les éléments organisationnels propres à l'environnement et à l'institution (formation primaire ou continue, mentorat, programme de suivi) les éléments personnels et professionnels (rôle d'observation, apprentissage de la communication) et les éléments liés à l'équipe intra- et interprofessionnelle (qualité des interactions, climat de travail). A noter également que ces différents éléments favorisaient conjointement l'insertion de la ND et le développement de ses compétences IP. Plusieurs éléments au niveau de la formation des étudiants (éducation IP, parcours de stage) et au niveau de la formation continue du personnel infirmier (programme du suivi), ont aussi été validés comme facteurs contribuant à ce processus. Le suivi des ND par une IE jouant le rôle de mentor semble pour tous les auteurs un élément important à mettre en place afin que la novice puisse avoir un modèle professionnel IP et recevoir des feedbacks réguliers et constructifs.

Concernant le transfert de ces résultats dans un milieu hospitalier en Suisse, il ne paraît pas y avoir d'obstacle conceptuel majeur mais plutôt des considérations économiques (dotation, ressources financières) et organisationnels dans le sens où, la pratique IP, même si elle se développe depuis plusieurs années en Suisse, ne fait pas toujours l'objet d'une formation spécifique et se défait parfois face aux contraintes budgétaires. L'éducation IP est actuellement en plein essor et un programme de promotion de l'interprofessionnalité qui vise à renforcer la collaboration entre les professionnels dans le domaine de la santé verra le jour dès 2017. En effet, la politique nationale investit dans ce programme afin que la CIP soit ancrée durablement dans la formation des étudiants et des professionnels de la

santé. En raison de l'évolution démographique actuelle, de l'augmentation des maladies chroniques et dans le même temps, une pénurie de professionnels de la santé, un programme de promotion devrait permettre une CIP plus efficace (OFSP, 2016c).

La rédaction de cette revue de littérature nous a permis d'approfondir la thématique du développement des compétences IP de la ND et de nous donner des éléments pour nous préparer à la prise de notre premier poste ainsi qu'à notre insertion dans la CIP. Nous avons aussi développé des compétences méthodologiques de recherche et d'analyse d'articles scientifiques.

Si nous devions poursuivre cette étude, nous explorerions davantage la manière dont les infirmières se préparent à la CIP dans leur pratique quotidienne en collaborant avec des médecins lors de la visite médicale par exemple ou lors des colloques IP. Cette perspective permettrait d'identifier les stratégies que les infirmières utilisent afin de se préparer à la CIP.

Rapport-Gratuit.com

Références bibliographiques

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley*, pp. 13-34. doi: 10.1002/nur.4770080119

Benner, P., (2009). De novice à expert : Excellence en soins infirmiers. Issy-Les-Moulineaux, France : Elsevier Masson SAS

Berberat, J-L., Bulliard Verville, D., Perrenoud, B., (2013). Insertion des nouvelles diplômées infirmières Bachelor en milieu hospitalier en Suisse romande, FNS-PROJET DORE N° 13 DPD6_132197/1, Haute Ecole Arc Santé et Haute école de santé Fribourg.

Bron, A., (2012). *Programme de lutte contre la pénurie des professionnels de la santé dans le Canton de Genève : Rapport du groupe de travail de haut niveau chargé de proposer et de coordonner une série d'actions visant à lutter contre la pénurie des professionnels de la santé*. Repéré à http://www.ge.ch/conseil_etat/2009-2013/ppresse/doc/pointdepresse-20120926-annexe3.pdf

CIS, Centre interprofessionnel de simulation. (2016). La formation interprofessionnelle. Repéré à http://cis-ge.ch/la-formation-interprofessionnelle/

Confédération suisse, DFI & OFSP. (2013). *Rapport du groupe thématique « Interprofessionnalité ».* Repéré à file:///D:/Downloads/20131105_Bericht+def_FR_avec+Annexes%20(4).pdf

D'Amour, D. & Oandasan, I., (2005, mai). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, *Supplement 1* : 8 – 20

Debout, C., (2008). Sciences des soins infirmiers : réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers* 2008/2 *(N° 93),* p. 72-82. doi : 10.3917/rsi.093.0072

Fortin, B. (2000) L'interdisciplinarité : du rêve à la réalité. Repéré à http://www.psychologue.levillage.org/interdisciplinaire.html

Fortin, M-F., (2010). Fondements et étapes du processus de recherche, Méthodes quantitatives et qualitatives 2ème édition, Saint-Laurent : Chenelière éducation, Canada.

Gallant, S., Clerc, M., Gachoud, D. & Morin, D. (2011, mars). Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ? *Recherche en soins infirmiers, N° 106*, p. 40-46. doi : 10.3917/rsi.106.0040

Hopkins, J. L., & Bromley, G. E. (2016). Preparing New Graduates for Interprofessional Teamwork: Effectiveness of a Nurse Residency Program. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, *47*(3), 140-148. doi: 10.3928/00220124-20160218-10

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). *Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice: Report of an Expert Panel*.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Washington, D.C. : Interprofessionnal Education Collaborative. Repéré à http://www.aacn.nche.edu/education-resources/ipecreport.pdf

Observatoire Suisse de la Santé (2009). *Personnel de santé en Suisse : Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. [Brochure]. Neuchâtel, Suisse : OBSAN Repéré à http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/ad35_korr.pdf

Kaminski, J.(2010). *Theory applied to informatics – Novice to Expert*. Repéré à http://cjni.net/journal/?p=967 IMAGE

Lapink, S., Levett Jones, T. & Gilligan, C. (2011). A systematic review of the effectiveness of interprofessional education in health professional programs. *Nurse Education Today 33 (2013)* 90–102. doi : 10.1016/j.nedt.2011.11.006

Laschinger, H. K. S., & Smith, L. M. (2013). The Influence of Authentic Leadership and Empowerment on New-Graduate Nurses' Perceptions of Interprofessional Collaboration. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, *43*(1), 24-29. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182786064

Lederberger, C., Mondoux, J. & Sottas, B. (2009). *Projet compétences finales pour les professions de la santé HES. KFH, Conférence des recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisses*. Repéré à http://www.hes-so.ch/data/documents/projet-competences-finales-professions-sante-HES-rapport-final-717.pdf

Mairesse, A., Gachoud, D., Roelli, C., Boraley, C. & Santschi, V., (2015). *Education interprofessionnelle en Suisse : un projet pédagogique innovateur en formation prégraduée*. [Présentation powerpoint]. Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale. Repéré à http://congres-sidiief.org/contenu/uploads/2014/03/3-SIDIIEF_SS115.3_EIP__Mairesse-et-alMay20151.pdf

Michaud, P.-A., Teike Lüthi, F., Clerc, M., Gachoud, D., Chapuis, J., Allin, A.C., Wagnières, S. & Morin, D. (2011). L'éducation interprofessionnelle pour tous...Une expérience de sensibilisation pour des étudiants vaudois en formation prégraduée. *Revue Médicale Suisse*, 2011 ; 7 : 2363- 5. Repéré à http://www.revmed.ch/rms/2011/RMS-319/L-education-interprofessionnelle-pour-tous

Morin, D. (2015). *La collaboration interprofessionnelle : le futur c'est maintenant !* [Présentation Powerpoint]. Repéré à https://web2.hopitalvs.ch/fr/ichv/DocumentationDoc/MORIN%20%20Collaboration%20i nterprofessionnelle%20_SION_22jan15.pdf

Nedd, N. (2006). *Perceptions of Empowerment and Intent to Stay*. Repéré à http://www.medscape.com/viewarticle/525651_2

O'Brien, J. (2013). *Interprofessional Collaboration*. RN.com: AMN Health Care Education Services. Repéré à http://lms.rn.com/getpdf.php/1892.pdf

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2016a). *Interprofessionnalité.* Repéré à http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/11724/14204/index.html?lang=fr

Office fédéral de la santé publique (OFSP). (2016b). *Santé 2020*. Repéré à http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=fr

Office fédérale de la santé publique. (2016c). *Programme de promotion « Interprofessionnalité dans le domaine de la santé 2017-2020 ».* Repéré à http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/16069/16070/index.html?lang=fr

Pfaff, K. A., Baxter, P. E., Jack, S. M., & Ploeg, J. (2013a). An integrative review of the factors influencing new graduate nurse engagement in interprofessional collaboration. *Journal of Advanced Nursing. 70*(1), 4–20. doi: 10.1111/jan.12195

Pfaff, K. A., Baxter, P. E., Jack, S. M., & Ploeg, J. (2013b). A mixed methods exploration of the team and organizational factors that may predict new graduate nurse engagement in collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care, 28*:2, 142-148. doi: 10.3109/13561820.2013.851072

Pfaff, K. A., Baxter, P. E., Jack, S. M., & Ploeg, J. (2014). Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(8), 1142–1152. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.01.001

Phaneuf, M., & Gabdois C. (2012*), Interdisciplinarité et plan thérapeutique infirmier*. Repéré à http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/Interdisciplinarite_et_plan_therapeutique_infirmier2.pdf

Samuelson, M., Herzig, L. & Widmer, D. (2012). L'avenir des soins primaires interprofessionnels dans un temps de crise. *RSM : Revue médicale suisse*. Repéré à http://www.revmed.ch/rms/2012/RMS-364/L-avenir-des-soins-primaires-interprofessionnels-dans-un-temps-de-crise

Schwartz, L., Wright, D. & Lavoie-Tremblay, M. (2011). New Nurses' Experience of Their Role Within Interprofessional Health Care Teams in Mental Health. *Archives of Psychiatric Nursing*, *Vol. 25*, No. 3 (Juin), 2011 : pp 153-163 doi : 10.1016/j.apnu.2010.08.001

Stiles, K.A., Horton-Deutsch, S.L., Andrews, C.A., (2014), The Nurse's Lived Experience of Becoming an Interprofessional Leader. *The Journal of Continuing Education in Nursing* : *Vol 45*, *No11*, . doi : 10.3928/00220124-20141023-03

Université de Lausanne (UNIL). (2016). Archives des actualités de l'Université de Lausanne. Repéré à http://www.ch/getactu/wwwfbm/1457338105799/

Wershofen, B., Heitzmann, N., Beltermann, E., & Fischer, M-R., (2016). Fostering interprofessional communication through case discussions and simulated ward rounds in nursing and medical education: A pilot project. *GMS Journal for Medical Education; 33*(2): Doc28. doi:10.3205/zma001027

Appendice A

Déclaration d’authentification

Nous certifions avoir réalisé cette revue de littérature personnellement, en respectant les normes et directives en vigueur à la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans ce travail sont nommées et clairement identifiées.

Agnès Meyer et Christine Hauser

Appendice B

Compétences pour la collaboration interprofessionnelle, selon le référentiel élaboré par the Interprofessional Education Collaborative

Domaines de compétences	Compétences spécifiques
1. Valeurs et éthique **Compétence générale :** Travailler avec d'autres personnes en maintenant un climat de respect mutuel et une valeur partagée pour assurer des soins centrés sur le patient la santé communautaire. Notion de nouveau professionnalisme médical.	• Placer les intérêts des patients et de la population au centre de la prestation de soins interprofessionnels. • Respecter la dignité et la vie privée des patients en maintenant leur confidentialité. • Inclure la diversité culturelle et les différences individuelles qui caractérisent les patients, populations et l'équipe interprofessionnelle. • Respecter la culture unique, les valeurs, rôles et responsabilités ainsi que l'expertise de chaque professionnel de la santé. • Travailler en coopérant avec les receveurs de soins, les prestataires de soins et ceux qui contribuent ou soutiennent la prévention et les services de santé. • Développer une relation de confiance avec les patients, familles et autres membres de l'équipe. • Démontrer une attitude éthique et une qualité dans les soins dans sa contribution personnelle. • Gérer des dilemmes spécifiques aux situations interprofessionnelles. • Agir avec honêteté et intégrité dans les relations avec les patients familles et autres membres de l'équipe • Maintenir ses propres compétences appropriées à son champ de pratique.
2. Rôles et responsabilités **Compétence générale :** Utiliser la connaissance du rôle propre de l'un et de ceux des autres professions afin d'évaluer de manière appropriée et répondre aux besoins de santé des patients et des populations desservies.	• Communiquer ses rôles et responsabilités clairement aux patients, aux familles et aux autres professionnels. • Reconnaître les limites de ses compétences, ses connaissances et ses capacités. • Engager divers professionnels de la santé qui vont compléter sa propre expertise professionnelle, ainsi que les ressources associées, afin d'élaborer des stratégies pour répondre aux besoins de soins spécifiques des patients. • Savoir expliquer les rôles et responsabilités des autres fournisseurs de soins et comment l'équipe travaille ensemble pour fournir des soins. • Utiliser l'éventail complet des connaissances, des compétences et des capacités des professionnels de la santé et les travailleurs de la santé pour fournir des soins sûrs, rapides, efficaces, efficients et équitables. • Communiquer avec les membres de l'équipe afin de clarifier la responsabilité de chaque membre dans l'exécution du plan de soins ou dans les interventions de santé publique. • Nouer des relations d'interdépendance avec les autres professions pour améliorer les soins et apprentissage avancé. • S'engager dans le développement professionnel et interprofessionnel continu, pour améliorer les performances de l'équipe. • Utiliser les capacités uniques et complémentaires de tous les membres de l'équipe pour optimiser les soins aux patients.

3. Communication interprofessionnelle **Compétence générale :** Communiquer avec les patients, les familles, les collectivités et les autres professionnels de la santé d'une manière sensible et responsable qui soutient une approche d'équipe pour le maintien de la santé et le traitement des maladies.	• Choisir des outils et des techniques de communication efficaces pour faciliter les discussions et les interactions qui améliorent la fonction de l'équipe, y compris les systèmes d'information et des technologies de communication. • Organiser et communiquer des informations avec les patients, les familles et les membres de l'équipe de soins de santé d'une manière compréhensible, en évitant les termes propres à la discipline lorsque cela est possible. • Exprimer les connaissances et opinions entre les membres de l'équipe impliqués dans les soins aux patients. Et ce en toute confiance, avec clarté et respect, afin d'assurer une compréhension commune de l'information, le traitement et les décisions de soins. • Écouter activement et encourager les idées et les opinions des autres membres de l'équipe. • Fournir en temps utile, des commentaires pédagogiques et avec respect aux autres membres de l'équipe sur leur performance. • Utiliser un langage respectueux approprié pour une situation donnée difficile, une discussion importante, ou des conflits interprofessionnels. • Reconnaître comment son propre caractère, y compris son niveau d'expérience, d'expertise, sa culture, ainsi que l'énergie et la hiérarchie au sein de l'équipe, contribuent à une communication efficace, la résolution des conflits, et des relations interprofessionnelles de travail, positives (Université de Toronto, 2008). • Communiquer constamment l'importance du travail d'équipe dans les soins centrés sur le patient et axé sur la collectivité.
4. Travail d'équipe **Compétence générale :** Appliquer des valeurs qui renforcent les relations et les principes d'une équipe dynamique pour mener à bien les différents rôles de l'équipe, pour planifier et offrir des soins au patient ou centrés sur une population, de manière sûre, rapide, efficace, et équitable.	• Décrire le processus de développement de l'équipe, ainsi que les rôles et les pratiques des équipes efficaces. • Établir un consensus sur les principes éthiques pour guider tous les aspects des soins aux patients et du travail d'équipe. • Engager d'autres professionnels de la santé axés sur la résolution de problème à partager son point de vue sur la prise en charge des situations spécifiques. • Intégrer les connaissances et l'expérience des autres professions pour éclairer les décisions de soins, tout en respectant les patients, leurs valeurs leurs priorités / préférences pour les soins. • Appliquer les pratiques de leadership qui appuient la pratique en collaboration et l'efficacité de l'équipe. • S'engager soi-même et les autres pour gérer de manière constructive les désaccords sur les valeurs, les rôles, les objectifs et les actions qui surviennent chez les professionnels de la santé ainsi qu'avec les patients et les familles. • Partager la responsabilité avec d'autres professions et ainsi qu'avec les patients pour les assurer résultats des soins satisfaisants. • Réfléchir sur la performance individuelle et collective puis l'améliorer. • Utiliser des stratégies d'amélioration des processus pour augmenter l'efficacité de la collaboration interprofessionnelle et les soins en équipe.

	• Utiliser les données disponibles pour le travail d'équipe efficace et les pratiques en équipe. • Travailler efficacement en équipe et dans différents rôles de l'équipe dans une variété de contextes.

Référence :

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011). Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice : *Report of an Expert Panel*. Washington, D.C. : Interprofessionnal Education Collaborative

Rapport-Gratuit.com

Appendice C

Tableau récapitulatif des études sélectionnées

Auteurs	Titre et journal	Année	Pays	Devis	Echantillon	But
Pfaff, Baxter, Jack., & Ploeg	Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: A mixed methods study. International Journal of Nursing Studies	2014	Canada Ontario	Devis mixte séquentiel explicatif (QUAN vers qual)	Phase QUAN: 514 ND par un programme baccalauréat, employées en temps qu'infirmières diplômées depuis 3 ans ou moins. Phase QUAL : 13 ND des 514 précédentes plus 3 nouvelles	Explorer la confiance nécessaire pour s'engager dans la collaboration interprofessionnelle chez les ND le but est de décrire et expliquer des relations dans le phénomène complexe de l'interdisciplinarité.
Laschinger & Smith	The Influence of Authentic Leadership and Empowerment on New-Graduate Nurses' Perceptions of Interprofessional Collaboration:	2013	Canada Ontario	Devis corrélationnel prédictif	Echantillon de 194 ND tiré d'une ancienne étude faite sur 342 ND	Examiner les perceptions des ND sur l'influence d'un Leadership authentique et d'un empowerment structurel sur la qualité de la CIP dans l'environnement de travail
Pfaff, Baxter, Jack, & Ploeg	A mixed methods exploration of the team and organizational factors that may predict new graduate nurse engagement in collaborative practice,	2013	Canada Ontario	Devis mixte séquentiel explicatif	Phase QUAN: 514 ND par un programme baccalauréat, employées en temps qu'infirmières diplômées depuis 3 ans ou moins. Phase QUAL : 13 ND des 514 précédentes plus 3 nouvelles	Comprendre quelles sont les facteurs d'influence positive (d'équipe et organisationnels) à l'engagement des ND dans le monde de la pratique collaborative
Schwartz, Wright, & Lavoie-Tremblay	New Nurses' Experience of Their Role Within Interprofessional Health Care Teams in Mental Health.	2011	Canada	Devis descriptif	10 ND ayant entre 5 et 18 mois de pratique, dont 7 avec licence (registered nurses) et 3 en attente de licence (registered nurses candidates).	Explorer la façon dont les nouvelles diplômées vivent l'expérience du travail dans au sein d'une équipe interprofessionnelle dans un organisme de santé mentale.
Stiles, Horton-Deutsch & Andrews	The Nurse's Lived Experience of Becoming an Interprofessional Leader.	2014	Etats-Unis	Devis phénoménologique interprétatif	8 infirmières expérimentées	Savoir comment, le fait de devenir un leader interprofessionnel, est-il vécu et expérimenté par les infirmiers.
Hopkins & Bromley	Preparing New Graduates for Interprofessional Teamwork: Effectiveness of a Nurse Residency Program.	2016	Etats-Unis	Devis transversal	149 infirmières. 35 d'entre elles ont 1 an ou moins d'expérience en soins infirmiers et 114 ont au moins 2 ans d'expérience.	Déterminer si un suivi de l'institution est utile aux ND afin d'améliorer leurs compétences dans la pratique de la CIP.

