



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

**FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES
ET POSTDOCTORALES**



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

**FACULTY OF GRADUATE AND
POSTDOCTORAL STUDIES**

Célyne Laflamme

AUTEUR DE LA THÈSE / AUTHOR OF THESIS

M.Sc. (sciences infirmières)

GRADE / DEGREE

Département des sciences infirmières

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT / FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

Transition à la pratique de l'infirmière praticienne francophone diplômée

TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS

Betty Cragg

DIRECTEUR (DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS SUPERVISOR

Frances Legault

CO-DIRECTEUR (CO-DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS CO-SUPERVISOR

Jocelyne Tourigny

Denise Pharand

Gary W. Slater

Le Doyen de la Faculté des études supérieures et postdoctorales / Dean of the Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

**TRANSITION À LA PRATIQUE DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE
FRANCOPHONE DIPLÔMÉE**

Célyne Laflamme, IA, BSc. Inf., IP-SSP

Thèse soumise à la
Faculté des études supérieures et postdoctorales
Dans le cadre des exigences
Du programme de maîtrise en sciences infirmières

École des Sciences Infirmières
Faculté des Sciences de la Santé
Université d'Ottawa
Janvier 2010

© Célyne Laflamme, Ottawa, Canada, 2010



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-65478-1
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-65478-1

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Table des matières

Liste des tableaux.....	iv
Liste des annexes	v
REMERCIEMENTS.....	vi
RÉSUMÉ	vii
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION.....	1
Problématique de recherche.....	1
Contexte	2
But de la recherche.....	5
Objectifs de la recherche.....	6
CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS	7
Transition au rôle	8
Besoins de soutien des infirmières praticiennes durant la transition	11
Contexte francophone en situation minoritaire.....	14
Cadre théorique.....	17
Première phase : Poser les assises.....	18
Deuxième phase : Le lancement	18
Troisième phase : Le chemin parcouru	20
Quatrième phase : Élargissement de la perspective.....	20
CHAPITRE 3 : CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES	23
Devis de recherche.....	23
L’ethnographie ciblée: un devis distinct.....	24

Comment l'ethnographie ciblée se distingue	25
La pertinence de l'ethnographie ciblée dans ce projet de recherche	26
Échantillon	27
Méthodes de collecte des données	30
Entrevues.....	30
Revue de documents	32
Analyse des données	32
Considérations éthiques	35
Méthodes pour assurer la rigueur.....	36
Crédibilité	37
Fiabilité	38
Confirmabilité.....	38
Transférabilité.....	39
CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	40
Contexte et description des participants	40
Situation de l'emploi.....	44
Description de la clientèle desservie.....	47
Thèmes	48
Thème 1 : Développement du sentiment de confiance pour accomplir le rôle attendu	49
Charge de travail	49
Confort avec la clientèle	51
Transition au rôle de l'infirmière praticienne	51

Gestion du temps.....	58
Le mentorat	60
Scolarité et expérience antérieure	61
Thème 2 : Réceptivité pour les infirmières praticiennes	63
A. Au niveau organisationnel	63
B. Au niveau des relations professionnelles	69
C. Au niveau du système	73
Thème 3 : Enjeux pour travailler en français.....	75
Programme francophone de formation des infirmières praticiennes	79
CHAPITRE 5 : DISCUSSION	83
Facteurs influençant positivement la phase de transition	84
Facteurs influençant négativement la phase de transition.....	88
Besoins particuliers des infirmières praticiennes francophones	89
Forces de l'étude	90
Limites de l'étude	91
Implications.....	91
Implications pour la pratique	92
Implications politiques et organisationnelles.....	92
Implications pour les programmes de formation (éducation).....	94
Implications pour la recherche.....	98
Liste des recommandations :.....	99
CONCLUSION.....	101
Références.....	104

Liste des tableaux

Chapitre 2

Tableau 1 : Un modèle théorique de la transition au rôle de l'infirmière praticienne en soins primaires.....22

Chapitre 4

Tableau 2 : Description des participants: Infirmières praticiennes.....41

Tableau 3 : Description des participants : Coparticipants désignés.....41

Liste des annexes

ANNEXE A : CERTIFICAT DE DÉONTOLOGIE	113
ANNEXE B : LETTRE D'INVITATION À L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE	114
ANNEXE C : LETTRE D'INVITATION AU COPARTICIPANT.....	116
ANNEXE D : LETTRE DE SUIVI À L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE	118
ANNEXE E : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE	120
ANNEXE F : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE COPARTICIPANT DÉSIGNÉ PAR L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE.....	124
ANNEXE G : DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET CONTEXTUELLES ET GUIDES D'ENTREVUES SEMI-STRUCTURÉES POUR INFIRMIÈRE ET INFIRMIER PRATICIEN DIPLÔMÉ ET POUR COPARTICIPANTS DÉSIGNÉS	128
ANNEXE H : TABLEAU SOMMAIRE DES ÉTUDES SUR LA TRANSITION DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES / INFIRMIÈRES EN PRATIQUE AVANCÉE	135

REMERCIEMENTS

Je tiens à profiter de cette occasion pour remercier sincèrement ma directrice de thèse, Dre Betty Cragg et ma co-directrice de thèse, Dre Frances Legault pour leur grande patience et pour l'encouragement qu'elles ont manifesté à mon égard tout en partageant leurs connaissances et en me guidant à travers le processus de la recherche. Je tiens aussi à remercier les autres membres de mon comité, en l'occurrence Jennie Humbert et Suzanne Doucette, pour leur générosité à m'offrir de leur temps et pour leurs commentaires constructifs. Je remercie aussi Dre Patricia Bailey et Maureen Sullivan-Bentz pour leurs précieux conseils.

Je remercie également le Conseil des universités de l'Ontario pour les programmes en sciences infirmières (CUOPSI) et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario pour le soutien financier accordé pour cette étude.

Je suis sincèrement reconnaissante de tout l'amour et du soutien que j'ai reçu de ma famille et de tous mes amis. Je tiens particulièrement à remercier Jean, qui a été mon âme dirigeante, ma sœur France pour son aide spirituelle et à mes deux fils, Yannick et Jonathan, pour m'avoir démontré leur soutien de plusieurs façons. Je n'aurais pas pu le faire sans vous tous!