Appendice D

Grilles d’analyses

Grille de lecture d'un article scientifique

Approche qualitative

Aspects du rapport	**Contenu de l'article**
Références complètes	Pfaff, K. A., Baxter, P. E., Jack, S. M., & Ploeg, J. (2014). Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(8), 1142–1152.
Résumé	**Contexte** : La confiance est nécessaire pour un engagement efficace dans la collaboration interprofessionnelle CIP). Les nouvelles infirmières diplômées (ND) manquent souvent de confiance dans les interactions interprofessionnelles, et cela peut compromettre la qualité et la sécurité des soins prodigués. **Objectif :** L'objectif global de cette étude était d'explorer la confiance des ND dans la CIP **Design :** Un devis mixte séquentiel explicatif a été utilisé. **Méthode :** 514 ND de l'Ontario au Canada ont participé à une enquête descriptive transversale en 2012. Le questionnaire a mesuré la confiance perçue par les ND dans la CIP et plusieurs facteurs s'y rattachant. Des entretiens téléphoniques qualitatifs ont été menés ensuite avec 16 ND. **Résultats :** Les conclusions quantitatives ont suggéré que plusieurs facteurs ont un rapport positif avec la confiance des ND dans la CIP: la disponibilité et l'accessibilité du directeur, la disponibilité et l'accessibilité de l'éducateur (infirmière formatrice), le nombre de disciplines différentes avec qui travailler au quotidien, le nombre de stratégies d'équipe et la satisfaction de l'équipe. La phase qualitative a confirmé les conclusions quantitatives et a aussi fourni des nouvelles informations : l'expérience, la connaissance, le respect, les personnes de soutien et les occasions de collaborer ont été perçus comme des facteurs facilitants. Pour les éléments difficiles, les ND ont parlé du manque d'expérience, manque de connaissance, défis de communication et les attentes exigeantes de la pratique. Les conclusions finales se rapportent à l'équipe et au soutien dans l'organisation et le développement des ND. **Conclusion :** Les interventions qui apportent un soutien à la CIP au niveau de l'équipe et de l'organisation, et développe les connaissances et l'expérience des ND en ce qui concerne la pratique de la collaboration, sont essentiels pour améliorer la confiance des ND dans la CIP.
Introduction Enoncé du	La collaboration interprofessionnelle joue un rôle important dans la sécurité et la qualité des soins en diminuant la morbidité et la mortalité des patients (Organisation Mondiale de la Santé, 2010) par des temps d'attente moins long,

problème	l'amélioration des soins de santé dans les campagnes et les milieux isolés, l'amélioration de la gestion des maladies chroniques, et en favorisant la sécurité des patients et des lieux de travail sains (santé interprofessionnelle canadienne de collaboration, 2009). Aiken suggère en outre que l'investissement dans la collaboration interprofessionnelle peut augmenter l'embauche et le maintien des infirmières sur leur place de travail (Aiken et al., 1999, santé interprofessionnelle canadienne de collaboration, 2009 et Organisation Mondiale de la Santé, 2010). La confiance nécessaire pour travailler avec d'autres disciplines professionnelles est une condition requise pour la collaboration interprofessionnelle (Henneman et al., 1995). Le manque de confiance peut affecter négativement les soins (Ulrich et al, 2010) et entraver la collaboration (Henneman et al, 1995). Dans le cas des ND, de nombreuses études ont indiqué qu'elles manquaient de confiance dans la CIP (Boswell et al., 2004, Casey et al., 2004 et Fink et al., 2008) et évitaient délibérément les interactions avec les autres professionnels (Dyess et Sherman, 2009). La première année de pratique est un défi pour beaucoup de ND, en particulier parce qu'elles essaient de développer de la confiance et de l'assurance dans ce qu'elles font. Bien que de nombreuses ND disent se sentir confiantes lors de leur entretien d'embauche, cette confiance s'affaiblit souvent au cours des premiers mois et même jusqu'à la fin de la première année. Malheureusement, la plupart des programmes académiques présentent des opportunités limitées pour les ND, de développer leur confiance dans la CIP. Cette préparation lacunaire a pour conséquence un manque de confiance persistant durant la période de transition. Une revue suggère que selon le parcours de la ND et si aucune éducation à la CIP a été suivie (Rusch et al., 2013) ceci peut mettre en échec la préparation adéquate de la ND pour la pratique collaborative. Pour les ND, ce manque de préparation peut aussi être un challenge. Bien que la majorité reconnaisse l'importance du travail d'équipe, elles rapportent un manque global de confiance dans la communication avec les médecins et dans la délégation des soins aux autres membres de l'équipe. Tandis que la plupart des ND espèrent que leur confiance dans la CIP augmentera avec l'expérience, cette compétence lacunaire requiert des interventions axées sur le soutien. Une compréhension complète des facteurs qui influencent la confiance des ND dans leur capacité à s'engager dans la CIP n'est actuellement pas connue, mais est requise pour leur permettre de pratiquer des soins de qualité en toute sécurité.
Recension des écrits	La recension des écrits n'est pas explicitée clairement mais peut s'apercevoir dans l'énoncé du problème.
Cadre théorique ou	la confiance nécessaire pour s'engager dans la collaboration interprofessionnelle chez les ND qui travaillent dans les soins de courte durée, de communauté et de secteurs des soins de maintien à long terme aigu et complexe.

conceptuel	
Question de recherche	**Question quantitative :** Quels facteurs influencent la confiance perçue nécessaire pour s'engager dans la collaboration interprofessionnelle par les ND employées dans divers secteurs de soins ?
	Question qualitative : Quels sont les facteurs qui influencent la confiance des ND dans leur engagement dans la collaboration interprofessionnelle (facteurs facilitants et facteurs défiants) ?
Méthodes Tradition et devis de recherche	Un devis mixte séquentiel explicatif a été utilisé (QUAN → qual) pour explorer la confiance nécessaire pour s'engager dans la collaboration interprofessionnelle chez les ND qui travaillent dans les soins de courte durée, la santé communautaire, et de secteurs de soins aigu et complexe, il vise à décrire et à expliquer des relations dans un phénomène complexe.
Population et contexte	**Contexte :** Province de l'Ontario au Canada entre avril et décembre 2012
	Population : 1603 ND ayant été enregistrées à l'école d'infirmière de l'Ontario entre 2009 et 2011 ont participés à la phase quantitative. Puis 16 ND ont été sélectionnées pour répondre à la phase qualitative, toujours de l'école d'infirmière d'Ontario. Inclusion : L'inclusion se limite à des personnes qui ont obtenu leur diplôme dans un programme de baccalauréat en soins, sont employées en temps qu'infirmière en Ontario, au Canada et ont trois ans ou moins d'expérience infirmière.
Collecte des données et mesures	**Quantitative :** L'analyse des données quantitatives a été réalisée en utilisant le logiciel statistique SPSS 19. Après la saisie des données, la base de données a mis un filtre pour viser la normalité, les valeurs aberrantes et les données manquantes. Les données ont été traitées en conséquence (El-Masri et Fox-Wasylyshyn, 2005 et Munro Hazard, 2005). Les statistiques descriptives comprenaient des fréquences, des pourcentages, des médianes, des moyennes et des écarts – types.
	Qualitative : L'analyse de données qualitative a été conduite en même temps que la collecte de données (Thorne, 2008), et elle a été continuellement focalisée sur la question de recherche. Un codebook a été établi pour faciliter le codage. Deux membres de l'équipe de recherche ont indépendamment lu et codé trois transcriptions. Toutes les données ont été transcrites mot pour mot et électroniquement transférées par logiciel NVivo 10. Cet outils d'analyse qualitative a soutenu la récupération, l'organisation et le codage des données mais n'a pas empêché la lecture critique et le codage manuel par les chercheurs. Le processus a impliqué une méthode comparative constante

	(Corbin et Strauss, 2008) pour réduire, montrer, et tirer des conclusions au sujet des données (Miles et Huberman, 1994) en restant ouvert aux modèles et aux liens entre les données (Thorne). Les données ont été fusionnées et mise côte à côte (Creswell et Plano Clark, 2007) pour soutenir l'interprétation des résultats globaux.
Déroulement de l'étude	**Quantitative :** Les questionnaires ont été envoyés à 1556 ND dont les adresses postales ont été obtenues par Collège d'Infirmiers d'Ontario, le corps de contrôle pour tous les infirmières reconnues par une licence après leur diplôme en Ontario, Canada. L'enquête a été conçue par les chercheurs et est basée sur une recension des (Pfaff et autres, 2013a). Pour l'échantillon, il a été pris en compte les facteurs démographiques ainsi que les facteurs que les participants ont proposés comme pouvant influencer la confiance dans la collaboration interprofessionnelle, telle que la longueur de l'emploi, le nombre de disciplines avec qui ils sont amenés à travailler au quotidien et le fait d'avoir un précepteur ou une expérience clinique de mentorat. Les participants ont aussi été invités à fournir des commentaires écrits à la fin de l'enquête. Les commentaires pertinents ont été analysés avec les données qualitatives dans la phase deux. Pour maximiser le taux de réponse, des rappels ont été envoyés aux participants peu réceptifs (Dillman, 2000). Le taux de réponse a été de 43 % sans compter les questionnaires non valides. L'échantillon final a inclus 514 nouveaux infirmiers diplômés. **Qualitative :** Un guide semi-structuré d'entrevue avec des questions ouvertes a été conçu dans le but de focaliser la discussion sur la question de recherche. L'essai pilote du guide d'entrevue a été fait avec trois ND pour évaluer le contenu, la clarté et l'obtention des données nécessaires pour aborder la question de recherche. Le guide a subi des révisions mineures basées sur cette rétroaction. Le processus d'entrevue était flexible, et des nouvelles questions ont été formulées à partir des réponses et la rétroaction des participants. Des entrevues ont été conduites par téléphone et ont duré entre 45 et 60mn. Les entrevues ont été enregistrées, et des notes ont été prisent pour garder une trace des analyses à l'intention des chercheurs. La collecte de données a continué jusqu'à la saturation des données.
Rigueur	Crédibilité : test de rang de spearman et de kendall, u de mann Whitney Fiabilité : Les comportements non-verbaux qui sont des données importantes pour la phase qualitative n'ont pas pu être observé car les données ont été recueillies par téléphone et les expériences rapportées pouvaient s'être passées ultérieurement au temps de l'étude ce qui peut fausser les résultats. Transférabilité : La transférabilité des découvertes est limitée au niveau Bachelor des nouvelles infirmières diplômées. Confirmabilité : Les données sont neutres mais peuvent être biaisée par le facteur du temps car les expériences

	relatées par les nouvelles diplômées peuvent être ultérieure au temps de l'étude et donc fausser les statistiques.
Résultats Traitement des données	**Quantitative :** Le tableau 2 nous montre la différence dans le taux de confiance perçu des ND dans la CIP selon le domaine de soins. Les ND employées dans le secteur de soins intensifs ont rapporté des niveaux de confiance plus hauts en comparaison à ceux dans les soins communautaires et à ceux travaillant dans des secteurs de soins dans la durée. Il n'y avait aucune différence significative basée sur le sexe des participants, sur une carrière précédente dans un domaine médical ou non, le fait de travailler dans plus de un secteur ou sur un secteur fixe, la participation ou non à une orientation formelle, le préceptorat ou mentorat. Les découvertes dans le tableau 3 indiquent sept variables qui ont une relation statistiquement significative avec la confiance en collaboration interprofessionnelle parmi les ND : la proximité du Formateur [1], l'accessibilité de l'éducateur, la proximité du directeur(manager), l'accessibilité du directeur(manager), le nombre de stratégies d'équipe, le nombre de disciplines avec qui ils sont amenés à travailler au quotidien et la satisfaction d'équipe. **Qualitative :** L'analyse qualitative a suggéré un certain nombre de facteurs qui explique cette confiance ou non dans la collaboration interprofessionnelle
Présentation des résultats	**<u>Facilitateurs :</u>** Les ND disent que le soutien de l'équipe et des leaders facilite la confiance à s'engager dans la collaboration interprofessionnelle. Le fait d'avoir l'opportunité de participer à des réunions formelles ou informelles de l'équipe interprofessionnelle permet à la ND d'augmenter son sentiment de confiance face aux membres de l'équipe interprofessionnelle. Le sentiment de satisfaction dans l'équipe provient du sentiment de respect dans les relations avec les membres de l'équipe interprofessionnelle. Bien qu'il n'y ait pas une relation significative entre les mois d'expérience et le niveau de confiance dans la collaboration interprofessionnelle, les résultats qualitatifs suggèrent que l'expérience influence la pratique collaborative mais pas en fonction de la durée de l'expérience. L'expérience personnelle permet de mûrir et d'acquérir des compétences dans la collaboration interprofessionnelle. **Le soutien :** Les ND disent que le fait d'être soutenues facilite leur confiance dans leur engagement dans la CIP et qu'elles se sentent soutenues par leur mentor ou leur référent. Les membres de l'équipe interprofessionnelle sont

[1] Infirmière clinicienne avec un master qui travaille dans un secteur de formation en hôpital.

	aussi perçus par la ND comme lui permettant d'augmenter sa confiance dans la CIP. Le soutien est un mot-clé des différents entretiens effectués dans cette étude et est un élément crucial pour une bonne transition des ND. **Le respect :** Selon les ND des relations respectueuses avec les autres membres de l'équipe interprofessionnelle est un facteur clé pour gagner de la confiance dans la CIP. **L'opportunité de collaborer** : Le fait d'avoir l'opportunité de collaborer de façon formelle ou informelle avec l'équipe interprofessionnelle permet à la ND de rencontrer différents professionnels, d'apprendre à connaître leur rôle dans l'équipe et la prise en charge du patient ainsi que de faire partie du processus de décision. La confiance augmente avec le temps et l'expérience. **L'expérience :** Les participantes qui ont pu avoir une éducation à la CIP en tant qu'étudiantes disent l'avoir perçu comme une expérience positive qui les a aidées à comprendre le rôle des autres professionnels ainsi que de gagner des compétences dans la communication interprofessionnelles. Le fait de gagner de l'expérience dans les soins et d'avoir plus d'assurance dans la CIP est perçu comme augmentant la confiance de la ND à collaborer. A travers l'expérience, la ND se rend compte de la crédibilité de ses connaissances et cela lui permet de proposer des pistes d'interventions pour le plan de soins du patient. Le fait d'avoir l'opportunité de travailler à plusieurs reprises en CIP permet aussi à la ND de gagner en confiance. La plupart des ND aurait souhaité être mieux préparée à la CIP avant leur diplôme. En effet, de devoir apprendre par l'erreur en pratiquant n'est pas un sentiment confortable pour les ND qui regrettent de vivre ces mauvaises expériences. **Les connaissances :** Les connaissances permettent à la ND de se sentir plus confiante dans la CIP. Selon les ND la confiance a été atteinte par la connaissance des autres disciplines, de leur rôle et de comment et quand collaborer avec un autre membre. Pour la plupart des ND cette compétence a été atteinte de façon informelle en discutant et en posant des questions aux autres professionnels. Les connaissances cliniques sont aussi perçues comme un facteur facilitant la confiance de la ND en CIP. De la même manière, d'avoir une expérience clinique et de posséder des connaissances permet à la ND d'échanger des informations avec les autres professionnels de manière plus confiante. Ces connaissances permettent à la jeune diplômée d'avoir la réponse aux questions des autres membres de la CIP. **Défi :** les difficultés de la collaboration interprofessionnel selon les ND sont : le manque d'expérience, le manque de connaissance, les défis de communication, de répondre aux attentes de la pratique. Ces difficultés proviennent des facteurs organisationnels auxquels les ND sont exposés ainsi que le facteur de l'équipe.

	Le manque de respect : Le fait de ne pas être respectées et d'être toujours mise à l'épreuve par les autres membres de l'équipe interprofessionnelle induit un manque de confiance dans l'engagement de la ND dans la CIP. **Le manque d'expérience** : Le fait de ne pas avoir suffisamment l'opportunité de travailler en CIP rend cette collaboration difficile et reste perçu comme un obstacle par les ND. **Le manque de connaissances :** Un manque de connaissances de l'équipe et de son organisation augmente les difficultés de la ND à travailler en CIP et cela affaibli sa confiance. Le manque de connaissances clinique est inconfortable pour les ND lorsqu'elles interagissent avec les autres membres de l'équipe car elles ont l'impression de ne pas être à la hauteur et cela les rend moins confiantes. **Les attentes de la pratique :** Les ND disent devoir se démener pour atteindre les attentes de la pratique. Cela inclut le fait de devoir faire face aux attentes que les ND s'imposent elles-mêmes ainsi que celles des autres professionnels. Cette dualité impact négativement la confiance des ND dans la CIP. L'engagement dans la CIP est vécu comme un stress supplémentaire pour les ND.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Cette étude mixte est la première à fournir une exploration complète de la confiance perçue par les ND dans la CIP. La CIP est d'ailleurs une priorité internationale de système de santé (l'Organisation Mondiale de la Santé, 2010). Le soutien est un thème clé qui a été identifié par d'autres chercheurs comme un élément crucial de transition réussie de l'étudiante à l'infirmière professionnelle (Cho et al., 2006; Duchscher, 2001; McKenna et Newton, 2007; Oermann et Moffitt-loup, 1997). Les découvertes suggèrent que le soutien de l'équipe sous forme de leadership est requis au niveau de l'organisation pour promouvoir la confiance de la ND. Ces découvertes sont compatibles avec Cockerham et ses collègues (2011) qui ont rapporté que d'exposer les ND à des leaders formels, y compris des directeurs, des éducateurs et des infirmières référentes peut augmenter leur confiance dans la communication. Les résultats de cette étude offrent de nouvelles et importantes stratégies pour soutenir cette confiance. Les découvertes globales indiquent que le soutien de l'équipe et l'organisation de la direction(le leadership) peuvent influencer la confiance de la nouvelle diplômée. De plus, l'analyse qualitative suggère que les connaissances nouvelles de la ND et l'expérience doivent être reconnues comme les facteurs clés qui sont associés aux niveaux de confiance des ND dans la CIP. Ces découvertes sont particulièrement pertinentes pour les institutions et les secteurs qui emploient des ND ainsi les institutions universitaires qui fournissent l'enseignement. Les analyses quantitatives et qualitatives valident le lien entre différents facteurs et la confiance qu'ont les ND à

Support-Gratuit.com

	assurer au niveau de la collaboration interprofessionnel. Dans cette étude, le niveau de confiance relevé par les ND dans la CIP était moyennement élevé. Ceci est expliqué par l'expérience moyenne de pratique de 22 mois parmi les participantes à l'enquête, et durant ce temps, les compétences liées à la collaboration interprofessionnelle et à l'expérience clinique étaient susceptibles d'augmenter. Cette explication a été validée par les entretiens, où les participantes ont rapporté que la confiance dans la CIP a augmenté avec l'expérience. Ces découvertes de niveau de confiance sont aussi compatibles avec d'autres études (Casey et d'autres. 2004 Ulrich et al., 2010). Néanmoins, les ND qui ont travaillé dans les soins aigus, communautaire et de long terme ont rapporté des niveaux sensiblement plus bas de confiance en CIP. Bien que le préceptorat et le mentorat n'aient pas de relation significative avec la confiance des ND en CIP, les participantes interrogées ont perçu les précepteurs, les mentors comme personne de soutien pour augmenter leur confiance dans la CIP. Les participantes qui ont rapporté des périodes de suivi raccourcies, moins de contacts avec la direction et moins d'occasions formelles de participer à la CIP dans ces secteurs indiquent que ces facteurs peuvent avoir affecté leur confiance à s'engager dans la CIP. Cette découverte qualitative est compatible avec la nouvelle littérature qui indique aussi une relation entre le préceptorat, le mentorat et la pratique collaborative (Cantrelle et le Browne, 2005; Chandler, 2012; Olson, 2009; Reddish et Kaplan, 2007; Wright et d'autres. 2011). L'enseignement et la formation de précepteurs et des mentors sont essentiels; des précepteurs pas qualifiés et inexpérimentés peuvent diminuer le niveau de confiance des ND (Johnstone et al., 2008).

Perspectives	Globalement, les besoins de santé des clients deviennent de plus en plus complexes et les soins sont fournis par différents professionnels de la santé. Cela augmente les difficultés pour une jeune infirmière diplômée de travailler en interprofessionnalité car elle doit faire face à une multitude de professions différentes et variées et fournir des soins de santé de qualité à travers tous les arrangements et secteurs de soin.
Questions générales Présentation	L'article est présenté de manière claire et minutieuse et se prête à une analyse critique.
Evaluation globale	L'article est pertinent pour la recherche.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2ème éd.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative

Références de l'article analysé : Pfaff, K. A., Baxter, P. E., Jack, S. M., & Ploeg, J. (2014). Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(8), 1142–1152.					
Aspects du rapport	**Questions**	**oui**	**Non**	**Peu clair**	**Commentaires**
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de comprendre le but de l'étude sans avoir lu le résumé
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé synthétise clairement les principales parties des recherches et permet de se faire une idée de la méthode utilisée.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le problème est clairement défini par les deux questions de recherches qui ont guidé la recherche.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Oui, la première partie de l'article donne un point de vue global de l'état des connaissances sur la collaboration interprofessionnelle au niveau de la littérature.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Le cadre conceptuel se retrouve dans le design et la méthode : la confiance nécessaire pour s'engager dans la collaboration interprofessionnelle chez les nouvelles infirmières diplômées qui travaillent dans les soins de courte durée, de communauté et de secteurs des soins de maintien à long terme aigu et complexe. Ce qui englobe les concepts de confiance,

					d'engagement, d'interprofessionnalité,
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Oui les questions de recherches sont clairement formulées pour la phase quantitative et qualitative
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Oui elles découlent toutes les deux de l'état des connaissances et surtout de ce qui manque à l'état des connaissances pour améliorer les stratégies.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X X X			Le devis de recherche est décrit précisément et les méthodes de recueille des données correspond à la tradition de recherche utilisée lors d'un devis mixte séquentiel explicatif a (QUAN ➔ qual). Le temps passé sur le terrain est en adéquation avec le devis de recherche.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			L'échantillon et le cadre sont détaillés par un texte mais aussi à l'aide d'un tableau qui explique clairement les critères d'inclusions et d'exclusions.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			Les chercheurs ont saturés les données lors de la phase qualitatives.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Chaque instrument de collecte des données est décrit clairement ainsi que la méthode d'analyse.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Oui car la phase qualitative vient appuyer les données recueillies dans la phase quantitative selon des questionnaires. De plus, les questions posées dans la phase qualitative grâce à des interviews personnalisées basé sur le questionnaire sont tirées des résultats de la phase quantitative.

Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X X			L'éthique a été approuvée par deux universités et des consentements écrits et oraux ont été demandés aux participants. Et tous les participants ont reçu par la poste une enveloppe préaffranchie pour renvoyer un consentement écrit si celui-ci n'avait été donné que par oral.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Les chercheurs expliquent que cette étude n'est transférable que pour des infirmières d'un niveau bachelor. La crédibilité est démontrée.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Oui elles sont suffisamment décrites et expliquées.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés sous formes de tableaux et de texte.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Oui les résultats sont interprétés selon des données statistiques nationales.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?			X	La recherche décrit les items important pour la confiance de la ND dans la collaboration interprofessionnelle et relève son importance en générale mais fait plutôt une suggestion qu'une généralisation.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limitations de l'étude sont décrites et expliquées.

Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			X	Les chercheurs ne traitent pas des conséquences de l'étude mais plutôt de l'intérêt d'amener des stratégies aux nouvelles diplômées.
Aspects du rapport	**Questions**	**oui**	**Non***	**Peu clair***	***Commentaires**
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien structuré et chaque paragraphe permet de se prêter à une analyse critique minutieuse.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	L'étude explique les facteurs qui aide la nouvelle diplômée à avoir confiance pour s'engager dans la collaboration interprofessionnel mais de donne pas d'interventions pour la pratique.

Référence bibliographique :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Grille de lecture d'un article scientifique

Approche qualitative

Aspects du rapport	**Contenu de l'article**
Références complètes	Pfaff, K. A., Baxter, P. E., Jack, S. M., & Ploeg, J. (2013). A mixed methods exploration of the team and organizational factors that may predict new graduate nurse engagement in collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 28:2, 142-148. doi: 10.3109/13561820.2013.851072 Lieu de l'étude : Ontario, Canada Katryn Pfaff : infirmière enseignante à l'université de Windsor attitré d'un doctorat en philosophie des soins (Windsor en Ontario, CA). Pamela Baxter : infirmière enseignante dans la formation de base et continue des infirmières, candidate au doctorat à la McMaster University Jenny Ploeg : infirmière enseignante à la McMaster University (CA), spécialiste dans la santé communautaire et soins à la personne âgée, doctorante. Susan Jack : infirmière candidate au doctorat et professeur à la McMaster University. Focus : santé communautaire et publique, familiale.
Résumé	**Contexte** : la collaboration interprofessionnelle est un soutien au processus de transition de la nouvelle diplômée (ND) mais il n'est pas dit dans la littérature, comment il est possible de soutenir son engagement dans cette pratique. **Objectif** : Le but de l'étude étant de comprendre quels sont les facteurs d'influence positive (d'équipe et organisationnels) à l'engagement des ND dans le monde de la pratique collaborative **Méthode** : mixte **Résultats** : Les stratégies prioritaires visant à soutenir l'engagement des ND dans la pratique collaborative sont la promotion d'un leadership accessible, des modèles de préceptorats et mentorats de qualité, l'intégration de stratégies de « face à face » et un environnement ainsi qu'une équipe soutenante et valorisante.

	Conclusion : l'article permet de connaître les stratégies visant à soutenir l'engagement des ND dans la pratique collaborative, mais l'effet de leur engagement sur leur maintien dans la profession n'a pas été expliqué et nécessite davantage de recherches. **Mots clés** : soins interprofessionnels, collaboration interprofessionnelle, description interprétative, méthode mixte, prédicteurs, socialisation professionnelle.
Introduction Enoncé du problème	Le recrutement et le maintien des infirmières dans le métier, sont une réelle priorité de santé et de ressources humaines. Les ressources humaines de la santé recommandent de maintenir un approvisionnement constant de ND infirmières comme stratégie contre la pénurie de personnel. Les pratiques collaboratives seraient visiblement un facteur protecteur et de bonne influence à la « rétention » des ND dans la profession, même si le mécanisme exact ainsi que les détails de ce phénomène ne sont pas scientifiquement expliqués.
Recension des écrits	Les taux de burnout chez les ND s'élève entre 30 et 60% dans les 2 premières années de pratique. Ce problème pourrait être évité par l'engagement du nouveau personnel dans une pratique collaborative, ce qui peut à son tour soutenir leur maintien à leur place de travail. Il est déjà connu que le respect, le soutien informel et la confiance, sont des facilitateurs à l'engagement des ND dans une pratique collaborative. Il y a également une corrélation importante entre un environnement de travail soutenant et le sentiment d'appartenance à une équipe. La transition des ND peut être favorisée par son engagement dans une pratique collaborative, tout comme par le préceptorat ou le mentorat (encadrement par une personne chargée de l'éducation), des programmes d'orientation, etc. Mais aucune de ces informations n'a été directement étudiée, au contraire elles sont plutôt des résultats secondaires d'études. C'est justement une meilleure compréhension des indicateurs organisationnels et relatifs à l'équipe en ce qui concerne l'engagement des ND dans une pratique collaborative, qui va permettre de développer et tester des interventions.
Cadre théorique ou conceptuel	Pratique collaborative : Elle se réfère à plusieurs fournisseurs de soins de santé de différents milieux professionnels qui travaillent ensemble pour offrir des soins de qualité aux patients, aux familles et aux communautés dans divers secteurs de soins et établissements (OMS, 2010). Pour cette étude, la majorité des secteurs de soins sont aigus, et les interactions collaboratives étudiées, concernent davantage celles entre le médecin et l'infirmière.

Question de recherche	But de l'étude : décrire les facteurs organisationnels et d'équipe qui promeuvent l'engagement des nouvelles diplômées dans la pratique collaborative.
	Question de recherche : Quels facteurs organisationnels et d'équipe favorisent l'engagement des nouvelles diplômées dans la pratique de collaboration à travers divers secteurs de santé ?
Méthodes Tradition et devis de recherche	**Méthode mixte**. Permet de mieux traiter les questions de recherche exploratrices et explicatives. Le devis est adapté car les caractéristiques des participants de la phase quantitative (1) guideront ensuite l'échantillonnage de la phase qualitative (2). 1 : enquête transversale exploratrice de 514 ND en Ontario, Canada 2 : vise à expliquer et élargir les résultats de la phase Utilisation de la méthode descriptive d'interprétation pour éclairer les décisions méthodologiques. Méthode utile pour une meilleure compréhension de la littérature liée à un phénomène.
Population et contexte	Toutes les ND fraîchement enregistrées dans la province d'Ontario au Canada entre 2009 et 2011 ont reçu (après approbation éthique de 2 institutions universitaires) un questionnaire (enquête) par courrier. La liste d'adresse a été obtenue par le Collège des infirmières d'Ontario. La technique Dillmann a été utilisée pour optimiser le taux de rendement (= 3 envois effectués à différentes intervalles pour rappeler la personne concernée à participer) Echantillon final **quantitatif** (43% de participation) : 514 infirmières diplômées par un programme baccalauréat en sciences infirmières, étaient employées en temps qu'infirmières diplômées depuis 3 ans ou moins. (laps de temps nécessaire aux ND pour reconnaître le processus complexe de la pratique collaborative et aussi pour développer des compétences collaboratives.) Ces infirmières travaillaient dans des domaines variés : soins aigus, soins communautaires et soins de longue durée. Puis 13 participants ayant participé à l'enquête quantitative ont été ensuite recrutés pour former l'échantillon **qualitatif**. Ils ont été choisis en fonction des différents niveaux de confiance dans leur pratique collaborative (d'extrêmement confiant à extrêmement NON-confiant). 3 participants additionnels ont été recrutés par effet boule

	de neige mais sans avoir participé à l'enquête quantitative, seul leur niveau de confiance leur a été demandé.
	Finalement, l'échantillon **qualitatif** comprenait 16 ND infirmières provenant de divers endroits géographiques en Ontario, et qui étaient employées dans divers secteurs de santé : soins de courte durée (n = 9), communautaires (n = 4) et soins de longue durée (n = 3). La répartition de l'échantillon à l' égard de la confiance était: extrêmement confiant (n = 2), très confiant (n = 2), confiant (*n* = 6), non-confiant (n = 4) et extrêmement non-confiant (n = 2).
Collecte des données et mesures	La collecte de données s'est déroulée entre avril et décembre 2012. Il y avait deux volets dans l'enquête : **1. Partie quantitative** → Envoi d'un questionnaire démographique et d'une échelle d'évaluation de la pratique collaborative Questionnaire démographique : incluant différents facteurs comme des stratégies de groupe, la proximité et l'accessibilité à des leaders de la pratique professionnelle ainsi qu'à des « manager » (chefs de services, responsables), le nombre de disciplines différentes travaillant ensemble quotidiennement. Car ces facteurs ont préalablement démontré une influence sur l'engagement dans la pratique collaborative. Echelle d'évaluation de la pratique collaborative : (CPAT) utilisée pour mesurer l'engagement PERCU des nouvelles diplômées dans la pratique collaborative. (utile pour l'élaboration d'interventions visant l'amélioration de la pratique en collaboration) 56 items pour 9 domaines : 1.relations générales, 2.leadership d'équipe, 3.autonomie/responsabilités des rôles en général, 4.communication, échange d'informations, 5.rapports communautaires, 6.coordination des soins, 7.prise de décision, 8.gestion des conflits, 9.efficacité perçue, investissement des patients → les réponses étaient ensuite mesurées sur une échelle de 7 points allant de : totalement d'accord à pas du tout d'accord Le score de Cronbach alpha[1] mentionne une fiabilité acceptable et satisfaisante de la mesure quantitative faite avec le CPAT.

[1] Le coefficient alpha de Cronbach, parfois appelé simplement coefficient alpha, est une statistique utilisée notamment en psychométrie pour mesurer la cohérence interne (ou la fiabilité) des questions posées lors d'un test (les réponses aux questions portant sur le même sujet devant être corrélées). Sa valeur s'établit entre 0 et 1, étant considérée comme "acceptable" à partir de 0,7. Il permet donc l'estimation de la fidélité du score à un test. (wikipedia.org)

Support-Gratuit.com

	2. Partie qualitative Pour expliquer les résultats quantitatifs, des données subjectives ont été recueillies par des participants de l'enquête quantitative ayant manifesté un intérêt à continuer l'étude. → après consentement de chaque participant : un interview semi-structuré par téléphone (45-60') a été réalisé. Tout d'abord élaboré en fonction de la question de recherche et préalablement testé par 3 infirmières ND. Seules les notes pertinentes ont été considérées comme données et incluses dans l'interprétation des résultats. Chaque entretien a été retranscrit et résumé.
	Analyse des données Quantitatives : par un logiciel (SPSS 18) Qualitatives : en même temps que la récoltes de données → les données ont été retranscrites mot à mot, 3 retranscriptions ont été lues et codées par 2 membres de l'équipe de recherche à l'aide d'un dictionnaire de codage réalisé spécialement pour l'étude. Puis le logiciel Nvivo 10 a été employé pour améliorer la récupération des données codées. Après l'analyse des données quantitatives et qualitatives, les données ont été fusionnées de manière juxtaposée (side-by-side). Les thèmes identifiés dans la partie qualitative ont été interprétés avec le contexte quantitatif et utilisés pour expliquer les indicateurs organisationnels et d'équipe, influençant l'engagement des ND dans une pratique collaborative.
Déroulement de l'étude	La première phase a consisté en une enquête transversale exploratoire des infirmières ND en Ontario, au Canada. La deuxième phase, en une étude qualitative dont le but était d'expliquer et d'élargir les résultats de la phase quantitative de l'étude. Pour finir, la méthode descriptive d'interprétation a été utilisée pour éclairer les décisions méthodologiques dans la phase qualitative. Une vérification rétrospective a été faite pour documenter la « prise de décisions » en relation avec le processus de recherche.
Rigueur	Dans les deux volets de l'étude, la rigueur est de mise et s'exprime par : le score de Cronbach alpha, plusieurs « double-contrôles » ainsi que l'utilisation des systèmes de codage avec précaution afin de ne pas fausser les

	résultats ou induire une interprétation. Ceci permet également le transfert des résultats sur d'autres contextes.
Résultats Traitement des données	**Partie quantitative** : Dans cette étape, la moyenne d'âge des participants était de 29 ans, c'était pour la grande majorité des femmes, la durée moyenne d'expérience professionnelle est de 22.13 mois, avec 79,6% travaillant en soins aigus. Les participants ont reporté un niveau modéré d'engagement dans la pratique collaborative sans différence significative d'un secteur de soins à l'autre. L'analyse suggère que les indicateurs d'équipe et organisationnels à l'engagement des ND dans la pratique collaborative sont les suivants : 1. Satisfaction avec l'équipe 2. Accessibilité et proximité avec l'infirmière formatrice de l'unité (infirmière travaillant avec un degré d'éducation, détient une formation master), avec l'équipe 3. Accessibilité avec le chef d'équipe, responsable 4. Le nombre de stratégies d'équipe 5. La participation, l'implication d'un mentor et son expérience **Partie qualitative** : Six thèmes ont été identifiés par les participants à l'étude comme étant des facteurs d'influence positive à leur engagement dans une pratique collaborative. **Facteurs d'équipe** <u>Le respect des autres membres de l'équipe</u> = comportement collégial envers les membres des autres disciplines ou collègues quelque soit la désignation professionnelle, le rôle ou le mandat au sein de l'unité. Important dans tous les secteurs de soins. Mentionné également comme étant la base de relations humaines saines. Le respect est une prise de conscience et une compréhension du niveau de compétences et des lacunes dues au manque d'expérience des nouvelles diplômées.