Finalement, je tiens à remercier tous ceux et celles qui ont participé à cette étude pour leur disponibilité à partager leurs expériences. Leur contribution m'a permis d'acquérir une meilleure compréhension de ce qu'est l'expérience de la transition à la pratique infirmière avancée.

RÉSUMÉ

Buts: En utilisant l'ethnographie ciblée, cette recherche qualitative cherche à comprendre l'expérience de la transition à la pratique des infirmières praticiennes (IP) francophones diplômées, de leur propre perspective et de celle d'un coparticipant (CP) choisi par l'infirmière praticienne. Cette recherche cherche aussi à explorer les besoins de soutien de ces IP au cours de leur première année de pratique en soins de santé primaires et à identifier les besoins particuliers des IP francophones pour dispenser des services de santé en français dans un contexte minoritaire.

Méthodes: Des entrevues en profondeur, de type ouvert, par téléphone, ont été effectuées à trois intervalles de temps (trois mois, six mois et douze mois) auprès d'un groupe de six infirmières praticiennes et de leurs six coparticipants désignés. Cette recherche vise les IP francophones, diplômées en 2006, du programme francophone du Consortium ontarien de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires et qui, au moment de l'enquête, travaillaient à titre d'infirmière praticienne dans un milieu de soins de santé primaires en Ontario ou au Manitoba. La revue de la documentation fournie par l'IP, notamment l'organigramme, la description de tâches et les documents de politique ont servi à comprendre le contexte organisationnel.

Résultats: Les participants ont décrit une transition comparable à celle décrite par Brown & Olshansky (1997). Les infirmières praticiennes francophones ont évolué à partir d'un sentiment d'inconfort à titre de débutantes dans leur nouveau rôle, vers un sentiment de confiance envers leurs habiletés, tout en cherchant à élargir leur perspective professionnelle vers la fin de leur première année de pratique. Dans l'ensemble, la familiarité avec le milieu de travail et le soutien important fourni par les employeurs ont

contribué à produire une expérience positive de la transition. La contribution essentielle de cette étude est résumée dans une liste de quinze recommandations qui servent de stratégie de base pour une transition réussie. Cette recherche contribue à la compréhension des expériences et des besoins de soutien des infirmières praticiennes francophones diplômées et de leurs employeurs en soins de santé primaires. Elle fournit de l'information pour appuyer la mise en œuvre d'outils et de ressources qui permettront aux IP francophones de travailler au meilleur de leur capacité; pour appuyer la mise en place d'interventions appropriées qui pourraient appuyer les nouvelles IP dans leur quête à perfectionner leurs connaissances et leurs compétences qui leur permettront de fournir des soins d'excellente qualité.

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

Ce chapitre présente la thèse tout en expliquant les raisons qui motivent cette étude et le contexte dans lequel cette étude a été effectuée. Le but et les objectifs de la recherche y sont aussi décrits.

Problématique de recherche

Le nombre d'infirmières inscrites aux programmes de formation des infirmières et infirmiers praticiens en Ontario a doublé pour satisfaire aux besoins en soins de santé primaires pour la population et aux exigences du gouvernement de l'Ontario. On connaît très peu de l'expérience et des besoins de soutien des infirmières praticiennes diplômées ou de leurs employeurs au cours de cette première année de pratique. À ce jour, il n'existe aucune recherche canadienne sur la transition à la pratique de l'infirmière praticienne¹ diplômée en soins de santé primaires après avoir complété le programme de formation des infirmières et infirmiers praticiens. De plus, il n'existe aucune recherche canadienne sur l'expérience et les besoins de soutien des infirmières praticiennes francophones diplômées ou de leurs employeurs sur la première année de transition à la pratique de l'infirmière praticienne en soins de santé primaires. Les résultats d'un rapport publié par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC, 2007) dans le cadre du projet Soins infirmiers en français, ont souligné le besoin de mettre en

¹ Remarque : Dans le présent document, le féminin : «infirmière» est utilisé sans préjudice et s'applique aux hommes aussi bien qu'aux femmes.

œuvrer les outils et les ressources nécessaires pour permettre aux infirmières et infirmiers francophones de travailler au meilleur de leur capacité.

Contexte

Au cours de leur première année de pratique, les infirmières praticiennes (IP) peuvent avoir à faire face à des défis importants dans leur nouveau rôle (Brown & Olshansky, 1997, 1998; Heitz, Steiner & Burman, 2004). Les attentes professionnelles s'appliquant à toutes les infirmières praticiennes nouvellement diplômées comprennent des compétences dans les domaines de l'évaluation de l'état de santé et diagnostic, de la gestion des soins de santé et interventions thérapeutiques, de la promotion de la santé et prévention des maladies, des blessures et des complications et de la responsabilité et rôle professionnel. Il s'agit d'une pléiade de responsabilités qui sont à priori déconcertantes lorsque ces professionnelles de la santé débutent leur première pratique. Selon les données publiées en 2005 dans le *Report on the Integration of Primary Health Care Nurse Practitioners into the Province of Ontario* (DiCenso, Paech & IBM Corporation), les infirmières praticiennes en soins de santé primaires ont des préoccupations au sujet de la transition à leur nouveau rôle lorsqu'elles débutent leur première pratique. Ces chercheurs déclarent que les préoccupations des infirmières praticiennes sont fondées sur la perception d'un manque de connaissances et de préparation pour la complexité des problèmes de santé ainsi que du niveau d'autonomie du rôle (DiCenso, Paech & IBM Corporation, 2005). Cependant, ces données préliminaires touchant cette phase importante de la transition professionnelle, indiquent qu'il existe un besoin d'examiner davantage quelles sont les expériences et les besoins des infirmières praticiennes diplômées au cours de leur première année de pratique dans un milieu de soins de santé