	Le respect augmente le confort lorsque l'on s'engage avec d'autres professionnels, car cela enlève la pression de « devoir connaître la réponse » <u>Le soutien des autres membres de l'équipe interprofessionnelle</u> Avantage et but étant que tous les groupes professionnels reconnaissent le besoin d'apprentissage relatif à la pratique collaborative. Ce comportement inclut le partage des connaissances et expériences propres de chaque discipline et aide donc les ND à comprendre le champ d'action et de pratique de chaque professionnel. Les leaders favorisent également le développement de la ND. La ND perçoit alors dans ces leaders leur expertise sur le plan interprofessionnel, et sait donc vers qui se tourner en cas de difficultés ou simplement de doutes. Ces leaders sont également un soutien dans la prise de décision, car ont l'expérience de savoir à quel moment il faut se tourner vers tel ou tel professionnel. <u>La communication, les interactions en face à face avec l'équipe interprofessionnelle</u> Formelles : c'est à dire les colloques interprofessionnels, les rencontres d'équipe, les diverses séances de soins. Mais également le partage d'informations orales (transmissions orales et échanges qui permettent la réflexion et l'analyse à plusieurs.). Informelles : correspondant à des moments d'échange hors des temps de travail et également au sujet de choses diverses. Selon un témoignage : cela donne la possibilité de se sentir intégré dans le processus interprofessionnel mais également considéré par les autres professionnels. **Facteurs organisationnels** <u>Le leadership de soutien</u> C'est-à-dire le rôle que jouent les chefs de services ou autres responsables dans la promotion de relations positives à travers de fréquentes rencontres d'équipe, mais également à travers le soutien des besoins en apprentissage des ND. Certaine ND s'approchent des responsables également pour demander du soutien lors de conflits interprofessionnels, car c'est dans ces conditions que la ND est très désécurisée. <u>Accès aux préceptorats et mentorats formels</u> Donc à des programmes de mentorats permettant aux ND un soutien individuel par des infirmières expérimentées. Les mentors soutiennent les ND dans les aspects pratiques de la collaboration tels que la compréhension et la gestion du système et de la structure au sein de l'organisation interprofessionnelle. Les mentors cherchent des

	opportunités pour que les ND interagissent avec d'autres professionnels de la santé et les guident à articuler les bonnes informations à transmettre. Témoignage : permet de faire participer les ND durant les colloques, de donner des feedbacks du travail réalisé etc. <u>Temps consacré à la collaboration</u> Indépendamment du secteur, le défi est de trouver le temps pour collaborer. Si mis à disposition de manière officielle par l'institution ou le service, il représente un vrai facilitateur. Certaine personnes mentionnent devoir renoncer à leur pause pour assister aux colloques, d'autres disent ne pas pouvoir y participer en raison d'une trop grande charge de travail. **Les résultats de la partie quantitative fusionnés avec ceux ressortis dans la phase qualitative, sont les suivants :** Respect, soutien et opportunités → venant de l'équipe infirmière et l'équipe interprofessionnelle Les ressources organisationnelles, c'est-à-dire le leadership et la qualité des programmes de mentorat et de préceptorat.
Présentation des résultats	Les résultats quantitatifs sont exposés sous forme de tableau, un paragraphe détaille les données quantitatives de manière statistique. Les résultats qualitatifs sont développés sous forme de texte mentionnant également des témoignages des participants pour argumenter chaque facteur d'influence. Finalement un tableau comparatif entre les résultats quantitatifs et qualitatifs est exposé en mettant en valeur les résultats communs/partagés.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Cette étude fournit une compréhension nouvelle et compréhensible des facteurs relatifs à l'équipe et organisationnels qui soutiennent les ND dans leurs rôles et responsabilités inconnus, associés à la pratique de collaboration. → à noter que plusieurs secteurs de soins sont concernés par l'étude ce qui offre une pertinence large à plusieurs domaines. Uniquement 30% des résultats qualitatifs sont également expliqués par les résultats quantitatifs. Les causes sont

	notamment le fait qu'une grande quantité d'infirmiers de l'échantillon quantitatif travaillent dans des domaines aigus et ont davantage accès a des leaders de la pratique professionnelle, tout comme le fait que certaines thématiques n'ont pas été explorées dans les deux volets de l'étude. En effet, on ne trouve pas de leaders et d'infirmières formatrices dans les secteurs de soins de longue durée et soins communautaires. Différents résultats ressortent toutefois relevants et pertinents. **Satisfaction avec l'équipe** : Au niveau de l'équipe, il y a une relation importante entre la reconnaissance et le **RESPECT** de l'immaturité de la ND par les autres membres de l'équipe interprofessionnelle ASSOCIÉE à leur volonté de partager les connaissances spécifiques à leur profession. Le besoin continu de cultiver un **environnement de pratique positif** est aussi souligné (International Council of Nurses, 2007). Avec une recommandation particulière pour que l'équipe et les cultures organisationnelles promeuvent le **respect des nouvelles diplômées** dont l'expérience de la pratique collaborative en temps que pré-graduée a été très limitée. Les membres de toutes les disciplines de la santé doivent montrer des attitudes **respectueuses** lorsqu'ils interagissent avec cette population de novice. Egalement important est la **volonté de chaque professionnel à collaborer avec les autres** tout en soulignant l'importance de **délimiter son champ de pratique** et de communiquer ensemble. Soutien par les autres membres de l'équipe : Les ND doivent être encouragées à élargir leur champ d'expérience relative à la pratique collaborative par tous les autres professionnels de l'équipe. Les milieux optimaux pour la pratique collaborative doivent inclure des **colloques ou autres rencontres** où un **dialogue** peut avoir lieu. Les **échanges face à face** sont une grande opportunité pour les ND d'améliorer leur expérience dans le travail d'équipe (développement de stratégies). Ce qui va également leur permettre de développer leurs connaissances et leurs capacités et d'améliorer leur confiance en elles en regardant et écoutant les interactions des autres. Et finalement cela les aidera à avoir une voix active (membre actif) dans l'équipe interprofessionnelle

	Le **leadership organisationnel** est également une stratégie adaptée pour faciliter l'engagement des ND dans la pratique collaborative. C'est un soutien dans la modélisation du rôle propre de la ND et sa socialisation dans l'équipe interprofessionnelle. (Anderson et al., 2009 ; Schwartz et al., 2011 ; Seright, 2011) **Préceptorat ou mentorat** : Il est recommandé aux institutions et à tous les secteurs de soins d'intégrer des systèmes ou programmes de préceptorat ou mentorat pour les ND. De nombreuses études mentionnent que c'est une stratégie importante à la transition des ND (Anderson et al., 2009 ; Olson, 2009, ; Schwartz et al., 2011 ; Seright, 2011 ; Wright et al., 2011). Cette étude accentue leurs bienfaits sur la pratique de collaboration en mettant en relation la ND avec un initié (Schwartz et al., 2011) qui soutient l'assimilation de la ND dans la culture organisationnelle (Major, Kozlowski, Chao, & Gardner, 1995). Bien que l' « ingrédient » nécessaire au succès de ces programmes n'est pas bien connu (Salt, Cummings, & Profetto-McGrath, 2008). Mais davantage de recherches sont nécessaires pour comprendre comment et sous quelle forme un programme devrait être construit et prodigué pour promouvoir l'engagement des ND dans la pratique collaborative. La littérature a identifié de nombreuses stratégies d'orientation qui facilitent la transition des ND et peut promouvoir la pratique de collaboration. (Cantrelle & Browne, 2005; Fink et al., 2008; Patterson et al., 2010; Schoessler & Waldo, 2006). Curieusement ni les données qualitatives ni les quantitatives, indiquent une relation positive entre la participation à un programme d'orientation formel et l'engagement des ND dans la pratique collaborative. Que peu de ND ont déclaré que des programmes d'orientation contenaient un programme spécifique à la pratique collaborative, et ce genre de programmes peuvent être importants. Ce décalage met en évidence le besoin pour tous les professionnels de la santé d'interagir formellement ou non formellement avec les infirmières ND pour soutenir leur rapide engagement dans la pratique collaborative.
	Limites Malgré un processus de recrutement rigoureux, le taux de réponses à l'enquête quantitative est plus bas qu'espéré. Une raison peut être que la période était particulièrement inadaptée. En effet cette période de transition est stressante pour les ND. Certaines adresses e-mail n'étaient pas mises à jour (n=64), la totalité des participants potentiels n'a donc pas pu être contacté. L'échantillon a possiblement été créé uniquement avec les ND motivées à

	travailler en collaboration interprofessionnelle et pas les autres. Si tel est le cas, les résultats ne refléteraient pas réellement le niveau d'engagement des ND dans la pratique collaborative. De plus, dans les témoignages, il y a un manque de précision possible, certains étaient faits longtemps après l'événement. Les entretiens téléphoniques n'offrent pas de visuel avec la personne interviewée, ainsi l'interprétation est plus facile. (langage corporel manquant). Finalement, la relation entre l'engagement des ND dans la pratique collaborative et leur maintien dans la profession n'est pas expliquée par cette étude. Davantage de recherches sur le sujet pourraient être nécessaires pour éclairer les politiques.
Perspectives	La rétention des ND doit être considérée dans toutes les stratégies de ressources humaines dans le domaine de la santé but étant de vaincre la pénurie infirmière. Par ses résultats, cette étude met en priorité l'importance des stratégies qui promeuvent un leadership accessible, un préceptorat de qualité et des modèles de mentorats, ainsi que l'intégration de contacts face-à-face, tout en donnant de l'importance à l'attitude de soutien de l'équipe et un environnement organisationnel favorisant. Davantage de recherches sont nécessaires visant à explorer les facteurs propres à la discipline ayant une influence sur l'engagement de la ND dans la pratique collaborative, ainsi que pour comprendre la relation entre l'engagement de la ND dans la collaboration interprofessionnelle et son maintien dans la profession.
Questions générales Présentation	Présentation claire et facilement analysable.
Evaluation globale	Article pertinent pour la recherche offrant de nombreux résultats significatifs.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2ème éd.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative

Références de l'article analysé : Pfaff, K. A., Baxter, P. E., Jack, S. M., & Ploeg, J. (2013). A mixed methods exploration of the team and organizational factors that may predict new graduate nurse engagement in collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 28:2, 142-148. doi: 10.3109/13561820.2013.851072					
Aspects du rapport	**Questions**	**oui**	**Non**	**Peu clair**	**Commentaires**
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre est clair et permet de comprendre la question de recherche.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			Le résumé rédigé sous forme de paragraphe laisse distinguer clairement chaque partie de la recherche. Seule la conclusion est peu mise en valeur.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Clairement mais succinctement. La pratique collaborative comme stratégie contre la pénurie infirmière est abordée, de là découle le reste de la problématique.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Les éléments indispensables à comprendre la problématique sont exposés. Un point de vue sur les connaissances existantes sur le sujet et mis en valeur.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?		X		Unique définition de la collaboration interprofessionnelle
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Elle précise le titre en mentionnant sur quels éléments précis elle va se concentrer.

	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			La question de recherche découle d'une réflexion argumentée dans l'état des connaissances, d'une manière logique.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Méthode mixte Le recueil et l'analyse de données, se déroulent en 2 phases 1 : quantitative avec une étude transversale exploratoire 2 : qualitative, permettant d'expliquer et d'élargir les résultats de la phase 1, la méthode descriptive interprétative de Thorne a été utilisée dans cette phase.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Le contexte, recrutement des participants et création des échantillons finaux sont détaillés. Le détail de l'échantillon quantitatif est exposé sous forme de tableau dans l'analyse des données. Il précise les caractéristiques principales des participants. Pour la phase qualitative, peu de précisions sont données.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	Pas d'information à ce propos.
Aspects du rapport	**Questions**	**oui**	**Non**	**Peu clair**	**Commentaires**
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Le questionnaire démographique et l'échelle d'évaluation de la pratique collaborative (CPAT) sont tous deux détaillés.

					Le déroulement de l'interview semi-structuré est expliqué mais non détaillé.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			La question de recherche répond au phénomène étudié, les instruments de collecte de données sont cohérents par rapport à la question traitée.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Les étapes qualitative et quantitative sont décrites dans les détails. Un consentement a été signé par les participants.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			L'échantillon couvrant une large palette de secteurs de soins, les auteurs annoncent que les résultats peuvent être représentatifs et transférables
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Tous les outils et étapes de traitement des données sont décrites dans le chapitre « analyse des résultats ».
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			3 tableaux explicitant les différentes caractéristiques de l'échantillon ainsi que des résultats sont exposés, le tout est détaillé sous forme de texte.
Discussion Intégration de la théorie et	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			L'aspect philosophique n'est pas mis en avant, mais les recherches antérieures servent d'argumentation aux résultats.

Support-Gratuit.com

des concepts	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Les limites quand à la généralisation des conclusions sont évoquées.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites de l'étude sont détaillées.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			L'impact potentiel des résultats sur la pratique est expliqué. Des recommandations en termes de recherches futures dans le domaine sont évoquées.
Aspects du rapport	**Questions**	**oui**	**Non***	**Peu clair***	***Commentaires**
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Seul le chapitre discussion ne parle pas des résultats obtenus dans un ordre logique ce qui rend la compréhension difficile.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les recommandations pour la pratique sont pertinentes et applicables

Référence bibliographique :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Grille de lecture d'un article scientifique

Approche qualitative

Aspects du rapport	**Contenu de l'article**
Références complètes	Stiles, K.A., Horton-Deutsch, S.L., Andrews, C.A., (2014), The Nurse's Lived Experience of Becoming an Interprofessional Leader. *The Journal of Continuing Education in Nursing* : Vol 45, No11, 2014. doi : 10.3928/00220124-20141023-03
Résumé	**Contexte** : Dans le contexte actuel et complexe des soins, les infirmières sont appelées à être des leaders dans « l'advocating » pour un futur en meilleure santé. La réforme en soins, la progression du mouvement de pratique EBN, et la croissance du nombre de cursus de formation, ouvrent des opportunités aux infirmières comme jamais auparavant, de développer leur capacité de leadership à un niveau interprofessionnel. **Objectif** : Cette étude développe une base évidente pour une préparation au leadership au moment où un grand besoin de leaders interprofessionnels et de formateurs (infirmier avec un degré d'éducation dans l'institution, diplômé par un master), se fait ressentir. **Méthode** : devis qualitatif, étude phénoménologique interprétative **Résultats** : Les participants à l'étude décrivent leur expérience à « tendre vers un terrain d'entente, un but commun », en étant un leader interprofessionnel, comme un processus qui prend non seulement du temps, mais qui appelle également à l'introspection[1], à des actions délibérées (conscientisées) ainsi qu'à un nouvel état d'esprit. **Conclusion** : cette étude montre comment les leaders interprofessionnels ont pu développer leurs compétences, et sert d'exemple pour les professionnels qui désirent devenir des leaders dans la collaboration interprofessionnelle (CIP) et ainsi façonner le futur de la santé.
Introduction Enoncé du	Il est bien connu et compris que le leadership est une compétence essentielle à la collaboration interprofessionnelle, mais pas des plus facile à acquérir et relativement nouvelle dans la profession infirmière.

[1] Observation méthodique, par le sujet lui-même, de ses états de conscience et de sa vie intérieure. (larousse.fr, 2016)

problème	Seulement, le fait de devenir un leader interprofessionnel, sa pratique et comment on le devient, restent des questions qui nécessitent le développement d'une base évidente pour sa préparation.
Recension des écrits	L'interprofessionnalité dans les soins est un gage de qualité, de sécurité et d'accessibilité. Les auteurs se réfèrent au panel d'experts de Washington DC pour les compétences interprofessionnelles (Interprofessionnal Education Collaborative Expert Panel Report, 2011), qui eux encouragent le développement des compétences interprofessionnelles et un apprentissage interactif pour répondre aux attentes des soins d'aujourd'hui. Le leadership fait partie des 4 domaines de compétences ciblés par ce panel d'expert, mais figure aussi comme composante stratégique pour préparer la prochaine génération de soignants à la pratique interprofessionnelle.
Cadre théorique ou conceptuel	Leadership interprofessionnel, interprofessionnel et interdisciplinaire. Le leadership interprofessionnel est un ensemble de compétences requises chez les infirmières pour adresser des soins à un environnement de santé en constant changement.
Question de recherche	Comment, le fait de devenir un leader interprofessionnel, est-il vécu et expérimenté ?
Méthodes Tradition et devis de recherche	Etude phénoménologique interprétative = approche de recherche qualitative qui étudie comment les personnes donnent sens à leurs expériences de vie. Tente d'explorer et de donner sens aux significations subjectives des expériences des participants. Ce devis a été introduit dans les soins par Benner en 1984. Cette approche a été utilisée pour comprendre l'expérience « devenir un leader interprofessionnel » et comment cette expérience peut varier en devenant un leader au sein de la profession.
Population et contexte	Les participants ont été identifiés par l'équipe de chercheurs en fonction du respect et de l'expertise qu'ils avaient en rapport avec le leadership interprofessionnel. Ils ne tenaient pas forcément un leadership formel, mais ont été recrutés pour leur investissement dans des équipes interprofessionnelles ou pour leur impact important sur les soins de manière générale. Un recrutement par effet « boule de neige » et « pistons » a ensuite été nécessaire, étant donné l'impossibilité de certains participants à prendre part à l'enquête en fonction de leurs agendas. Finalement 8 participants ont été retenus.
	Les fonctions exactes, lieux de pratique, années d'expérience et autres caractéristiques ne sont pas mentionnées,

	mais on peut supposer que ces infirmiers ont tous de l'expérience dans la profession infirmière et racontent leur expérience en tant que novice dans le leadership interprofessionnel. Ci-dessous : le statut des participants, lorsque mentionné dans l'étude. Les prénoms sont des noms d'emprunts. Lonnie : est une infirmière avec de l'expertise, reconnue grâce à ses recherches et ses publications. Domingo : ? Martin : un infirmier leader qui a tenu de nombreux postes dans le leadership interprofessionnel. Marlene : ? Anna : membre du comité « United Way ». Jacinda : infirmière formatrice. Donald : ? Paulo : ?
Collecte des données et mesures	Chaque participant à été interrogé à un moment opportun en fonction de leur emploi du temps. Il leur a été demandé de décrire leur expérience sur le fait de devenir un leader interprofessionnel. Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits de manière anonyme. Chaque entretien a été analysé par les 3 chercheurs afin de faire ressortir les éléments importants et ainsi en créer une interprétation. Ces interprétations ont ensuite été discutées et réfléchies ensemble à travers des vidéos conférences. Lors de désaccord : les chercheurs n'ont pas hésité à remanier le texte pour arriver sur une nouvelle compréhension
	Les données ont ensuite été confrontées et argumentées avec des faits provenant de la littérature, ce qui a permis d'identifier plusieurs pratique comme « instrumentale » et donc scientifiquement pertinente dans le fait de devenir un leader interprofessionnel.