primaires afin de mettre en place des interventions qui amélioreront la transition. Bien que certaines études américaines se soient penchées sur les perceptions des infirmières praticiennes au cours de leur transition à un nouveau rôle (Brown & Olshansky, 1997; Chang, Muy & Tsay, 2006; Heitz et al, 2004; Kelly & Matthews, 2001; Roberts, Tablowski & Bova, 1997), il apparaît nécessaire d'obtenir plus d'information sur leur transition dans un contexte de soins de santé primaires au Canada. Il y a peu d'études sur les perceptions des personnes qui sont dans le milieu de travail et qui observent et soutiennent les infirmières praticiennes lorsqu'elles assument la responsabilité de leur nouveau rôle ou sur les façons les plus efficaces d'aider les nouvelles infirmières praticiennes à assumer leur rôle. On ne sait pas ce que cette expérience représente pour les infirmières praticiennes francophones qui sont membres de communautés francophones vivant en situation minoritaire au Canada. Des données de recherche récentes rapportent la nécessité de faciliter l'accès aux services de santé de qualité en français (AIIC, 2007). En plus, la Société Santé en français (SSF), un regroupement national qui a pour objectif de promouvoir le développement de la santé en français pour les communautés francophones hors Québec, cherche à améliorer l'accès à des services de santé en français. On ne sait pas de quelle façon les préoccupations des infirmières praticiennes francophones à l'égard du système de santé et de leurs clientèles peuvent affecter leur rôle au cours de l'année de transition à la pratique.

Aux fins de cette étude et tel que précisé dans le *Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada* (AIIC, 2005), l'infirmière praticienne (IP) en soins de santé primaires est une infirmière autorisée (IA) qui a reçu une formation poussée et possède de l'expérience additionnelle. Elle a démontré qu'elle possède les

compétences requises pour pouvoir poser des diagnostics, prescrire et interpréter des analyses, prescrire des médicaments et pratiquer les actes autorisés à leur profession. L'IP est une IA qui détient un certificat de spécialisation dans le domaine des soins de santé primaires et est autorisée à exercer à titre d'infirmière praticienne dans ce champ de spécialisation. L'IP exerce son rôle dans différents milieux de pratique clinique. Par exemple, dans un contexte ontarien, DiCenso, Paech, & IBM Corporation (2003), ont trouvé que les infirmières praticiennes en soins de santé primaires travaillaient dans des centres de santé communautaire, des cabinets de médecins, des établissements de soins de longue durée, des hôpitaux, des centres autochtones en matière de santé, en santé publique ou en postes éloignés.

Le programme ontarien de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Depuis 1995, ce programme de certificat post baccalauréat est offert en collaboration par un consortium de dix universités en Ontario. Les infirmières bachelères ayant deux ans d'expérience suivent sept cours à plein temps échelonnés sur une année ou sept cours à temps partiel échelonnés sur une période de quatre ans pour obtenir un certificat d'infirmière praticienne en soins de santé primaires. Les diplômées du programme sont admissibles à écrire l'examen de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, organisme de réglementation et à être reconnues à titre d'infirmière autorisée, catégorie spécialisée ou infirmière praticienne en soins de santé primaires, avec la capacité de réaliser des actes autorisés au-delà de ceux permis aux infirmières autorisées. En l'an 2000, l'une des universités du consortium a commencé à offrir un programme combiné de maîtrise en sciences infirmières/certificat d'infirmière

praticienne. Au moment de cette étude, toutes les universités du consortium étaient dans le processus de hausser les cours au niveau de la maîtrise. La version francophone de ce programme n'est offerte qu'à deux de ces universités, notamment à l'université Laurentienne de Sudbury et à l'université d'Ottawa. Cette formation est axée sur un mode d'apprentissage à distance à la base de la formation théorique. La mise en application des compétences cliniques s'effectue par l'entremise de séminaires avec mentors et de stages cliniques avec précepteurs. Selon la base de données canadienne réglementée, de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2007), il y a 701 infirmières praticiennes en Ontario et 32 infirmières praticiennes au Manitoba. Depuis le début du programme de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires du Conseil des universités de l'Ontario pour les programmes en sciences infirmières (CUOPSI) en 1995, le nombre total d'infirmières praticiennes diplômées s'élève à 847. De ces dernières, 765 étaient des étudiantes anglophones et 82 étaient des étudiantes francophones. (D. Newton, Programme de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires, communication personnelle, 27 août 2008).

But de la recherche

Cette étude portant sur les infirmières praticiennes francophones diplômées, fait partie d'une plus grande étude qui cherche à explorer les expériences et les besoins de soutien des diplômées du programme de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires du Conseil des universités de l'Ontario pour les programmes en sciences infirmières (CUOPSI) au cours de leur première année de pratique (Bailey, Cragg, Legault, Humbert, Doucette, Laflamme & Sullivan-Bentz, 2009). Le but de la

présente recherche est d'apporter une compréhension des expériences et des besoins de soutien des infirmières praticiennes francophones diplômées au cours de leur première année de pratique dans un contexte de milieux de soins de santé primaires. Il s'agit d'un projet de recherche qualitatif, qui utilise l'ethnographie ciblée, établie en fonction d'entrevues avec des infirmières praticiennes et de leurs coparticipants à trois moments déterminés dans le temps et par l'examen de documents.

Objectifs de la recherche

1. Décrire l'expérience de la transition à la pratique chez les infirmières praticiennes francophones diplômées, exerçant en situation minoritaire, de leur propre perspective et de celle d'un coparticipant de chaque infirmière, soit d'un employeur, d'un médecin ou d'une autre collègue infirmière praticienne, travaillant dans le même milieu et ayant été choisi par l'infirmière praticienne.
2. Explorer les besoins de soutien des infirmières praticiennes francophones diplômées au cours de leur première année de pratique.
3. Identifier les besoins particuliers des infirmières praticiennes francophones, exerçant en situation minoritaire, pour dispenser des services de santé à la population francophone.
4. Faire des recommandations pour la pratique infirmière praticienne, les politiques, la formation et la recherche, pour développer des solutions et stratégies qui appuieront les infirmières praticiennes francophones.

CHAPITRE 2 : RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente un résumé de la recherche en ce qui touche la transition du rôle de l'infirmière praticienne. Le cadre théorique de Brown & Olshansky, qui soutient cette étude, y est aussi présenté de même qu'un résumé de la description des quatre phases de la transition de ce modèle.

La littérature scientifique a été dépouillée en faisant une recherche de rapports d'études en relation aux questions de recherche. Les bases de données ERIC @ Scholars Portal, CINAHL et Medline ont aussi été consultées. Pour aborder le but de la présente étude, la recension des écrits a ciblé les descripteurs suivants: 1) la transition au rôle, 2) les besoins de soutien des infirmières praticiennes et 3) le contexte francophone en situation minoritaire. Tous les articles qui avaient un lien direct avec ces thèmes ont été retenus (voir Annexe H).

Afin de comprendre ce qui est déjà connu en matière d'expériences des infirmières praticiennes au cours de la première année, cruciale à leur nouveau rôle, des ressemblances à d'autres modèles de transition sont aussi discutées. Plusieurs auteurs ont identifié certains besoins de soutien chez les infirmières praticiennes débutantes et ces besoins sont mis en contexte. De plus, le contexte particulier des infirmières francophones en situation minoritaire nous éclairera sur les besoins particuliers des infirmières praticiennes afin de favoriser l'accès à des soins de santé primaires en français.

Transition au rôle

Un certain nombre de chercheurs ont examiné la transition au rôle des infirmières praticiennes (Brown & Olshansky, 1997, 1998; Chang, Muy & Tsay, 2006; Heitz et al., 2004; Kelly & Matthews, 2001; Roberts, Tabloski & Bova, 1997). Ces chercheurs, en utilisant principalement des stratégies de recherche qualitative, suggèrent que l'accroissement de l'autonomie et les attentes de la pratique collaborative de ce nouveau rôle rendent le passage du rôle d'une infirmière autorisée à une infirmière praticienne complexe et exigeant.

La transition au rôle est un processus dynamique de changement qui survient au cours d'une période de temps donné et au moment où de nouveaux rôles sont acquis (Schumacher & Meleis, 1994). Ces auteurs ont trouvé cinq facteurs essentiels influençant la transition au rôle: 1) la signification personnelle de la transition qui se rapporte au degré de crise d'identité ressenti, 2) le degré de planification, qui implique le temps et l'énergie vouée à anticiper le changement, 3) les barrières et les soutiens de l'environnement, qui fait référence à la famille, aux pairs, au milieu scolaire et à d'autres composantes, 4) le niveau de connaissances et de compétences qui fait référence à l'expérience passée et à la scolarité obtenue, et 5) les attentes, qui fait référence aux modèles de rôles, à la littérature, aux médias et autres de ce genre. Brykczynski (2005), explique que la tension due au rôle, définie par un sentiment subjectif de frustration, de tension ou d'anxiété en réponse au stress dû au rôle, est vécue par les personnes en réponse au fait de ne pas se sentir à la hauteur pour répondre aux exigences du rôle et accompagne la transition aux rôles de l'infirmière en pratique avancée. Cette auteure précise que cette tension du rôle ne peut être évitée mais peut être réduite par 1)

l'évaluation individualisée des cinq facteurs essentiels décrits ci-dessus, 2) l'élaboration de stratégies pour y faire face et 3) la répétition de situations conçues pour l'application de ces stratégies. Une étude auprès de médecins débutants à leur pratique par Duttera, Hummel, Brown et Miller (1983) a relevé que la période de transition à la pratique était une période très stressante et que la principale source d'aide au cours de la transition provenait d'un médecin dans le milieu de pratique. Une autre étude en Écosse, par Hesketh, Allan, Harden et MacPherson (2003), auprès de nouveaux internes a identifié que la courbe d'apprentissage était élevée en réponse à l'augmentation des responsabilités. Par ailleurs, Prince, Van de Wiel, Van Der Vleuten, Boshuizen et Scherpbier (2004), dans une étude auprès de médecins débutants, ont trouvé que la transition était perçue comme un changement important, que ces derniers vivaient de l'incertitude, en particulier à l'égard de l'augmentation des responsabilités et de la charge de travail.

Puisque les infirmières praticiennes sont de plus en plus nombreuses à joindre le marché du travail, il est important de comprendre et de faciliter leur transition qui a lieu au moment où elles entrent dans le nouveau rôle de la pratique avancée. Holland (1999) croit qu'il est essentiel d'apprendre tout sur la culture de la profession infirmière pour être capable d'expliquer ce que l'étudiant a besoin d'apprendre pour se manifester dans la réalité de son milieu de travail futur.

Chang, Mu et Tsay (2006) déclarent qu'initialement plusieurs infirmières praticiennes en soins actifs ne peuvent pas décrire clairement leurs descriptions de tâches. Ces auteurs affirment que lorsqu'il y a une telle confusion du rôle de l'infirmière praticienne et que la question n'est pas abordée au cours de la phase de transition, il peut

survenir un conflit à l'intérieur de l'équipe professionnelle. D'ailleurs, Brown et Olshansky (1997), dans leur première phase de poser les assises, confirment cet état d'incertitude qu'éprouve l'infirmière praticienne débutante.

Hamric et Waterman Taylor (1989) décrivent une « phase d'orientation » dans laquelle des infirmières praticiennes novices sont enthousiastes à l'égard des défis auxquels elles font face et elles sont concentrées à maîtriser les compétences cliniques nécessaires. À ce stade, les infirmières praticiennes cherchent des « recettes » qui visent à guider leur gestion clinique et à diviser en compartiment les signes et symptômes du patient lorsqu'elles recherchent un plan de gestion (Shea & Selfridge-Thomas, 1997). Le modèle de Benner (1988) de Novice à Expert, décrit brièvement le processus à travers duquel les infirmières novices se développent pour devenir cliniquement compétentes. La deuxième phase du modèle de Brown et Olshansky 1997, «le lancement», est aussi semblable à la phase de débutante de niveau avancé de Benner (1984) dans laquelle les infirmières praticiennes commencent à améliorer leurs compétences de rendement, mais se servent encore des lignes directrices et des normes, et du jugement des autres. Cette phase a été comparée à la «phase d'acquisition du rôle» décrite par Chang, Mu, et Tsay (2006). Au cours de cette phase, l'infirmière praticienne clarifie de façon graduelle les exigences de son poste, établit un système de soutien au travail et reconnaît le besoin de développer son autonomie.