Déroulement de l'étude	1 : recrutement des participants (n = 8) 2 : enregistrement des entretiens 3 : retranscription des entretiens 4 : analyse des entretiens + interprétation 5 : discussions et réflexions des interprétations en groupe (3 chercheurs) 6 : confrontation et argumentation des résultats avec la littérature ou autres supports **Ethique** Approbation donnée par le Ohlone College Institutional Review Board, leur but étant de favoriser le traitement éthique des participants humains à la recherche. Un consentement écrit a été fait par chaque participant avant le début des interviews. Le prénom des participants a été changé pour maintenir leur anonymat.
Rigueur	Peu de notions pertinentes relevées à ce propos. L'étude répond aux exigences du devis choisi.
Résultats Traitement des données	Résultats exposés en mettant en valeur les thèmes phares de la collaboration interprofessionnelle. Ils sont appuyés par des témoignages des infirmiers participants, leur expérience professionnelle est spécifiée. Dans ce chapitre les résultats sont déjà appuyés avec la théorie et des concepts provenant de la littérature.
Présentation des résultats	Chaque participant a décrit son expérience vécue du processus « atteindre un but commun en étant un leader interprofessionnel. » Ce processus non seulement prend du temps mais il appelle également à l'introspection, à un changement dans son état d'esprit et à des actions délibérées. Les participants ont pu s'exprimer sur la conscience professionnelle développée, mais aussi personnelle. **La communication** – Important de non seulement comprendre ce que les autres disent (contenu), mais surtout comment les autres interagissent. Nécessité de parler le langage commun des autres membres du groupe, tout comme de comprendre le modèle communicatif de chacun. La communication dans une équipe se fait avec un langage propre et un vocabulaire spécifique. Au début, en temps que novice, une infirmière a remarqué la difficulté d'être comprise dans sa manière d'exposer les choses. Alors que

	d'autres membres de l'équipe étaient capables de faire entendre et comprendre exactement le même message (sentiment de frustration). Sa stratégie : Importance de prêter d'abord attention et réfléchir au processus de groupe établi, et partager avec les autres membres de l'équipe son besoin d'établir une relation et de la confiance. → Concrètement pour la confiance : communiquer en groupe et partager avec les autres membres de sujets divers, mais dans d'autres contextes comme les pauses, ou du moins hors des colloques interdisciplinaires. Confiance dans la collaboration : essentielle pour faciliter le pouvoir partagé tout comme pour améliorer les prises de décisions. (Orchard, King, Khalili & Bezzina, 2012) **La collaboration** – Les fondements d'une coopération coordonnée selon Orchard, King, Khalili & Bezzina, (2012) : la clarification des rôles, le partage et la valorisation. La collaboration n'est pas forcément naturelle mais vient en réfléchissant, en devenant conscient du processus du groupe, en restant compréhensif et ouvert aux perspectives des autres membres. **La perspective** – Chacun a et apporte une perspective, une manière de voir les choses, différente à propos d'une situation. Dans l'interprofessionnalité il est important de mélanger et prendre en considération la perspective de chacun et imaginer ce que l'autre pourrait apporter dans la situation. → c'est plus que juste apporter son point de vue fondé sur sa profession dans une conversation, les membres doivent être capable d'entrer en conversation en gardant leur vision du monde tout en considérant celle des autres. Lorsqu'il faut configurer avec différentes perspectives : ça doit commencer en honorant et en respectant ce que l'autre est, en montrant une reconnaissance de la valeur de l'autre. Comprendre la perspective de l'autre nécessite d'être curieux et se remettre en question, mais aussi valoriser l'autre tout autant que soi. La capacité de voir et d'estimer de multiples perspectives c'est ce qui est demandé à tous les niveaux de la formation infirmière. Dans les cursus de formation, c'est la singularité de la profession infirmière qui est enseignée en parallèle de la valorisation des perspectives des autres disciplines. **Dualité** – Être conscient que les autres professionnels ont également de l'importance. L'interprofessionnalité demande d'être passionné par sa propre discipline certes, mais également par la discipline commune c'est-à-dire

	l'équipe. Pour chaque profession ça passe tout d'abord par la maîtrise et la compréhension solide des buts de SA profession tout en restant ouvert et en incluant les buts des autres. Gérer la dualité implique d'éviter les comportements et sentiments de supériorité et d'exclusivité. Pour l'infirmière il est important de savoir qu'elle n'est pas plus importante que les autres professions, mais elle ne l'est pas moins non plus. Elle n'est par exemple pas unique détentrice du nursing « advocacy » mais doit partager cette fonction avec ses collègues. **Barrière** – Une des grandes barrières à l'interprofessionnalité est la territorialité ou la défense de son aire de pratique et d'expertise propre. L'interprofessionnalité ne peut se faire que lorsque l'on surpasse cette barrière et que l'on favorise l'intégration à travers des pratiques de coopération et de coordination. Pour travailler en interprofessionnalité il y a un besoin de se concentrer moins sur ce que l'on est et qu'elle est notre contribution et davantage sur l'activité en elle-même. **Le but commun** – C'est en quelque sorte ce qui engage les membres à être collaboratif, c'est le résultat du travail interprofessionnel. Il ne faut pas arriver à un consensus, mais trouver un but commun qui respecte les perspectives de chacun. Au contraire un consensus risque d'apporter du mépris vis-à-vis de la perspective des autres membres, et de la non reconnaissance de leur manière propre de pratiquer. Chercher un but commun implique un partage des points de vue des pensées qui mènent ou non à une acceptation, une approbation et un accord. La règle d'or est de connaître, croire et se connecter avec les autres personnes de l'équipe sans pour autant les dominer ou les dévaloriser. Mais c'est aussi rester ouvert et chercher une « communalité » qui permet de grandir, partager et apprendre dans une nouvelle dimension. Pour le leader il est de mise de créer une double passion autour de la table afin d'élaborer un but commun. C'est-à-dire la passion de profession ainsi que la passion pour le travail d'équipe. Cette dualité est problématique dans bien des cas, surtout pour les professionnels qui valorisent davantage leur propre profession. **Les pratiques clés pour atteindre un objectif commun** :

	• Apprendre de nouvelles compétences de communication • Développer et gagner la confiance des autres • Réfléchir aux performances personnelles et d'équipe • Elaborer des nouvelles stratégies de participation dans l'équipe • Apprécier les perspectives diverses • Equilibrer les identités professionnelles et de groupe
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Il y a deux approches différentes au travail interprofessionnel selon Kinnaman et Bleich (2004). L'une est adaptée à la résolution des problèmes prédéfinis et permet aux professionnels de travailler indépendamment en parallèle ou côte à côte, mais ce système ne permet pas de résoudre des problèmes complexes, des situations incertaines ou peu claires dans lesquels un travail coopératif et collaboratif est nécessaire. Dans ce second système les professionnels travaillent en interdépendance et co-créent des réponses innovantes à des problèmes complexes.
	Dans l'optique de ce système, cette étude peut à présent proposer diverses recommandations pour la pratique. Pour la communication, une des participantes recommandait d'aller à la rencontre des autres à des moments non formels, cette proposition est appuyée par Groyberg et Bell (2013) qui recommandent de construire et de renforcer les dynamiques de groupe pour une collaboration efficiente. Mais il ne faut en tout cas pas prétendre que la compétence de communication se développe uniquement en participant à des activités interprofessionnelles. Il est mentionné encore que les infirmières formatrices doivent également encourager les membres à réfléchir sur leur dynamique de groupe tout en proposant des stratégies d'amélioration de leur communication si besoin. En effet, les exercices réflectifs effectués dans un environnement d'apprentissage sécure ont des effets très positifs sur le développement de compétences multiples, ainsi que de la sensibilité à l'apprentissage et à la curiosité ce qui a par la suite, des répercussions sur le rôle professionnel et interprofessionnel (Pesut, Sherwood & Horton-Deutsch, 2012). Bien que la résolution de problèmes complexes soit un but en soi, il est important de ne pas se concentrer uniquement sur les résultats aux frais d'une dynamique de groupe basée sur la confiance. Un autre point est le développement d'un état d'esprit en dualité. C'est-à-dire considérer la perspective de l'autre même si elle s'avère contradictoire à la sienne. Il est recommandé pour l'éducation, d'encourager les étudiants à penser à leur propre raisonnement et de questionner les autres en toute amitié à la place de la compétitivité, ce qui permet une meilleure ouverture d'esprit à

	de multiples perspectives. (Hayden-Miles, & Ironside, 2012, Ironside & Cerbie, 2012).
Perspectives	Les participants à cette étude ont tous reconnu que les professionnels de la santé sont formatés à travailler dans un modèle disciplinaire qui doit être transcendé pour parvenir à une collaboration interprofessionnelle effective. C'est aussi de leur avis que pour améliorer leur capacité de réflexion et agir délibérément, il y a un besoin de partage et d'appréciation des perspectives de l'un l'autre. C'est la théorie Intégrale de Wilber (2007), adaptée par Dossey (2008) qui pourrait répondre à ce besoin. Ce modèle pourrait aider les praticiens à identifier leur orientation de pensée et pourrait encourager chaque membre à considérer des manières alternatives de penser ce qui finalement permettrait de résoudre des problèmes de manière complète.
Questions générales Présentation	Organisation des chapitres peu distincte qui rend la catégorisation des résultats difficile. La rédaction est toutefois soutenue et stimule le lecteur.
Evaluation globale	Etude pertinente qui offre des résultats intéressants avec des exemples et des recommandations concrets.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2ème éd.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative

Références de l'article analysé : Stiles, K.A., Horton-Deutsch, S.L., Andrews, C.A., (2014), The Nurse's Lived Experience of Becoming an Interprofessional Leader. *The Journal of Continuing Education in Nursing* : Vol 45, No11, 2014. doi : 10.3928/00220124-20141023-03					
Aspects du rapport	**Questions**	**oui**	**Non**	**Peu clair**	**Commentaires**
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Il permet de saisir que l'on va se focaliser sur l'expérience vécue des infirmières sur leur leadership au niveau interprofessionnel.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?			X	Il contextualise le besoin de faire cette étude et mentionne ce qu'elle a finalement pu apporter. N'est pas construite d'une manière qui distingue les parties de l'étude, toutefois on peut retrouver les informations nécessaires à comprendre la méthode et le cadre théorique.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Rapidement on remarque le focus sur un manque de compréhension sur comment réellement les infirmières deviennent des leaders interprofessionnels.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Elle argumente le pourquoi de l'importance du leadership dans les équipes interprofessionnelles et le besoin actuel de travailler en interprofessionnalité.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			La distinction entre interprofessionnalité et interdisciplinarité est évoquée et le leadership interprofessionnel est définit et argumenté.

Support-Gratuit.com

Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?			X	La question est claire dans le titre et dans le résumé, mais brouillon dans cette partie là de l'étude, ne mentionnant plus clairement que notre focus se concentre uniquement sur les infirmières.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			L'argumentation suit un fil rouge clair dans l'introduction.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X X		X	Etude phénoménologique interprétative. Interprétations par les chercheurs (herméneutique) Petit échantillon permettant une analyse idiographique Le déroulement des entretiens ainsi que leur préparation n'est cependant pas décrite.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?		X		8 infirmiers, on ne connaît ni le setting, ni l'âge, ni l'expérience, ni même le lieu de pratique.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?				Pas d'information à ce sujet.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			La collecte de données se fait par des entretiens qui sont ensuite retranscrits, analysés et argumentés.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?			X	Le devis de l'étude correspond à la volonté d'étudier un phénomène et connaître l'expérience perçue des sujets
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées	X X			Chaque étape est décrite. Les participants ont dû signer un consentement écrit,

	afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				une approbation par le Ohlone College Institutional Review Board a été donnée.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?			X	Manque de détails par rapport à cette question. Mais l'étude correspond au devis choisi.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Chaque étape est décrite et correspond à la méthodologie du devis.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?		X		Les résultats sont présentés de sous forme de texte sans distinction claire des thématiques, même si ces dernières ressortent plusieurs fois au cours de la lecture. Un seul tableau contenant des points clé, est exposé. Dans cette partie déjà, les auteurs introduisent des données provenant de la littérature.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats sont argumentés avec un contexte théorique et en fonction des recherches précédentes sur la thématique.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?		X		La généralisation des conclusions n'est pas évoquée
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		Les limites de l'étude ne sont pas abordées

Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			X	Les perspectives de l'étude sont exposées, sans pour autant mentionner des exemples concrets pour l'application des recommandations. Une piste d'action est toutefois donnée.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?		X		L'écriture accroche le lecteur et rend la lecture fluide, mais la structure de l'étude rend l'analyse difficile.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats sont pertinents et présentés de manière concrète pour la pratique infirmière

Référence bibliographique :
Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Grille de lecture d'un article scientifique

Approche quantitative

Aspects du rapport	**Contenu de l'article**
Références complètes	Laschinger, H. K. S., & Smith, L. M. (2013). The Influence of Authentic Leadership and Empowerment on New-Graduate Nurses' Perceptions of Interprofessional Collaboration: *JONA: The Journal of Nursing Administration*, *43*(1), 24-29. doi: 10.1097/NNA.0b013e3182786064
Résumé	**Objectif :** Le but de cette étude est d'examiner les perceptions des nouvelles infirmières diplômées (ND) sur l'influence d'un leadership authentique et d'un empowerment structurel sur la qualité de la collaboration interprofessionnelle (CIP) dans l'environnement de travail. **Contexte :** Bien que le défi associé à une véritable CIP soit bien documenté, les ND peuvent se sentir particulièrement en difficulté lorsqu'il faut devenir un membre contribuant de l'équipe. Peu de recherches existent pour informer les infirmières leader sur les efforts à fournir pour faciliter une collaboration efficace en secteur de soins aiguë. **Méthode :** Un devis prédictif non expérimental est utilisé pour tester un modèle intégrant le leadership authentique (LA) et la stimulation sur la place de travail comme une ressource de soutien de la CIP. **Résultats :** L'analyse de régression multiple a révélé que 24% des variations sur les perceptions de la collaboration interprofessionnel sont expliquées par le LA du leader du groupe et la stimulation de la place de travail. Le LA et la motivation structurelle sont des prédicteurs significatifs indépendants. **Conclusion :** Les résultats suggèrent que le LA et l'empowerment structurelle peuvent promouvoir la pratique de la CIP chez les ND.
Introduction Enoncé du problème	Pour que la CIP se produise, chaque individu doit utiliser ses compétences pour assister le patient dans son objectif de santé. Il est impératif que les équipes de soins s'assurent que l'expertise et la contribution que chaque membre apporte aux soins du patient soit systématiquement évaluée. Le manque de communication et de collaboration entre les membres de l'équipe de soins est responsable de 70% des événements indésirables, une situation due à un leadership inefficace. Le leadership joue un rôle important dans la création d'un environnement de travail qui favorise les soins de qualité aux patients en

	stimulant le personnel de soins à optimiser sa pratique. Pour devenir un membre de l'équipe, les ND ont besoin de soutien dans leur transition, non seulement dans leur rôle d'infirmière diplômée mais aussi dans leur rôle de membre de l'équipe interprofessionnelle. L'infirmier référent peut faciliter cette transition dans le processus d'intégration. La pratique du leadership et l'empowerment des conditions de travail promeuvent une bonne entente entre les membres de l'équipe. De plus, le LA, un style de leadership relationnel qui emploie des interactions ouvertes entre le leader et les adeptes, a été relié à un fort sentiment d'empowerment. Quand les leaders créent de l'empowerment sur le lieu de travail, cela stimule les ND à donner des soins optimaux aux patients et à promouvoir la pratique en CIP. Cette étude examine la mesure dans laquelle le LA et l'empowerment influencent l'expérience de la CIP chez les ND.
Recension des écrits	Le leadership authentique est définit par 4 composantes : 1. La conscience de soi : compréhension ainsi que confiance en ses motivations, sentiments, désirs, forces et faiblesses. 2. La transparence des relations : être congruent dans ses expressions et ses relations avec les autres membres de l'équipe 3. Le perspective d'une morale interne : la régulation de soi guidée par des standards de moral interne plutôt que d'être guidé par la pression de groupe externe, l'organisation ou la société 4. le traitement équitable d'informations : analyser de manière objective les données et solliciter l'avis des autres avant la prise de décisions. Selon Avolio et Gardner, les leaders qui montrent ces qualités gagnent le respect et la confiance des autres membres en agissant de manière congruente avec leurs valeurs, en facilitant un environnement de travail collaboratif et ouvert. Les leaders authentique soutiennent les gens pour construire l'optimisme, l'assurance et la confiance aux autres et encouragent des relations transparentes qui à leur tour favorisent l'engagement et l'éthique au travail. Cet environnement favorise une pratique en CIP efficace. Selon Kanter, l'empowerment structurel permet aux employés d'accomplir leur travail en lui donnant un sens. Cette structure permet de se développer, donne accès à des opportunités d'apprentissage, à des ressources

	(temps, matériel, finances), à des informations et au soutien nécessaire pour être efficace au travail. Par effet boule de neige, l'empowerment d'un employé va influencer l'empowerment individuel des autres employés et ainsi créer des équipes efficaces. Les recherches ont démontrés l'importance du leadership dans la création d'un environnement de travail qui favorise l'empowerment. Les leaders authentiques croient qu'une bonne organisation est ce qui permet d'améliorer l'empowerment des membres à tous les niveaux de l'organisation. **Leadership Authentique :** Bien que le LA soit un concept relativement nouveau, plusieurs études ont soutenu son application dans les soins infirmiers. Giallonardo et al ont montrés que le LA influence la satisfaction professionnelle et l'engagement professionnel des ND. Wong et al relient le LA à la confiance des infirmières en leur responsable et leur engagement professionnel qui est associé au positionnement et à la perception de la qualité des soins de l'unité. Ces études suggèrent que le LA est important pour la création d'un environnement de travail de soins infirmiers positifs. Parce que les dirigeants authentiques sont tournés vers des valeurs telles que l'empathie, le respect, la confiance et les relations humaines, ils sont plus susceptibles de créer un empowerment structurel qui permet aux employés de travailler ensemble pour accomplir leur travail en lui donnant un sens. Pour les infirmières, un travail significatif implique la prestation de soins optimaux, un processus qui repose sur une collaboration efficace de tous les membres de l'équipe de soins. Ainsi, les Leaders authentiques peuvent jouer un rôle important dans la création d'empowerment dans l'environnement de travail ce qui favorise une meilleure communication et une bonne entente entre les membres de l'équipe. Ces conditions sont particulièrement importantes pour l'intégration des ND dans des équipes interprofessionnelles. **Empowerment** : Selon Kanter, l'empowerment structurel a de nombreux résultats positifs sur l'organisation, y compris sur le soutien dans l'environnement professionnel, le respect des collègues, la collaboration infirmière-médecin, et l'efficacité de travaille. Des résultats similaires ont été trouvés dans le personnel infirmier ; Laschinger a également constaté que la qualité du leadership influence la collaboration infirmière-médecin, ce qui suggère que le leadership est important pour favoriser la collaboration entre tous les membres de l'équipe. Selon Wong et Cummings, le leadership doit être un processus partagé qui encourage et appuie les comportements de leadership par tous les membres du groupe, et pas seulement les leaders officiels.

	L'empowerment structurel est un principe qui permet de développer la motivation et l'implication des collaborateurs afin de stimuler l'innovation, le développement des compétences individuelles, la transparence et l'honnêteté dans la relation. **CIP** : L'organisation de la CIP est essentielle pour la sécurité des patients. Cela exige que les membres de l'équipe comprennent et respectent les connaissances et les rôles de chacun dans la prestation des soins. La recherche a montré que la CIP est plus efficace lorsque les membres de l'équipe croient qu'il en résulte une amélioration des soins et une amélioration de l'organisation. Ces croyances ne sont pas aussi fréquentes qu'elles devraient être dans les environnements de soins de santé actuels, si une véritable CIP veut être atteinte. Bien que les professionnels de différentes disciplines aient toujours travaillé ensemble, la communication est souvent fragmentée. Cette situation a été attribuée à la hiérarchie du modèle médical, un refus de reconnaître l'évolution de la pratique des infirmières et des autres professionnels de la santé, et une réticence à partager l'autorité parmi les membres de l' équipe de soins de santé. Une CIP efficace permet d'encourager les soignants et d'obtenir des résultats de soins chez les patients. Gaboury et al ont constaté que les soignants ayant un avis favorable sur la collaboration interdisciplinaire étaient plus satisfaits de leur emploi, avaient une plus grande confiance dans les membres de l'équipe, connaissaient moins de conflits, et étaient plus susceptibles de rechercher et de partager des connaissances. Le travail efficace de l'équipe interprofessionnelle est lié à la satisfaction au travail, au maintien du personnel sur la place de travail et ainsi à une diminution de l'épuisement. Les résultats mettent en évidence l'importance d'éduquer les professionnels de la santé sur les avantages de la CIP en leur faisant vivre une expérience d'apprentissage positive de la CIP. Bien que peu d'informations soient connues sur les perceptions de la CIP des ND, nous savons que les relations fondées sur le respect professionnel, un feedback constructif, et l'encouragement continu sont importants pour les nouveaux membres. Les leaders influant sont connus pour créer des environnements de travail qui permettent de soutenir les nouveaux diplômés. Par conséquent, les leaders authentiques qui créent de l'empowerment dans l'environnement de travail sont plus susceptibles de faciliter la CIP en intégrant des ND dans l'équipe. Sur la base des théories de Avolio et al et Kanter et sur la recherche précédente, l'hypothèse est la suivante: La perception des ND de la qualité de la CIP sur leurs unités sont positivement liées aux leaders de pratiques de LA et le degré d'empowerment structurel dans leurs milieux de travail.