Le processus de demander à une experte d'être une novice peut encore amener des sentiments d'incompétence, d'anxiété et de confusion au niveau du rôle, particulièrement en ce qui a trait à leur nouvelle autonomie et aux responsabilités associées au rôle d'infirmière praticienne de niveau avancé (Roberts, Tabloski, & Bova,

1997). Au cours de leur travail avec de nouvelles diplômées, ces chercheurs ont trouvé que les infirmières praticiennes s'efforçaient de développer des opinions indépendantes et responsables à titre de nouvelles infirmières praticiennes.

D'autres chercheurs rapportent qu'en dépit de se sentir préparées pour ce rôle, les nouvelles infirmières praticiennes vivent des sentiments d'insécurité et d'incompétence (Kelly & Mathews, 2001). De plus, ces auteurs suggèrent qu'au cours de leur première année de pratique, les infirmières praticiennes vivent l'isolement parce qu'elles se sentent déconnectées à la fois des infirmières autorisées et des médecins. Dans une recherche qualitative sur la transition d'une infirmière autorisée à celle d'une infirmière praticienne, Heitz, Steiner et Burman (2004), ont trouvé que le doute de soi-même et le désenchantement étaient plus fréquents avec les infirmières praticiennes qui avaient moins d'années d'expérience à titre d'infirmière autorisée. Cependant, selon Shea et Selfridge-Thomas (1997), la confiance au niveau des connaissances et des compétences à titre d'infirmière autorisée dans un service d'urgence ne garantit pas une transition facile au rôle d'infirmière praticienne. D'autres recherches sont nécessaires pour examiner l'influence que peuvent avoir le type d'expérience et le nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière autorisée sur la transition au rôle d'infirmière praticienne.

Besoins de soutien des infirmières praticiennes durant la transition

Hayes (1999) affirme que l'anxiété de l'infirmière praticienne peut être libérée lorsque des relations interpersonnelles de mentorat sont facilitées. Dans un rapport d'étude approfondie de trente-trois infirmières praticiennes finissantes, Hayes (1999) prétend que les étudiantes infirmières praticiennes, qui ont reçu du mentorat, ont la

possibilité de devenir des fournisseurs de soins efficaces plus rapidement que les étudiantes infirmières praticiennes qui n'ont pas reçu de mentorat et qu'elles sont aussi capables d'accepter la responsabilité du rôle d'infirmière praticienne au moment opportun. Hayes (1998) signale que les étudiantes infirmières praticiennes croient que les relations interpersonnelles de mentorat sont essentielles pour développer la confiance dans leur rôle. En effet, un certain nombre de chercheurs prétendent que le mentorat améliore le développement d'un sens solide d'identité infirmière et de pratique autonome lorsque les infirmières praticiennes travaillent dans un environnement voué à des fins médicales (Black et al., 1998; Cusson & Viggiano, 2002; Kleinpell-Nowell, 2001). Par conséquent, recevoir du mentorat d'une autre IP serait le choix le plus approprié pour servir de modèle pour la pratique autonome et assurer le processus d'avancement du rôle (Black et al., 1998; Kleinpell-Nowell, 2001). D'autres recherches sont nécessaires pour examiner l'autonomie professionnelle et le rôle de l'infirmière praticienne ainsi que les facteurs qui influencent l'indépendance (Black et al., 1998).

Kelly et Mathews (2001) et Kleinpell-Nowell (1999, 2001) ont ressorti de leurs études que la stratégie d'adaptation la plus fréquemment mentionnée par les nouvelles infirmières praticiennes et qui leur avait été utile tout au long de leur transition, était celle d'avoir créé un réseau de soutien avec les gens. Les personnes les plus importantes pour les aider, les encourager et les comprendre dans leur situation à divers moments incluaient les pairs, la famille, les patients et les médecins (Kelly & Mathews, 2001). Hamric et Waterman Taylor (1989), dans une étude de recherche auprès d'infirmières cliniciennes spécialisées, ont identifié qu'un des principaux éléments facilitant le développement du rôle était celui d'un solide soutien administratif.

Les nouvelles infirmières praticiennes qui ont vécu de la négativité dans leur milieu de travail ont indiqué avoir plus de difficulté à bâtir leur confiance en soi et leurs compétences. Selon Godinez, Schwieger, Gruver, et Ryan (1999), on devrait fournir une préparation aux nouvelles infirmières praticiennes ainsi qu'aux précepteurs avec lesquels elles travailleront. Ces auteurs sont d'avis que le soutien offert par un programme d'orientation, de préceptorat et de philosophie de l'organisation envers les nouvelles praticiennes fournit des occasions d'apprentissage qui correspondent à leurs compétences et à leurs besoins et facilite leur transition. Delaney (2003) et Godinez, Schwieger, Gruver, et Ryan (1999) ont identifié la nécessité de collaboration entre le milieu éducationnel et le milieu de pratique pour assurer la réussite de la transition. L'éducation est indispensable pour préparer les professionnels de la santé à leur nouveau rôle dans le but de mieux leur faire comprendre que la transition au rôle demande du temps, de la pratique et de l'encadrement. Dans un rapport sur l'intégration des infirmières praticiennes en soins de santé primaires dans la province de l'Ontario (IBM, 2005), plus de la moitié d'entre elles se sentaient bien préparées de par leur formation académique lorsqu'elles ont commencé leur pratique. Cependant, elles se sentaient moins bien préparées pour faire face aux patients présentant des problèmes de santé complexes. À cet effet, plusieurs suggestions ont été évoquées, notamment, un plus long stage d'intégration, une année d'internat, un programme de formation au niveau de la maîtrise, la création d'un programme de formation plus long et l'emphase sur la formation continue.

Enfin, bien que la première année de transition au rôle ait été rapportée comme étant la plus difficile pour les infirmières praticiennes, Kelly et Mathews (2001)

ont trouvé que quelques participantes vivaient encore un déséquilibre, des années après avoir reçu leurs diplômes. Selon Hamric et Hanson (2003), la réussite dans la pratique infirmière avancée peut dépendre autant sur la préparation aux enjeux reliés au rôle, sur l'élargissement des connaissances cliniques que sur l'ensemble des compétences de niveau avancé. Ces auteurs proposent que la préparation à l'acquisition du rôle, lorsqu'elle est offerte à titre de composante intégrale d'un programme de formation, puisse faciliter la réussite du processus de socialisation au rôle de l'infirmière praticienne et à sa progression vers l'indépendance.

Contexte francophone en situation minoritaire

L'accès à des services de santé primaires en français est non seulement une question de respect de sa culture mais aussi un élément essentiel en vue d'améliorer l'état de santé d'un individu et la prise en charge de la santé par la communauté (AIIC, 2007). Selon la Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA, 2001), il y a un million de francophones vivant dans des communautés à l'extérieur du Québec et environ la moitié d'entre eux n'ont pas ou ont peu accès à des services de santé dans leur langue. Cet organisme reconnaît qu'à bien des égards, la langue représente un déterminant de la santé. Effectivement, leur rapport de 2001, *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*, montre que plusieurs études sur les barrières linguistiques dans les services de santé indiquent que lorsque l'utilisateur est incapable de communiquer adéquatement dans sa langue, il se produit des conséquences telles que: la diminution de la probabilité de recourir à des services préventifs; l'augmentation du temps de consultation, du nombre de tests diagnostiques et de la probabilité d'erreur dans les diagnostics et les traitements; l'influence sur la qualité des services là où une bonne

communication est essentielle (par exemple en pédiatrie ou en psychiatrie); la diminution de la fidélité aux traitements; la réduction de la satisfaction à l'égard des soins et services reçus par les usagers.

Les infirmières praticiennes francophones font partie des professionnels en soins infirmiers et partagent la responsabilité d'augmenter l'accessibilité aux services de santé en français. Elles ont donc un rôle important à jouer pour favoriser la réduction des barrières linguistiques et le renouvellement des soins de santé primaires au pays (AIIC, 2007). Le programme de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires du Conseil des universités de l'Ontario pour les programmes en sciences infirmières (CUOPSI) est le seul programme qui offre une formation en français aux infirmières praticiennes hors Québec. Puisqu'il n'y a eu que 82 diplômées francophones depuis 1995, ce nombre représente donc une minime proportion de l'ensemble des fournisseurs de soins de santé à l'extérieur du Québec. Par conséquent, il s'agit d'une ressource de grande valeur en situation minoritaire.

En 2001, dans un rapport au ministre fédéral de la santé, le *Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire*, avait posé un premier regard sur les soins de santé primaires en français et avait fait ressortir des lacunes importantes d'accès aux services partout au Canada. En 2006, dans un rapport provincial intitulé: *Préparer le terrain, soins de santé primaires en français en Ontario*, la Société Santé en français (SSF) a joué un rôle central afin de favoriser l'accès à des services de santé en français. Dans cette optique, la SSF préconise qu'il est important que plusieurs partenaires agissent de concert afin de favoriser un plus grand accès aux services en français auprès de la population francophone. L'un de ces partenaires, notamment les professionnels de la

santé dont font partie les infirmières praticiennes, constitue un groupe cible sur lequel cette recherche s'est intéressée. Puisque la langue est une composante qui favorise ou entrave l'accessibilité aux soins, les infirmières praticiennes francophones en contexte minoritaire sont donc des actrices clés pouvant jouer un rôle central afin de favoriser l'accessibilité à la population francophone et ainsi favoriser un meilleur état de santé de cette population. Dans ce rapport, on signale que dans toutes les régions du Canada, il existe d'importantes variations dans la disponibilité des services de santé en français, un manque de professionnels de la santé bilingues, des difficultés de recrutement et de maintien en poste des professionnels bilingues, un manque de coordination et d'aiguillage pour maximiser l'utilisation de ces services par les francophones et un manque de suivis pertinents. De plus, dans toutes les régions, on retrouve également un manque aigu de services de promotion de la santé ou de prévention de la maladie en français (Société Santé en Français, 2006). Ce même rapport souligne d'ailleurs des problèmes récurrents de ressources humaines. Les infirmières praticiennes font partie des professionnels de la santé qui travaillent en soins de santé primaires. Cette recherche répond en partie à ce problème relié aux ressources humaines soulevé dans ce rapport en s'intéressant à la transition des infirmières praticiennes francophones en situation minoritaire dans leur première année de pratique. En effet, on peut espérer que les conclusions de cette étude permettront des pistes d'action pour faciliter la transition des infirmières praticiennes francophones et par le fait même améliorer l'accès aux soins de santé primaires auprès des francophones en situation minoritaire. Depuis quelques années, les gouvernements fédéral et provincial se sont afférés à offrir des services de santé en français à ces groupes

minoritaires. Cette recherche s'inscrit donc avec ce désir de favoriser l'accessibilité aux services de santé au groupe minoritaire que forment les Franco-canadiens.

Cadre théorique

Cette recherche est fondée sur le modèle théorique de la transition au rôle d'infirmière praticienne en soins primaires de Brown et Olshansky (1997), intitulé : « From Limbo to Legitimacy » ou « De l'incertitude à la confiance » (traduction libre). Ce cadre théorique a été choisi notamment parce qu'il représentait une bonne synthèse de ce que d'autres chercheurs avaient identifié comme points forts dans la transition des infirmières praticiennes et qu'ils ont à la fois résumé leur recherche et celles d'autres chercheurs dans leur modèle. Ces deux infirmières chercheuses ont exploré un processus qui englobe quatre étapes pour décrire la première année de transition à la pratique professionnelle de l'infirmière praticienne. Selon ces auteurs, chaque étape contient un ensemble de sous-catégories qui caractérisent les aspects de la nouvelle expérience transitionnelle de l'infirmière praticienne.

Ce modèle souligne à la fois la détresse et les réalisations de la première année de pratique avancée. Par conséquent, ce modèle va donc servir de guide aux questions qui seront utilisées pour les entrevues des infirmières praticiennes et des coparticipants désignés par les infirmières praticiennes.