Cadre théorique ou conceptuel	Selon la théorie du LA d'Avolio et al. et sur la théorie de l'empowerment structurel de Kanter pour développer un modèle qui met en lien ces deux ressources organisationnelles. Le LA et l'empowerment structurel, face à la perception des ND dans la pratique en CIP dans leur lieu de travail.
Hypothèses	Cette étude examine la mesure dans laquelle le LA et l'empowerment, influencent l'expérience dans la pratique en CIP chez la nouvelle diplômée sur sa place de travail actuelle.
Méthodes Devis de recherche	Un devis corrélationnel prédictif est utilisé.
Population et contexte	Une analyse secondaire à partir d'une étude longitudinale plus large sur les ND a été menée dans un premier temps. La population de 342 infirmières avait été obtenue selon le registre de l'université infirmière de l'Ontario. En seconde partie et dans cette étude, une deuxième analyse a été menée avec une deuxième vague d'étudiantes infirmières sortant de l'université infirmière de l'Ontario retenues pour faire partie de l'analyse, la population de cette étude est de 194 infirmière avec moins de 2 ans d'expérience.
Collecte des données et mesures	Les données ont été collectées grâces au questionnaire sur le LA dans le but de mesurer le jugement personnel des ND sur le comportement qu'adopte le leader de leur unité. L'emporwerment structurel a été mesuré grâce au questionnaire sur les conditions de travail effectives. Des chercheurs ont construits une échelle de CIP qui a été utilisées sur la base de recherches antérieurs afin d'identifier les caractéristiques importantes de la CIP dans les établissements de soins. Ces trois questionnaires forment le questionnaire final de cette étude.
Déroulement de l'étude	Un devis corrélationnel a été utilisé pour tester l'hypothèse mais une seconde analyse à partir d'une étude longitudinale plus large a été faite.
Résultats Traitement des données	Les données ont été analysées en utilisant le paquet statistique pour les sciences sociales (version 19.0 pour windows). Les statistiques descriptives et la fiabilité ont été calculées pour chaque variable de l'étude. La régression multiple hiérarchique a été utilisée pour tester l'hypothèse.
Présentation des résultats	En général, les ND perçoivent leur leader comme affichant un niveau moyen de LA. La congruence dans les relations était perçue de façon élevée, tandis que la conscience de soi du leader était perçue de manière faible. En général, l'empowerment structurel était aussi perçu moyennement en prenant en compte le facteur

	d'empowerment le plus fort et le facteur de soutien le plus faible. Les perceptions globales de la CIP sur les unités de travail étaient élevées. Les croyances personnelles selon lesquelles le travail en équipe interprofessionnel améliore les soins au patient ont été évaluées de façon élevées, tandis que la perception que les professionnels de la santé ont des rôles de chacun dans l'unité sur la prise en charge globale du patient a été évaluée de façon médiocre. Comme prédit, la perception d'une pratique en CIP de qualité est reliée de façon significative à un résultat élevé lorsque le responsable de l'unité est un leader authentique et que l'empowerment structurel est présent. Le LA et l'empowerment ont un effet similaire et sont des prédicteurs significatifs indépendants de la CIP. Des analyses de régressions plus poussées ont révélé que le LA et l'empowerment ont conjointement expliqué un nombre significatif de variance sur 4 ou 5 composant individuel de la pratique en CIP. Ces composants sont : la pratique en CIP perçue de façon bénéfique sur les unités, les connaissances personnelles de chacun ont été respectées par les autres professionnels de la santé lorsqu'ils participent à la collaboration en groupe, les professionnels de la santé présents sur l'unité comprennent le rôle de chacun et fournissent une prise en charge globale au patient et les professionnels de la santé croient qu'un travail interprofessionnel améliore les soins au patient. Par contre, la conviction personnelle des participants selon laquelle le travail en équipe interprofessionnelle améliore les soins n'était pas significative. Selon le modèle de notre hypothèse, la perception des ND sur la qualité de la CIP dans leur unité étaient liés à une combinaison d'un LA et d'un empowerment structurel. Le leadership et l'empowerment sont les deux des prédicteurs indépendants de la CIP et dans le même ordre de grandeur, ce qui suggère que les deux sont important dans les domaines des soins aigus. Ces découvertes sont cohérentes avec d'autres recherches et confirment l'affirmation selon laquelle l'environnement de travail positif prospère quand les infirmières travaillent en collaboration avec les collègues et se sentent soutenues. Ce n'est pas surprenant qu'au milieu d'un environnement de travail favorable, la perception des ND à propos du LA soit positive. En fonction des différents aspects de la CIP, le LA et l'empowerment structurel ont été le plus fortement associé avec le sentiment que la CIP était bénéfique. L'empowerment structurel a tout de même une plus forte influence sur les perceptions bénéfiques de la CIP. Cela peut suggérer que d'avoir l'opportunité, l'information, le soutien, et les ressources permettent une

	valorisation de la CIP dans les soins. Lorsque combiné avec la pratique d'un LA cet effet est augmenté. Compte tenu de la tendance du leader authentique de mener par l'exemple, il n'est pas surprenant que l'empowerment des leaders authentiques ait une forte influence sur la valeur de la CIP dans leurs unités. De plus, les perceptions des ND sur leur propre empowerment ainsi que sur le leadership authentique de leur responsable, sont reliés de façons significatives au sentiment que leurs connaissances et leurs rôles dans les soins au patient sont respectés par les autres professionnels. Le LA était un peu plus influant dans la prédiction de ces aspects de la CIP bien que les deux soient significatifs
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Selon Wong et al. les infirmières responsables et leader authentique peuvent améliorer les conditions de travail en facilitant les relations positives entre le personnel. Cela est particulièrement important pour les ND. Winter-Collins et McDaniel notent que des relations de travail positives sont importantes pour le sentiment d'appartenance et de satisfaction au travail des ND. Les résultats suggèrent que le leader qui favorise l'équité et le respect dans les interactions de groupe peut avoir un effet important sur l'expérience de la CIP des ND. Ils mettent également en évidence l'importance de l'empowerment dans la promotion d'une communication respectueuse au sein des équipes de collaboration. Étonnamment, l'empowerment et le LA ne sont pas liés aux croyances personnelles des ND que le travail d'équipe interprofessionnel améliore les soins aux patients. Cela peut refléter le fait que les ND d'aujourd'hui ont un apprentissage basé sur la simulation qui met l'accent sur la CIP dans leurs programmes d'étude. En conséquence, leur compréhension de la valeur de la CIP pour les patients est bien ancrée avant de devenir diplômée, ce qui limite l'influence direct du leadership et de l'empowerment sur leurs croyances personnelles et les mérites de la CIP.
Perspectives futures	Les résultats de cette étude suggèrent que le LA et l'empowerment peuvent être des ressources fondamentales qui influencent positivement l'expérience de la CIP des ND dans leur unité. Les leaders authentiques sont bien placés pour s'assurer que les ND soient bien intégrées dans des équipes interprofessionnelles et soient vues comme des collaborateurs estimés dans les soins. Selon Shirey, l'effet en cascade de de la pratique d'un leadership positif est essentiel dans l'empowerment de l'environnement de travail. Des expériences positives sur les équipes interprofessionnelle sont extrêmement importantes pour les inclinations futures des ND de collaborer, assurant ainsi que leurs patients profitent d'une meilleur qualité de soins moins fragmentée.

Questions générales Présentation	L'étude est présentée de manière claire et les différents chapitres sont clairement annoncés.
Evaluation globale	L'étude est significative est permet d'avancer les recherches dans le domaine de la CIP chez les nouvelles infirmières

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2ème éd.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative

Référence de l'article analysé : Laschinger, H. K. S., & Smith, L. M. (2013). The Influence of Authentic Leadership and Empowerment on New-Graduate Nurses' Perceptions of Interprofessional Collaboration: *JONA: The Journal of Nursing Administration, 43*(1), 24- 29.DOI. 10.1097/NNA.0b013e3182786064					
Aspects du rapport	**Questions**	**oui**	**Non**	**Peu clair**	**Commentaires**
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre est clair et permet de saisir le problème de recherche
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Oui l'article contient le cadre théorique, la méthodologie et toutes les parties nécessaires à une recherche scientifique
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Oui le problème de recherche est énoncé déjà dans le résumé de l'article
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Une recension des écrits a été effectuée par les chercheurs au préalable.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Chaque théorie et chaque concept est expliqué clairement
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Oui car l'hypothèse est formulée clairement sous forme de question.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et	X			Oui cette étude s'inspire des recherches antérieures

	recherches antérieures ?				
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Un devis corrélationnel est utilisé
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Oui il y a le nombre, le contexte et le choix de l'échantillon qui est décrit ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Oui car un premier échantillon de N=342 a été pris dans une 1ère étude puis un second de N=194 dans cette 2ème analyse
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Tous les instruments de collectes sont décrits car différentes échelles ont été utilisées
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables sont décrites et opérationnalisée
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			La procédure de recherche est décrite dans la méthode et les participants pouvaient arrêter ou ne pas participer à l'étude sans avoir de répercussion sur leur poste de travail et les données récoltées sont anonymes.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Oui des analyses statistiques ont été menées pour répondre aux hypothèses.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Sous forme de tableau
Discussion	-Les principaux résultats sont-ils	X			D'après les recherches antérieures et selon le cadre

Intégration de la théorie et des concepts	interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				théorique et conceptuel car les résultats sont classé selon les concepts
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	Les chercheurs signalent l'intérêt de cette étude pour la pratique et relèvent qu'un leadership authentique et l'empowerment sont une ressource fondamentale pour influencer positivement les ND dans la CIP mais ne parlent pas clairement d'une généralisation des conclusions.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les chercheurs énoncent clairement les limites de l'étude
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les chercheurs relèvent que le leadership authentique et l'empowerment peuvent être des ressources fondamentales qui influencent positivement l'expérience de la CIP des ND dans leur unité
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article se prête à une analyse critique minutieuse
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Oui, cela permet de connaître les facteurs facilitants l'insertion des ND dans la CIP

Référence bibliographique :
Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Grille de lecture d'un article scientifique

Approche qualitative

Aspects du rapport	**Contenu de l'article**
Références complètes	Schwartz, L., Wright, D. & Lavoie-Tremblay, M. (2011). New Nurses' Experience of Their Role Within Interprofessional Health Care Teams in Mental Health. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 25, No. 3 (June), 2011 : pp 153-163. doi : 10.1016/j.apnu.2010.08.001
Résumé	**Contexte** : Avec la pénurie infirmière, les nouvelles diplômées (ND) vont combler le manque de personnel d'ici ces prochaines années. La collaboration interprofessionnelle (CIP) a été relevée comme étant une stratégie au maintien des infirmières en service, mais sa préparation n'est pas optimale dans les cursus de base de la formation infirmière. La pénurie en psychiatrie est augmentée, et s'explique également par une formation insuffisante, ce qui rend les ND trop peu sûres d'elles pour s'engager dans ce setting. **Objectif** : Le but de cette étude est d'explorer la façon dont les nouvelles diplômées vivent l'expérience de la collaboration interprofessionnelle dans un organisme de santé mentale. **Méthode** : Etude qualitative à design descriptif **Résultats** : La ND dans son processus de transition passe d'un rôle passif (intégration) à un rôle actif dans la CIP avec un impact sur les soins au patient. Cette métamorphose se fait par la manifestation de crédibilité et le développement de confiance et est influencée par des facteurs interpersonnels et organisationnels. **Conclusion** : Pour assurer un climat de travail agréable à ces nouvelles diplômées, il est essentiel que des stratégies soient mise en place. De plus que des programmes d'éducation interprofessionnelle, et ce, déjà dans les formations de base.
Introduction Enoncé du problème	Un défi actuel dans les services de soins est la pénurie infirmière. Pour combler le manque de personnel, ce sont principalement les nouvelles diplômées qui sont visées. En plus de ce problème, il y a de plus un haut taux de rotation du personnel chez les ND, 30% durant leur première année de pratique et 57% durant leur deuxième année (Bowles & Candela, 2005). Cette pénurie est encore augmentée en psychiatrie qui n'attire que très peu les infirmières au sortir de l'école (Cleary et Happell 2005 , Happell 1999 , Valente et Wright, 2007). Une des stratégies qui consiste à augmenter le « maintien » des infirmières dans la profession est la CIP (Rafferty et al., 2001 , Robinson et al., 2005 , Schmalenberg et al., 2005 , Tschannen 2004). Cependant, seulement peu d'études

	parlent de cette problématique, encore moins dans un contexte de psychiatrie.
Recension des écrits	Une étude de Robinson et al. (2005) examinant le lien entre la satisfaction au travail et l'intention de rester dans la profession a montré un intérêt à promouvoir le travail d'équipe et la collaboration interprofessionnelle. Pour les ND de nombreux éléments montrent leur importance dans un contexte de CIP. Ce sont par exemple : l'importance qu'on les identifie comme étant un membre de l'équipe interprofessionnelle (Halfer, 2007), créer des relations avec des autres membres de l'équipe (Santucci, 2004), montrer qu'elles apportent quelque chose à l'équipe (Krsek, 2006), développer une compréhension culturelle des rôles et relations professionnelles en interagissant avec les autres membres et donner sens à leur rôle professionnel propre par ces interactions (Lingard, Reznick, De Vito, & Espin, 2002). Comprendre son rôle professionnel propre et ses responsabilités en addition avec le développement d'une meilleure compréhension des rôles et champs de pratique des autres professionnels, étant des prérequis de la RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) à travailler en CIP (2006). D'autres recherches sur les ND en CIP mettent en valeur que d'apprendre à travail en CIP demande beaucoup d'efforts et d'énergie. Selon une étude de Schoessler & Waldo (2006), c'est seulement après 10-18 mois qu'elles voient la valeur des relations interprofessionnelles et comprennent davantage la CIP et son intérêt dans la pratique. Avant les 6 premiers mois elles manquent beaucoup de confiance notamment dans la communication avec le corps médical, et c'est ce temps qu'elles ont également besoin pour commencer à faire des suggestions au médecin au niveau des soins aux patients. Cependant, les cursus de formation infirmières actuels sont lacunaires au niveau de l'éducation interprofessionnelle ce qui induit des problèmes de compréhension à propos des autres professions (vocabulaire, valeurs, forces, rôles), mais également des lacunes dans le raisonnement clinique et la résolution de problèmes (Hall, 2005 ; Lingard et al., 2002). Ce manque de formation est aussi une préoccupation en soins psychiatriques, en effet les infirmiers sont peu compétents à exercer dans ce setting une fois fraichement diplômés, ils manquent d'ailleurs de confiance en soi (Cleary, Horsfall & Happell, 2009).
Cadre théorique ou conceptuel	La collaboration interprofessionnelle (définition, avantages, outcomes patients et outcomes soignants)
Question de	Le but de cette étude est d'explorer la façon dont les nouvelles diplômées vivent l'expérience du travail dans la

recherche	collaboration interprofessionnelle dans un organisme de santé mentale.
Méthodes Tradition et devis de recherche	Etude qualitative, design descriptif. Ce devis est adapté lorsque l'on souhaite une description linéaire d'un événement ou d'un phénomène. Il facilite la compréhension (qui, quoi, où) des événements ou des expériences (Sandelowski, 2000). La recherche qualitative permet la plupart du temps des réponses aux questions intéressant les professionnels de la santé (Sandelowski 2000 , Thorne et al., 1997).
Population et contexte	10 participants au total, ont été recrutés par « commodités » (convenience sampling) ce qui correspond une sélection en fonction de la disponibilité des participants. Recrutement fait par un hôpital renommé dans l'enseignement universitaire en psychiatrie au Canada.
	L'échantillon comprend 10 infirmières nouvelles diplômées, dont 7 avec licence (registered nurses) et 3 en attente de licence (registered nurses candidates). Les critères d'inclusion sont : • Les ND travaillant dans un service de psychiatrie • Minimum 3 mois d'expérience et maximum 18 depuis la date de diplôme. (3 mois min. permettant à la ND de se familiariser avec l'équipe et d'être orientée dans le service et 18 mois ou moins pour ne cibler que les ND en concordance avec le modèle de Benner (1984).) • Taux d'engagement à temps plein ou partiel • Ou en remplacement **Echantillon final** : 6 femmes et 4 hommes, âgés entre 21 et 55 ans (moyenne d'âge de 36,4 ans), ayant une expérience professionnelle de 5 à 18 mois, 8 infirmiers ont un niveau de formation « College degree », 2 un niveau « Bachelor degree », 8 infirmiers travaillent à plein temps, 2 à temps partiel, tous travaillent actuellement dans la santé mentale, dans 6 domaines différents notamment les urgences, soins intensifs, gérontopsychiatrie et pool infirmier.
Collecte des données et mesures	Les données ont été récoltées entre les mois de septembre et novembre 2009.
	Les données ont été récoltées à l'aide d'entretiens individuels.