Le modèle de Brown et Olshansky (1997, 1998), utilisant la théorisation ancrée, est fondé sur une étude des infirmières praticiennes au cours de leur première année de pratique professionnelle. Ce modèle décrit brièvement un processus de transition au rôle de l'infirmière praticienne. Le modèle inclut quatre phases : 0 à 1 mois, «Poser les

assises»; 1 à 3 mois, «Le lancement»; 6 à 12 mois, «Le chemin parcouru», et 12 mois et plus, «Élargissement de la perspective.»

Première phase : Poser les assises

Brown et Olshansky (1997) suggèrent qu'après avoir obtenu leur diplôme, les nouvelles infirmières praticiennes se concentrent à récupérer de leurs études et à négocier des tâches bureaucratiques visant à obtenir leur inscription à la catégorie spécialisée et à se chercher un emploi. Ces auteurs affirment que les infirmières praticiennes s'inquiètent à savoir si elles peuvent réussir dans un système à rythme rapide, d'où la nécessité de se concentrer sur la tâche de «poser les assises» de leur pratique en développant des connaissances et des compétences qui leur permettront de devenir des fournisseurs légitimes de soins de santé.

Brown et Olshansky (1997), prétendent que dans cette première phase de la transition, plusieurs infirmières praticiennes ne sont pas conscientes de la quantité d'énergie qu'elles dépensent envers ce but.

Deuxième phase : Le lancement

Pendant les trois premiers mois d'emploi, Brown et Olshansky (1997) proposent que les nouvelles infirmières praticiennes se lancent de façon inconfortable dans leur rôle professionnel à titre de débutantes à un niveau avancé. Les auteurs décrivent les infirmières praticiennes néophytes comme étant centrées principalement sur la sécurité du patient. Ils suggèrent que ces infirmières autorisées déjà expérimentées questionnent leurs

compétences en partie à cause du temps qu'elles prennent à accomplir les tâches reliées à leur nouveau rôle professionnel.

Brown et Olshansky (1997) décrivent les personnes qui s'inscrivent dans un cours de formation d'infirmière praticienne comme des infirmières ayant un niveau d'expertise très élevé. Dans la phase du lancement, ces auteurs proposent que ces infirmières praticiennes aient souvent des attentes non réalistes envers elles-mêmes à titre d'infirmière praticienne et éprouvent de la difficulté à larguer leur image de soi à titre d'infirmière autorisée experte.

Brown et Olshansky (1997) prétendent que les nouvelles diplômées, pour lesquelles on s'attendait à ce qu'elles travaillent au même rythme que les infirmières praticiennes expérimentées, aient un niveau de stress significativement plus élevé. Selon leur recherche, ces auteurs suggèrent que plusieurs nouvelles infirmières praticiennes se sentent coupables de demander une consultation avec un médecin. Selon Brown et Olshansky (1997), les infirmières praticiennes qui n'ont pas compris que l'évolution de leur apprentissage était normale vivent plus d'anxiété dans leurs efforts quotidiens. Cependant, les attentes personnelles des infirmières praticiennes deviennent plus réalistes au moment où elles commencent à bâtir des systèmes de soutien internes. Brown et Olshansky (1997) suggèrent que l'anxiété des nouvelles infirmières praticiennes diminue lentement avec le soutien verbal de leurs collègues et qu'elles intériorisent leur nouvelle identité comme étant légitime.

Troisième phase : Le chemin parcouru

Au cours de la troisième phase, «Le chemin parcouru», à l'approche du sixième mois de pratique, Brown et Olshansky (1997) suggèrent que les infirmières praticiennes comprennent les attentes liées à leur rôle de façon plus réaliste. Selon ces chercheurs, les nouvelles infirmières praticiennes accueillent favorablement les occasions qui se répètent, de sorte qu'elles peuvent développer une compréhension intuitive dans des situations vues fréquemment. Les infirmières praticiennes créent des structures qui améliorent leur compétence en utilisant des ressources ou en sortant d'une salle d'examen pour réviser des concepts clés à des fins d'évaluation. L'autonomie se développe graduellement tout comme les stratégies se développent pour des situations incertaines et la confiance augmente.

Selon Chang, Mu, et Tsay (2006), la phase d'implantation du rôle dans leur modèle correspond aux troisième et quatrième phases du modèle de Brown et Olshansky (1997). Dans cette phase, les responsabilités de l'infirmière praticienne commencent à être mieux comprises, les relations interpersonnelles commencent à être faites en collaboration et l'infirmière praticienne devient une collaboratrice entre les clients, les médecins et les infirmières autorisées.

Quatrième phase : Élargissement de la perspective

La quatrième phase décrite par Brown et Olshansky (1997), survient vers la fin de la première année de pratique et s'intitule «Élargissement de la perspective». Ces auteurs suggèrent que pendant cette phase, les infirmières praticiennes sont capables d'avoir une vision légitime d'elles-mêmes et elles élargissent leur perspective professionnelle. Les

infirmières praticiennes deviennent plus confiantes dans leur nouveau rôle et commencent à s'engager activement dans la résolution de problèmes reliés à leur environnement de travail. En acceptant la rétroaction positive, elles reconnaissent le progrès qu'elles ont accompli dans leur perfectionnement professionnel. Brown et Olshansky prétendent que la confiance accrue, fondée sur la rétroaction de leur rendement, permet aux infirmières praticiennes d'accepter de plus grands défis. Ces auteurs suggèrent qu'après douze mois de pratique, les infirmières praticiennes mettent davantage l'accent sur des tendances (patterns) et sur une vision globale plutôt que sur les tâches et qu'elles continuent leur processus d'apprentissage en acceptant délibérément de nouveaux défis.