Déroulement de l'étude	C'est tout d'abord le chercheur principal de l'étude qui a rencontré les individus chacun à leur tour sur leur lieu de travail afin de décrire l'étude en détail et de planifier la date de l'entretien. Un seul entretien semi-structuré a eu lieu pour chaque participant toujours par le chercheur principal. L'interview a eu lieu durant les heures de service et a duré entre 45 et 60 minutes. Des questions ouvertes ont été posées visant à explorer le rôle de chacun dans la CIP, ainsi que les différentes expériences, positives ou négatives de la CIP considérées comme facilitateurs ou barrières à celle-ci. Puis finalement le niveau de soutien par les équipes dans le développement du rôle de la ND a été demandé.
Rigueur	Deux autres chercheurs experts dans les études qualitatives ont également analysé un sous ensemble de données codées afin de confirmer la fiabilité de l'interprétation. Les chercheurs ont pu affirmer la valeur des démarches.
Résultats Traitement des données	Les entrevues ont été enregistrées et retranscrites en verbatims pour pouvoir être analysées. Les analyses ont été réalisées en même temps que la récolte de données de manière inductive. Le chercheur principal s'est chargé de relire de maintes fois pour comprendre et donner un sens aux témoignages. Les données ont ensuite été réduites en codes, catégories et matrices. Le chercheur a examiné ligne par ligne les retranscriptions afin de ressortir ce qui touchait l'expérience des ND dans la CIP. Des catégories ont ensuite été crées afin de regrouper les codes qui renvoient à des concepts similaires. Des thèmes ont finalement été émis à partir des catégories pour représenter l'essence-même de la recherche.
Présentation des résultats	D'après l'expérience vécue des participants, les auteurs ont classés les résultats en plusieurs thématiques. **(a)** La première est l'adoption d'un **rôle passif** dans la CIP afin d'apprendre à « s'intégrer ». **(b)** La deuxième et objectif final, est **l'engagement dans un rôle actif** visant une incidence positive sur les soins aux patients. Les éléments centraux à la ND qui permettent sa transition d'un rôle passif à un rôle actif, sont de **manifester de la crédibilité** ainsi que **de développer de la confiance**. Ce processus de transition est **influencé par des facteurs intrapersonnels et organisationnels**. **a)** L'expérience initiale en CIP est définie comme un processus passif par les participants. Ce rôle permet à la ND de développer une meilleure compréhension de son environnement de travail, c'est-à-dire de la population-patient rencontrée et de la collaboration interprofessionnelle. Leur premier besoin est de se familiariser avec le contexte et

	de visualiser s'il sera possible de s'y intégrer. Un participant mentionne que 6 mois seraient utiles avant de réellement faire de l'interprofessionnalité. Cette période permet d'apprendre à connaître le type de patient, le personnel, et le règlement du service. Dans les débuts, beaucoup de ND expriment un manque de confiance dans les transmissions d'informations patient, mais également dans l'expression de leurs opinions à l'équipe interprofessionnelle, particulièrement pendant les colloques interprofessionnels. Pour faire sa place et réellement s'intégrer dans le système, l'observation attentive de la CIP en action, c'est-à-dire des interactions, dynamiques et fonctions d'équipe permettent d'identifier les rôles de chaque membre et donc facilite l'adaptation. Car cela rend capable d'identifier les forces et faiblesses des membres de l'équipe et par conséquent de travailler avec elle. **Ecouter et observer** Le principe d'écoute et d'observation est utile à la nouvelle diplômée dans la mesure où il permet une amélioration des connaissances et des compétences. Certains participants ont trouvé utile de pouvoir échanger avec leur infirmière référente et apprendre de leur expérience passée dans la prise en charge de certaines situations de soins spécifiques. L'interaction avec le mentor ou la référente a aussi été utile pour apprendre à mieux interagir et communiquer en groupe. D'autres trouvent que poser des questions et partager avec les membres de la CIP directement est un bonne manière d'apprendre. En résumé, il est dans cette, phase primordial aux ND, afin d'apprendre un maximum, de parler le moins possible et d'écouter le plus possible. **Manifester de la crédibilité et développer de la confiance** Les ND transcendent leur rôle passif au fur et à mesure qu'elles manifestent de la crédibilité et développent un sentiment de confiance au sein de l'équipe interprofessionnelle. Cette confiance n'est pas pensée comme « confiance en soi » de la ND mais bien la confiance qu'accordent les membres de l'équipe interprofessionnelle à la ND, et donc la reconnaissance qu'ils ont de la valeur de la ND. La plupart des participants mentionnent que le temps nécessaire à sortir de ce rôle passif est en lien avec leur

	capacité à faire leurs preuves. Une fois reconnus dans leur propre valeur, il est alors plus facile de faire des suggestions, prendre part aux décisions et donc de prendre un rôle plus actif dans la collaboration. L'interlocuteur sera alors d'autant plus ouvert et à l'écoute. La confiance semble être la clé de ce processus et essentielle pour garantir un environnement sûr. Le développement de la confiance étant lui-même un processus synergique dans lequel la confiance dans l'équipe et celle en les membres individuellement sont étroitement liées. C'est le cas par exemple, lorsque selon le médecin, nous faisons partie intégrante d'une équipe et donc notre opinion représente la valeur de l'équipe. Si les membres de l'équipe on confiance en nous, le médecin va alors être en confiance aussi, tout comme il a confiance en l'équipe. **b)** Une fois la transition dans un rôle plus actif, les participants affirment avoir de plus grandes responsabilités sur les soins aux patients. En psychiatrie, le rôle actif comprend le fait de collaborer pour assurer un environnement de soins plus sécuritaire pour les patients, pour l'équipe interprofessionnelle et pour soi-même. Ainsi, les participants affirment avoir un poids dans l'équipe interprofessionnelle. **→ Collaborer pour assurer un environnement de pratique sécuritaire** La plupart des participants expliquent que la sécurité est centrale concernant la CIP. La sécurité est une préoccupation commune pour le bien-être des patients ainsi que des membres de l'équipe. « Nous avons tous besoin de pouvoir compter les uns sur les autres, croire que nos collègues seront là en cas de besoin » (témoignage d'un participant, p.158). C'est une interrelation. Assurer un environnement sécuritaire implique pour l'infirmière de savoir évaluer le patient tout comme reconnaître les signes de mise en danger autant du personnel que du patient lui-même, ainsi que d'intervenir avant qu'il ne soit trop tard. Cet aspect est ici particulièrement mis en valeur en lien avec la santé mentale, dans laquelle des situations de violence peuvent toujours arriver et à tout moment. **→ Avoir un poids dans l'équipe interprofessionnelle** Dans le rôle actif, la contribution des ND est reconnue et valorisée lors des discussions à propos des prises en charge des patients. L'infirmière étant le plus en contact avec le patient, cela aide la ND qui devient confiante avec le temps dans sa capacité à fournir des informations actuelles et pertinentes à l'équipe. Cette capacité a évolué au fil du temps que les ND ont acquis une meilleure compréhension de l'état de leurs patients et ainsi sélectionné les bonnes informations à transmettre. Recevoir des responsabilités et se sentir apte à en être digne, c'est le signe que

	l'on devient une infirmière. (p.158) **Facteurs interpersonnels et organisationnels** contribuant la transition → **Le sentiment d'être soutenu et valorisé** Lorsque les membres de l'équipe demandent l'avis des ND, cela ne fait que renforcer le sentiment d'être soutenu et valorisé dans l'équipe. Ce sentiment a une grande importance dans la satisfaction au travail, la confiance et le sentiment d'appartenance à un groupe. Tous les participants sont d'avis que si l'équipe est ouverte, disponible et non jugeante vis-à-vis de leurs besoins d'apprentissage, leur progression et intégration en sera facilité. → **La stabilité dans le même service** Cet aspect est valorisé par plus de la moitié des participants qui affirment que d'avoir un contexte de travail stable a un impact positif sur la transition. Le contexte correspond à la culture de l'unité, à l'équipe et au type de patients rencontrés. En effet cette stabilité a des effets positifs sur les ND dans la mesure où elle facilite leur investissement dans les prises en charge et leurs interactions dans l'équipe interprofessionnelle. Les infirmières ND engagées dans les équipes de pool ont au contraire exprimé davantage de difficultés par leur rotation dans beaucoup de différents services se sentant alors constamment étrangers, sans pouvoir s'intégrer dans les équipes interprofessionnelles.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Les études sont déjà bien fournies au sujet de la transition et socialisation des nouvelles diplômées dans la pratique et dans la CIP de manière générale. Mais cette étude est unique, car elle souligne l'importance du développement de la confiance afin de permettre à la ND de s'intégrer et s'investir dans un rôle actif au sein de l'équipe interprofessionnelle dans un service de santé mentale.
	Dans le **rôle passif, l'observation et l'écoute** des interactions de l'équipe interprofessionnelle sont effectivement des stratégies utiles permettant d'apprendre et intégrer un nouveau rôle dans l'équipe. Ce fait est appuyé par la littérature qui mentionne qu'en observant des relations sociales inhérentes à la collaboration interprofessionnelle, les ND apprennent à connaître le rôle des autres professionnels et ainsi leur rôle propre dans leurs interactions avec les autres. Ce processus promeut leur sentiment d'appartenance professionnelle et soutient leur désir d'adhésion à l'équipe (Lingard et al., 2002). Par l'observation et l'écoute les participants ont appris le processus social inhérent au travail en équipe

	interprofessionnelle, comme la communication avec les médecins, les méthodes verbales et non verbales adaptées à s'exprimer en groupe. Ces processus contribuent à la **socialisation** de l'infirmière au sein de l'équipe interprofessionnelle et sont cohérent avec ce qu'on trouve dans la littérature. Certains auteurs mentionnent qu'il est important pour les ND dans leur processus d'apprentissage et de recherche de sens, d'interagir avec des collègues expérimentés et des supérieurs ce qui favorise l'assimilation de leur propre rôle professionnel (Major, Kozlowski, Chao & Gardner, 1995). C'est justement en se socialisant, que la ND va apprendre comment travailler en temps que membre d'une équipe interprofessionnelle (Duchscher 2001, 2008 ; Santucci, 2004 : Schoessler & Waldo, 2006), ce qui facilite ensuite leur intégration dans un environnement de « travail d'équipe » (Cantrell, Browne & Lupinacci, 2005). Cet aspect parle pour l'importance de modeler un rôle effectif parmi les membres d'une équipe interprofessionnelle en CIP. Inhérent au **rôle actif** de l'infirmière, il lui revient de collaborer afin de promouvoir un **environnement de pratique sécuritaire** avec les patients, pour elle-même et avec l'équipe interprofessionnelle. La sécurité dans le milieu de santé mentale est un sujet particulièrement abordé par les participants, en lien avec la probabilité élevée de rencontrer des situations à risque (Cowman, Farrely & Gilheany, 2001 ; Gilburt, Rose & Slade, 2008 ; Owen, Tarantello, Jones & Tenntant, 1998 ; Trenoweth, 2003). La CIP en santé mentale est indispensable pour assurer un environnement de travail sécuritaire pour tous les acteurs (les patients, soi et les autres) (Brunt & Hansson, 2002 ; Shives, 2005). Pour les participants à cette étude, leur contribution est **indépendante**, à savoir, être capable de faire une anamnèse et évaluer l'état mental et physique des patients, et **interdépendante**, à savoir, fournir les informations pertinentes aux collègues, communiquer à l'équipe la réponse à la médication par le patient ainsi qu'accompagner les autres membres de l'équipe lors d'interventions qui mettent la sécurité en péril. Les participants affirment que la sécurité est également dépendante de la **confiance** entre les membres de l'équipe, celle-ci crée un sentiment d'interdépendance entre eux et a un impact sur la sécurité perçue. **L'interdépendance** dans une équipe se développe lorsque les membres de l'équipe ont **confiance** en les connaissances des uns des autres ainsi que leur expertise et en leur capacité de prendre des décisions (Orchard et al., 2005). Par conséquent le manque de confiance à des conséquences sur la communication, la cohésion de groupe et les responsabilités (Firth-Cozens, 2004 ; Sherwood et al., 2002).

	La confiance se construit avec le temps, lorsque les ND peuvent montrer qu'elles font du bon boulot avec leur patient, ainsi qu'en communiquant et discutant à des moments opportuns avec des autres collègues au sujet de certaines situations critiques rencontrées. D'autres études montrent que l'acquisition de la confiance prend du temps, nécessite des succès personnels qui permettent d'avancer dans un bon esprit ainsi que de la confiance en son rôle propre (Henneman et al., 1995). Elle est améliorée à travers la communication ouverte, le partage d'informations pertinentes et de ses opinions ainsi que la prise de parti aux prises de décisions (Sherwood et al., 2002). Le développement de la confiance se trouve mis en difficultés chez les infirmières faisant partie d'un « pool ». N'étant pas affiliées à un service en particulier, elles ressentent des difficultés dues au manque de stabilité qui peut se faire ressentir dans la collaboration avec l'équipe interprofessionnelle, la cohésion de groupe, et les relations de travail qui en sont entravées, etc. (Adams & Bond, 2003). Dans ce cas de figure, les participants à l'étude, se sont sentis peu écoutés et incapables de répondre aux questions des membres de l'équipe interprofessionnelle, au sujet de leurs patients.
Perspectives	**Implications pour la pratique** Les résultats de cette étude ont surtout des implications pour les formatrices (infirmières qui travaillent avec un degré d'éducation dans l'hôpital et détiennent un master), les infirmières cheffes, et les cliniciennes. Ces acteurs peuvent jouer un rôle central dans la création d'un environnement de travail sain et qui promeut la collaboration interprofessionnelle et faciliter la transition des infirmières au sein des équipes interprofessionnelles. 7 stratégies sont abordées : 1. Faire en sorte que la collaboration interprofessionnelle « efficace » soit modélisée, protocolée aux ND 2. Encourager la collaboration entre les ND et les membres de l'équipe interprofessionnelle en soutenant leur présence et leur participation aux colloques 3. Assurer des ND qui prodiguent des soins cohérents aux patient (providing new nurses with consistent patient assignment.) 4. Augmenter le nombre de ND dans les plages horaire en journée, pour encourager et soutenir leurs interactions avec les équipes interprofessionnelles. 5. Proposer du temps pour des groupes de parole permettant aux ND de s'exprimer et faire le point sur leur socialisation dans l'équipe interprofessionnelle et parler de leur expérience dans la CIP

	6. Attitrer les ND à des services qui misent beaucoup sur la sécurité, et ainsi soutenir leur contribution à la création d'un environnement de pratique sécuritaire. 7. Offrir à tous les membres des équipes interprofessionnelles des moyens de perfectionnement professionnels ciblés sur l'ICP, et sur le développement des compétences de communication, totalement essentielles à une collaboration interprofessionnelle efficiente. Les cheffes de service et formatrices devraient donner l'occasion aux ND de travailler davantage ou régulièrement dans un service fixe, à savoir qu'elles ont besoin de 3 mois pour être à l'aise avec leur rôle et compétences, et pour se familiariser avec les règles, protocoles et l'organisation (Almada, Carafoli, Flattery, French & McNamara, 2004 ; Boswell et al., 2008). L'éducation interprofessionnelle (EIP) doit également être favorisée dans les formations de bases mais également continues (Health Canada, 2004 ; RNAO, 2006). L'EIP devrait inclure : l'implication d'étudiants en santé de plusieurs disciplines qui seraient socialisés par un travail commun impliquant la résolution de problèmes et la prise de décision partagée. Ce qui développerait une compréhension mutuelle de la contribution de chaque discipline par les étudiants. Ceci permettrait aux étudiants d'acquérir les compétences requises pour la pratique de collaboration interprofessionnelle (Health Canada, 2004). D'autre part, les infirmières formatrices pourraient privilégier des stages cliniques qui promeuvent la collaboration interprofessionnelle (D'amour & Oandasan, 2005), et encourager les étudiantes infirmières à s'investir dans la pratique collaborative. **Limitations** Le petit échantillon n'a pas permis de faire des comparaisons entre les participants eux-mêmes. Il serait par exemple intéressant pour une prochaine étude d'explorer les différences possibles entre l'expérience vécue des ND avec licence (new registered nurse) et les infirmières diplômées mais sans licence (registered nurse candidate)[1].

[1] Une « registered nurse » correspond à une infirmière diplômée dont les capacités ont été attestées quelques temps après son diplôme par une autorité étatique, ceci lui donne un droit de pratique reconnu. Ce système existe en Amérique du Nord notamment.

Questions générales Présentation	L'article est présenté de manière très structurée est lisible. Des chapitres sont rédigés en fonction des thématiques, les informations sont ainsi bien triées.
Evaluation globale	L'article est très pertinent pour la pratique infirmière avec des données généralisables à d'autres settings que la santé mentale.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2ème éd.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche qualitative

Références de l'article analysé : Schwartz, L., Wright, D. & Lavoie-Tremblay, M. (2011). New Nurses' Experience of Their Role Within Interprofessional Health Care Teams in Mental Health. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 25, No. 3 (June), 2011 : pp 153-163. doi : 10.1016/j.apnu.2010.08.001					
Aspects du rapport	**Questions**	**oui**	**Non**	**Peu clair**	**Commentaires**
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre met en avant le sujet de l'étude avec précision sans avoir besoin de lire le résumé.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			L'abstract met en avant les éléments des différentes parties et informations de l'étude ; devis, échantillon, méthode, résultats et recommandations.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le problème est énoncé succinctement mais avec les précisions nécessaires en posant le cadre de la problématique.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Mise en valeur de plusieurs études qui traitent d'une partie de la thématique et qui ressortent des pistes de recherches supplémentaires, utilisées ensuite pour formuler la question de recherche.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	Seule la collaboration interprofessionnelle est inclue dans le cadre théorique, mais suffisamment fournie pour en comprendre les notions qui influencent le contexte.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			La question de recherche est claire.

	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			La question de recherche est formulée en fin d'introduction de sorte à ce que tous les termes aient déjà été expliqués auparavant. Elle correspond au titre de l'étude.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X X		X	Etude qualitative avec un design descriptif. L'interview est adaptée au design. Pas suffisamment d'informations pour répondre à cette question.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			L'âge le sexe, le setting de travail, l'expérience, le degré de formation et l'engagement (%) sont mentionnés dans la description de l'échantillon. Les critères d'inclusion sont mentionnés et certains argumentés à l'aide de la théorie.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	Pas d'indicateurs clairs à ce propos.
Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?			X	Uniquement l'entretien est décrit et non pas les instruments de retranscription, codage et analyse.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Les entretiens sont adaptés pour comprendre l'expérience vécue des ND dans ce contexte.

Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le déroulement de l'étude est décrit en détail. Une approbation éthique et scientifique a été délivrée par les universités mères de 2 des chercheurs ainsi que par les sites qui embauchent les participants.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Un sous ensemble de données codées a de plus été analysé par deux chercheurs experts dans les études qualitatives afin de confirmer la fiabilité de la démarche.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Chaque étape faite par le chercheur principal est décrite et détaillée jusqu'à l'élaboration des thématiques structurant ensuite le chapitre des résultats.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés de manière très lisible et sont classés en fonction des thématiques phares mises en valeur par le chercheur principal.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Chaque donnée pertinente est argumentée à l'aide de la littérature ou des théories.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Les possibilités de généralisation des conclusions sont exposées en lien avec les limites de l'étude.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites sont exposées notamment au niveau de la taille de l'échantillon.

Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les recommandations pour la pratique sont exposées, tout comme les perspectives futures du point de vue de la recherche avec des pistes potentielles.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			De par la bonne structure, l'article se prête très bien à une analyse. Les éléments pertinents sont mis en valeurs grâce à l'organisation des informations par thématiques.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats sont utiles pour la pratique infirmière, l'utilité est mise en valeur objectivement par l'article.

Référence bibliographique :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Grille de lecture d'un article scientifique

Approche quantitative

Aspects du rapport	**Contenu de l'article**
Références complètes	Hopkins, J. L., & Bromley, G. E. (2016). Preparing New Graduates for Interprofessional Teamwork: Effectiveness of a Nurse Residency Program. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, *47*(3), 140- 148. http://doi.org/10.3928/00220124-20160218-10
Résumé	Le but de cette étude est de déterminer si un suivi de l'institution (nurse residency program) est utile aux nouvelles infirmières diplômées (ND) afin d'améliorer leurs compétences dans la pratique de la collaboration interprofessionnelle (CIP). Le suivi de l'institution consiste en une réunion une fois par mois où les ND se rencontrent avec des infirmières expérimentés (IE) pour parler de la CIP ou d'autres thèmes. Il s'agit d'un devis transversal, qui compare le taux de satisfaction des ICUS et de l'équipe infirmière dans un centre médical académique du mid-ouest avec les données nationales de références obtenues en 2007 à partir d'un outil de préparation à la pratique infirmière. L'étude nationale avait été menée avant que les programmes de suivi de l'institution ne soient mis en place. Le taux de satisfaction variait selon l'ICUS, les IE et les ND en ce qui concerne la CIP. La satisfaction des ICUS et des membres de l'équipe soignante vis-à-vis des compétences de la ND est plus élevée cette étude. En effet, comparé avec l'étude nationale les IE et les responsables sont plus satisfaits des compétences des ND dans la CIP après qu'elles aient suivi le programme de l'institution. Les ND aussi s'évaluent plus compétente dans la pratique en CIP.
Introduction Enoncé du problème	A l'échelle nationale, le personnel des soins infirmiers de l'hôpital est composé en moyenne de 10% de ND. En raison de changement dans l'environnement des soins de santé, la main d'œuvre infirmière devrait augmenter de 19% pour pourvoir tous les postes d'infirmiers d'ici à 2022. Etant donné ces statistiques, il est impératif que l'université et les ICUS travaillent ensemble dans la préparation des ND. Bien que 90% des leaders trouvent que leurs ND sont prêt à entrer dans la vie active, seulement 10% des responsables partagent cet avis. Des initiatives comme un programme de suivi par l'institution ont été mis en œuvre pour faciliter la transition entre étudiant infirmier et infirmier professionnel. Cependant, pour que ces programmes soient efficaces, une compréhension des limitations des ND est nécessaire pour limiter le trou entre l'école et pratique. Les ICUS évaluent généralement les ND comme ayant de faibles compétences dans la CIP, c'est-à-dire l'habilité à travailler comme étant un membre de l'équipe interprofessionnelle, de communiquer avec eux et de

	déléguer de façon appropriée. Ces limitations dans la communication ont comme conséquence de compromettre les soins au patient. Un programme de suivi de l'institution est une opportunité pour le développement professionnel des ND, afin de les aider à réussir la transition de leur rôle d'étudiant à celui de professionnel infirmier compétent, en toute sécurité.
Recension des écrits	Une recherche exhaustive sur le programme de suivi de l'institution se concentrant sur la CIP a été menée. Cappel, Hoak et Karo (2013) ont indiqué que la communication interprofessionnelle et en équipe devrait être une composante essentielle d'un programme de suivi de l'institution. Cependant, on ne sait pas sur la base de la littérature si un tel programme comporte des modules spécifiques dans le but d'améliorer les compétences des ND en CIP. Donc en incorporant la CIP comme une composante principale du programme de suivi de l'institution, cela peut contribuer à diminuer l'usure des ND, mais également offrir des possibilités de développer des compétences professionnelles, telle que la communication interprofessionnelle. Ainsi, Williams, Goode, Kresk, Bednash and Lynn (2007) ont trouvés que les ND qui participent au programme de suivi de l'institution montraient une amélioration de leur habilité à communiquer avec les autres disciplines. Les ND rapportent un niveau de stress élevé durant les 6 à 9 premiers mois de travail et perçoivent les infirmiers expérimentés comme non soutenant. Les données qualitatives générées par le programme de suivi de l'institution, suggèrent que celui-ci facilite la transition vers le rôle de professionnel en soins infirmiers. Suite à leur participation à ce programme, les ND ont rapportés se sentir moins isolés, plus confiantes et capables de gérer leur charge de travail et expérimentent une meilleur relation avec les membres de l'équipe interprofessionnelle.
Cadre théorique ou conceptuel	Un devis transversal a été utilisé pour comparer les taux de satisfaction des ICUS et des infirmières du personnel du centre médical universitaire tel que mesuré par l'outil de préparation à la pratique des soins infirmiers avec ceux obtenus à partir d'une étude de référence réalisée en 2007 en utilisant un échantillon national de leaders en soins infirmiers .
Hypothèses	Le but de cette étude est de déterminer si un programme de suivi de l'institution est efficace afin d'améliorer le taux de satisfaction des compétences des ND dans la pratique en CIP, du point de vue de la ND ainsi que de l'ICUS et des infirmières expérimentés.
Méthodes Devis de recherche	Un devis transversal a été utilisé

Population et contexte	Une liste de participants potentiels de 1000 infirmières a été fournie par l'organisation du centre médical des infirmières. Cette liste comprennait des ICUS et ICUS adjointes et des infirmiers expérimentés. L'échantillon est finalement constitué de 149 infirmières qui travaillent en unité stationnaire, contexte qui comprend un nombre supérieur de ND que dans des unités ambulatoires, salles d'OP ou laboratoire. 35 d'entre elles ont 1 an ou moins d'expérience en soins infirmiers et 114 ont au moins 2 ans d'expérience.
Collecte des données et mesures	En 2007, le Centre Exécutif Infirmier a développé l'outil de préparations à la pratique aux soins infirmiers dans l'objectif de fournir une compréhension plus détaillée des compétences des ND considérées par l'ICUS comme spécifique, exploitable, et reflétant la demande hospitalière actuelle. L'instrument de sondage a été révisé régulièrement jusqu'à ce que toutes les recommandations y soient incorporées à partir d'un large éventail d'experts, incluant des infirmières cadres en milieu hospitalier, les directeurs, les doyens des écoles de soins infirmiers et des représentants de formation en soins infirmiers. Cet échantillonnage complet de responsable en soins infirmiers fourni des analyses détaillées sur les écarts de satisfactions à propos des compétences des ND. Le Centre Exécutif Infirmier a mené une analyse de fiabilité partagée en séparant au hasard toutes les compétences en deux groupes et en déterminant ainsi la fiabilité de chaque groupe de compétences. Les données démographiques incluaient le type d'unité qui employaient des ND, le nombre de ND employées chaque année, et le nombre de patients auxquels elles fournissent des soins. Les 36 compétences de l'outil de préparation à la pratique en soins infirmiers, considérées comme nécessaire pour la pratique, inclues les grandes catégories de connaissances clinique, de compétences technique, de raisonnement critique, de communication, de professionnalisme, et de la gestion des responsabilités. Ce sondage à été fait de manière à ce qu'il ne prenne pas plus de 15minutes à remplir.
	L'anonymat et la confidentialité ont été garantis car les participants étaient rendus anonymes par l'outil de collecte SurveyMonkey. Un consentement électronique a été demandé à tous les participants et chacun d'entre eux pouvaient quitter ou décliner la participation à l'étude a tout moment sans avoir de répercussions sur leur place de travail ou leur statut à l'hôpital.
Déroulement de l'étude	Les chercheurs ont discuté individuellement à propos de l'objectif de l'étude avec l'ICUS et ont distribué des flyers avec une description du sondage. En plus, les flyers avec les informations à propos du sondage ont été affichés dans les bureaux infirmier de chaque unité stationnaire. Après 2 jours à discuter à propos de l'étude avec chaque ICUS, les chercheurs ont envoyé un e-mail à chaque ICUS en donnant des informations à propos de l'étude avec un lien pour y accéder. Pour maximiser le nombre de réponse, un e-mail de rappel a été

	envoyé 2 semaines après.
Résultats Traitement des données	Le tableau 1 présente les données démographiques incluant le nombre d'année d'expérience du participant comme infirmier, le titre de travail ou le rôle principal, le domaine et la spécialité. Le nombre d'années d'expérience va de moins d'1an à plus de 10ans. La moyenne des années d'expériences en tant qu'infirmier était 6 ans et les valeurs les plus élevées étaient de 10 ans ou plus. Les infirmières qui indiquaient par elles-mêmes avoir 1 an ou moins d'expérience étaient considérées comme ND. Les participantes avec 2 ans ou plus d'années d'expériences étaient catégorisées comme IE. Le tableau 2 représente les items de l'outil de préparation à la pratique en soins infirmiers. Etant donné que l'étude se concentrait sur l'habilité des ND à fonctionner comme un membre de l'équipe interprofessionnelle, l'évaluation des performances des items de la CIP ont été comparés entre cette étude et l'étude nationale de 2007. Chaque compétence évaluée dans cette vaste catégorie a obtenus un meilleur résultat que l'évaluation de l'étude nationale. Les compétences représentant la CIP incluent la communication avec l'équipe interprofessionnelle l'habilité à travailler comme un membre de l'équipe, d'identifier quand il faut demander de l'aide, la capacité à accepter les critiques constructives, l'interprétation des ordres des médecins et les ordres interprofessionnels, la communication avec les médecins, avoir un suivi approprié, la résolution de conflits, et la délégation des tâches. Les comparaisons ne sont pas faites seulement entre l'expérience du centre médical et celle de l'étude nationale mais aussi entre les IE et les ND. Finalement, les comparaisons ont été faites entre comment le groupe de responsables évaluaient les compétences des ND dans l'expérience du centre médical avec les évaluations de l'étude nationale (Tableau 3), les membres de ce groupes ont rapportés avoir 7 ou 10ans voir plus d'expérience. Les infirmières du personnel ne sont donc pas inclues dans ce groupe.
Présentation des résultats	**Communication avec les membres de l'équipe :** Les IE évaluent la communication avec l'équipe interprofessionnelle comme la compétence la plus élevée des ND avec 63% de taux de satisfaction en comparaison des 38% de satisfaction pour l'étude nationale. Les ND s'évaluent elles-mêmes satisfaites ou très satisfaites de leur performance dans la catégorie de la communication avec l'équipe interprofessionnelle à un taux de 88%. Les responsables sont satisfaits à 50% de la compétence des ND à communiquer avec l'équipe interprofessionnelle.

	Les ND sont plus satisfaites de leur capacité à communiquer avec les membres de l'équipe interprofessionnelle que le sont les IE. Par contre, les IE sont plus satisfaites de cette capacité que les responsables. Par rapport à l'étude nationale dont les résultats n'étaient pas satisfaisants, les résultats de cette étude montrent qu'après avoir participé à un programme de suivi, les IE et les responsables sont plus satisfaits de la compétence des ND à communiquer avec les membres de l'équipe. **Travailler comme un membre de l'équipe :** Les IE disent qu'elles sont satisfaites de l'habilité des nouvelles infirmières diplômées de travailler comme un membre de l'équipe à 56% comparé à l'étude nationale qui donnait un taux de satisfaction de 37%. Les ND s'évaluent très satisfaites de leur capacité à travailler comme un membre de l'équipe avec un taux de 94%. Les responsables sont satisfaits à 71% de la compétence des ND à travailler comme un membre de l'équipe. Les ND sont plus satisfaites de leur capacité à travailler comme un membre de l'équipe que les sont les IE. Par contre, les IE sont moins satisfaites de cette capacité que les responsables. Cela peut s'expliquer par le fait que les IE travaillent côte-à-côte avec les ND tout au long de la transition alors que les infirmiers responsables ont une vision limitée des infirmières. Par rapport à l'étude nationale dont le taux de satisfaction n'était pas très élevé, les IE et les responsables sont plus satisfaits de la compétence de la ND à travailler comme un membre de l'équipe. **Savoir reconnaître quand on a besoin d'aide :** Selon le taux de satisfaction des IE de l'étude, les ND savent 50% du temps reconnaître quand est-ce qu'elles ont besoin d'aide contrairement à l'étude nationale qui elle a un taux de satisfaction de 35%. Les ND s'évaluent très satisfaites de leur compétence à reconnaître quand elles ont besoin d'aide avec un taux à 94% Les responsables sont satisfaits à 71% de la compétence des ND à savoir reconnaître quand elles ont besoin d'aide. Les ND sont plus satisfaites de leur capacité à reconnaître quand elles ont besoins d'aide que le sont les IE. Par contre, les responsables sont plus satisfaits de la capacité des ND à reconnaître quand elles ont besoins

	d'aide que les IE. Le taux de satisfaction plus élevé chez les responsables peut s'expliquer par le fait que ceux-ci sont moins régulièrement en contact avec les ND que les IE et voient moins les difficultés que les ND rencontrent. Par rapport à l'étude nationale dont le taux de satisfaction n'était pas très élevé, les IE et les responsables sont plus satisfaits de la compétence de la ND à savoir reconnaître quand elle a besoin d'aide. **Communication avec les médecins :** Selon les IE, la communication des ND avec les médecins obtient un taux de 51% alors que celui de l'étude nationale est de 23%. L'interprétation des ordres médicaux donne un taux de satisfaction de 48% pour les IE et 26% pour l'étude nationale Les ND s'évaluent satisfaites à 75% de leur capacité à communiquer avec les médecins et l'interprétation des ordres a reçu 81% de satisfaction de la part des ND. Les responsables sont satisfaits à 29% de la compétence des ND à communiquer avec les médecins et à 62% de satisfaction leur capacité à interpréter les ordres médicaux. Les ND sont plus satisfaites de leur capacité à communiquer avec les médecins et à interpréter les ordres que les sont les IE. Les IE sont plus satisfaites que les responsables sur la capacité des ND à communiquer avec les médecins. Typiquement, les médecins ont tendance à parler des difficultés plutôt aux infirmiers responsables qu'aux IE et par conséquent ces dernières peuvent ne pas être au courant du conflit. Par contre, les responsables sont plus satisfaits que les IE de la capacité des ND à interpréter les ordres médicaux. Par rapport à l'étude nationale dont le taux de satisfaction n'était pas très élevé, les IE et les responsables sont plus satisfaits de la capacité des ND à communiquer et à interpréter les ordres médicaux des médecins. **Accepter les critiques constructives :** Selon les IE, l'habilité des ND à accepter les critiques constructives est de 38% contre 30% de l'étude nationale. Les ND s'évaluent satisfaites à 94% leur compétence à accepter les critiques constructives. Les responsables sont satisfaits à 43% de la capacité des ND à accepter les critiques constructives. Les ND sont plus satisfaites de leur capacité à accepter les critiques constructives que le sont les IE. Par contre, les responsables sont plus satisfaits de la capacité des ND à accepter les critiques constructives que

	les IE. Le taux de satisfaction plus élevé chez les responsables peut s'expliquer par le fait que ceux-ci sont moins régulièrement en contact avec les ND que les IE et que lorsque ceux-ci font une remarque à le ND elle l'accepte mieux. Par rapport à l'étude nationale dont le taux de satisfaction n'était pas très élevé, les IE et les responsables sont plus satisfaits de la compétence de la ND à accepter les critiques constructives. **La délégation des tâches :** La capacité de déléguer une tâche chez les ND, une compétence cruciale pour les infirmières, était la moins bien notée par les IE avec un taux de satisfaction de 24% et seulement de 10% pour l'étude nationale. La compétence la moins bien évaluée par les ND est la délégation des tâches qui les satisfait seulement à un taux de 53%.Les responsables sont satisfaits à 29% de la capacité des ND à déléguer les tâches. Les ND s'évaluent moyennement satisfaites de leur capacité à déléguer et cette capacité est la moins bien évaluée par les IE. Les responsables sont légèrement plus satisfaits de cette compétence que les IE le sont. Par rapport à l'étude nationale dont le taux de satisfaction est encore moins élevé, les IE et les responsables sont un peu plus satisfaits de la compétence des ND à déléguer. **La résolution de conflits :** Les IE sont satisfaites à 31% de la capacité des ND à résoudre les conflits contre 12% de l'étude nationale. Les ND évaluent à 56% leur capacité à résoudre les conflits. Les responsables évaluent la capacité des ND à 0% pour la résolution de conflit. Les ND s'évaluent moyennement satisfaites de leur compétence à résoudre les conflits et les IE les évaluent encore plus faiblement. Les infirmières sont plus satisfaites que les responsables de la capacité des ND à résoudre les conflits. En effet, le taux de satisfaction des responsables face à la capacité des ND à résoudre les conflits est nul. Peut-être que cela peut s'expliquer par le fait que les ND ont plus tendance à aller parler des conflits qu'elles vivent à leur responsable que le ferait une infirmière plus expérimentée. Par rapport à l'étude nationale dont le taux de satisfaction n'est pas très élevé, les IE sont plus satisfaites de la capacité des ND à résoudre les conflits. Pour la première fois dans les résultats, les responsables ont un taux de satisfaction moins élevé que le taux de satisfaction de l'étude nationale.
Discussion	Les résultats de l'étude fournissent des informations valables sur les effets d'un programme de suivi de

Intégration de la théorie et des concepts	l'institution sur le taux de satisfaction des compétences des performances des ND entre les infirmiers responsables et les infirmiers du personnel. Les IE, les responsables et les ND évaluent différentes compétences à différent niveau de satisfaction. Les réponses des ND suggèrent qu'elles croient être plus efficaces dans la communication interprofessionnelle en comparaison avec les perceptions des collègues plus expérimentés et des responsables. Etant donné que le centre médical a déjà un programme de suivi sur le thème de la communication, de telles discussions peuvent avoir influencés le taux de satisfaction plus élevé. Il faut prendre note que les ND se sont évaluées elles-mêmes de façon plus élevée dans toutes les compétences en comparaison avec les évaluations des IE et des responsables. Cette disparité demande des études supplémentaires car le sondage est relié à l'auto-évaluation des ND et le souvenir des IE et des responsables sans preuve de résultats pour les patients ou un feedback interprofessionnel. Le biais de l'évaluation peut être relié à la petite taille de la population dans le groupe des ND. Un total de 35 infirmières avec moins de 2 ans d'expérience ont complétés le sondage comparé à 114 IE. Les résidents infirmiers qui ont répondu au sondage peuvent avoir été auto-sélectionnés et peuvent être plus compétent et confiant.
Perspectives futures	Les preuves suggèrent que le manque de confiance, le manque de connaissances cliniques et d'expérience et la peur d'être rejeté par l'équipe de soins sont des facteurs qui influencent la façon dont la ND va initier ou s'engager dans la CIP. La compréhension des facteurs influençant la CIP parmi les ND peut offrir des stratégies pour renforcer leur maintien. Un programme de suivi de l'institution peut faciliter la transition à la pratique mais des exercices spécifiques incluant la CIP peuvent maintenir les ND dans ce domaine. Ce projet était digne d'attention car les ND représentent 10% de système de santé en personnel infirmier.

Questions générales Présentation	L'étude est présentée de façon claire et compréhensible et les différents paragraphes sont annoncés distinctement
Evaluation globale	Cette étude se prête à une analyse claire et minutieuse.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2ème éd.

Grille de lecture critique d'un article scientifique

Approche quantitative

Référence de l'article analysé : Hopkins, J. L., & Bromley, G. E. (2016). Preparing New Graduates for Interprofessional Teamwork: Effectiveness of a Nurse Residency Program. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 47(3)*, 140- 148. Doi. 10.3928/00220124-20160218-10					
Aspects du rapport	**Questions**	**oui**	**Non**	**Peu clair**	**Commentaires**
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre est clair et permet de saisir le problème énoncé
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			La recherche contient les principales parties.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Dès le résumé, le problème de recherche est énoncé.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Une recension des écrits a été faite au préalable
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Les concepts se devinent mais n'ont pas été cités clairement
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			L'hypothèse est clairement décrite.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Elle découle d'une recherche nationale qui sert aussi de point de comparaison à cette étude

Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Un devis transversal a été utilisé
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Il y a toutes les informations nécessaires pour l'échantillon, contexte, lieu de travail, âge, sexe, critères d'inclusions et d'exclusions.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	La taille de l'échantillon est correcte mais aurait pu être plus importante.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les instruments sont décrits
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables sont décrites
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X X			Les procédures de recherches sont décrites et les participants peuvent arrêter l'étude quand ils le désirent et les données sont anonymes.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Oui car les analyses ont toutes été transcrites sous forme de statistiques et de pourcentage.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Sous forme de tableau
Discussion	-Les principaux résultats sont-ils	X			Selon des recherches antérieures et selon les concepts

Support-Gratuit.com

Intégration de la théorie et des concepts	interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?				sous-jacents.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			La compréhension des facteurs influençant la CIP parmi les ND peut offrir des stratégies pour renforcer leur maintien. Un programme de suivi infirmier peut faciliter la transition à la pratique mais des exercices spécifiques incluant la CIP peuvent maintenir les nouveaux professionnel infirmiers dans ce domaine
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui les chercheurs parlent des limitations de l'étude
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les chercheurs parlent de l'implication dans la pratique
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article se prête à une analyse critique minutieuse
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Oui car cela va permettre d'aider les nouvelles infirmières à s'intégrer dans la collaboration interprofessionnelle.

Référence : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.