En résumé, la prise de conscience de ces modèles de transition serait utile au corps professoral et aux mentors pour acquérir une meilleure compréhension du processus pour ainsi fournir un milieu favorable. D'autres recherches sont justifiées pour aborder les facteurs qui affectent la transition au rôle de l'infirmière praticienne afin de développer des stratégies qui faciliteront l'acquisition du rôle pour soutenir les infirmières praticiennes. Il existe un corpus limité de recherche décrivant la transition du rôle des infirmières praticiennes au cours de leur première année de pratique professionnelle. Le travail qui a été fait suggère que le passage d'une infirmière autorisée experte à une infirmière praticienne novice est complexe. Il est clair que la transition au rôle, gérée de façon inadéquate, peut provoquer un dysfonctionnement de longue durée (Kelly & Mathews, 2001). Par conséquent, des recherches additionnelles sont nécessaires pour examiner l'influence que le type et le nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière autorisée peuvent avoir sur la transition au rôle de l'infirmière

praticienne (Black et al., 1998). En plus, davantage de recherches sont nécessaires pour examiner l'autonomie professionnelle et le rôle de l'infirmière praticienne ainsi que les facteurs qui influencent l'indépendance (Black et al., 1998). Également, les recherches décrivant les contextes de pratique des nouvelles infirmières praticiennes sont limitées, de même que les perspectives d'acquisition de leur rôle au cours des premières années de leur pratique et de la perspective de leur fonctionnement telle que vécue par d'autres professionnels provenant de leur environnement de pratique (Bailey, Jones, & Way, 2006)

Tableau 1 : Un modèle théorique de la transition au rôle de l'infirmière praticienne en soins primaires

PROCESSUS : DE L'INCERTITUDE À LA CONFIANCE		
CATÉGORIES	MOMENT	SOUS-CATÉGORIES
Poser les assises	0 – 1 mois	Récupérer des études Négocier les tâches bureaucratiques Chercher un emploi S'inquiéter
Le lancement	1 - 3 mois	Se sentir comme un imposteur Confronter l'anxiété Passer à travers la journée Se battre contre le temps
Le chemin parcouru	6 -12 mois	Accroître la compétence Acquérir la confiance Reconnaître les problèmes du système
L'élargissement de la perspective	12 mois et +	Comprendre le système S'affirmer Monter la barre

Adapté de Brown et Olshansky (1997)

CHAPITRE 3 : CONSIDÉRATIONS MÉTHODOLOGIQUES

Le présent chapitre décrit de quelle façon l'ethnographie ciblée a été utilisée pour décrire l'expérience de la transition à la pratique chez les infirmières praticiennes francophones diplômées et leurs coparticipants et pour explorer les besoins de soutien des infirmières praticiennes au cours de leur première année de pratique. L'échantillon, la méthode de collecte de données, la procédure d'analyse des données de même que l'évaluation de la rigueur et de la fidélité y sont aussi décrits. Cependant, les résultats de l'analyse des documents sont intégrés à travers le chapitre des résultats.

Devis de recherche

La recherche qualitative est utilisée en sciences de la santé et en sciences sociales parce que certains aspects de l'expérience humaine, notamment les relations interpersonnelles, les valeurs et la culture sont difficilement quantifiables (Streubert, Speziale, & Carpenter, 2003). L'ethnographie est utilisée par les chercheurs, en particulier les infirmières-chercheuses, qui examinent les enjeux de recherche sur la profession infirmière et les soins de santé (Roper & Shapira, 2000). Il s'agit d'un processus de recherche qui consiste à être informé des gens en tirant des conclusions sur eux (Roper & Shapira, 2000). Cette approche est utilisée par les chercheurs pour comprendre et décrire pourquoi un groupe de personnes font ce qu'elles font. L'ethnographie implique trois stratégies possibles de collecte de données, notamment l'observation des participants, les entrevues formelles et informelles et l'examen des documents pertinents disponibles. Ces stratégies sont étudiées à fond et la collecte des

données se fait de façon prospective, au fil du temps. Il s'agit donc d'une triangulation naturelle des approches par enquête sur le même phénomène (Roper & Shapira, 2000).

L'ethnographie ciblée: un devis distinct

L'ethnographie ciblée est une forme particulière de méthode ethnographique laquelle concentre les efforts à développer une compréhension d'une question de recherche spécifique à l'intérieur d'une perspective contextuelle. Cette approche ciblée permet de générer la connaissance pragmatique. Cette forme d'enquête microethnographique est particulièrement appropriée pour la recherche fondée sur la pratique (Roper & Shapira, 2000) parce qu'elle survient à l'intérieur d'une courte période de temps et ce, afin d'élaborer des recommandations pour améliorer la pratique. En essayant de développer une compréhension de l'expérience des infirmières praticiennes et de leurs coparticipants au cours de la première année de transition à la pratique, les données qui seront générées dans cette recherche ethnographique ciblée seront analysées en transférant le compte-rendu textuel des participants à l'étude et en analysant les descriptions des documents pertinents.

L'ethnographie ciblée est aussi le processus et le produit de décrire et d'interpréter la culture (Roper & Shapira, 2000; Morse & Richards, 2002). D'une perspective cognitive, la culture a été décrite de façon à incorporer les «idées, croyances et connaissances qui sont utilisées par un groupe de personnes au moment où elles vivent leurs vies» (Roper & Shapira, 2000, p. 3). La plupart des recherches ethnographiques en sciences infirmières à l'heure actuelle, sont ciblées sur un problème distinct à l'intérieur d'un contexte particulier parmi un petit groupe de personnes. C'est pourquoi ce type d'ethnographie se range sous la bannière d'ethnographie ciblée (Roper & Shapira, 2000,

p. 7). Afin d'étudier des concepts reliés à la santé qui sont distincts et délimités à l'intérieur d'une perspective contextuelle, les infirmières chercheuses effectuent des recherches ciblées avec un petit groupe de personnes. Ces études répondent à des questions dont la connaissance de ce qui a été appris sera utile et aura une application pratique pour les professionnels de la santé (Muecke, 1994, Roper & Shapira, 2000). Par exemple, les résultats de ces études seront publiés en temps opportun et des recommandations pour améliorer la pratique pourront être suggérées.

Comment l'ethnographie ciblée se distingue

Dans le cadre de l'ethnographie ciblée tout comme dans le care de l'ethnographie traditionnelle, le chercheur cherche à comprendre du point de vue des informateurs-clés. Cependant, l'ethnographie ciblée se distingue de l'ethnographie traditionnelle par la caractéristique que le sujet à l'étude est prédéterminé, notamment la transition à la pratique et qu'elle utilise moins de stratégies de collecte des données (Ensign, 2004; Ensign & Bell, 2004). L'ethnographie ciblée permet d'étudier une culture particulière pour documenter l'existence de réalités différentes et pour décrire ces réalités dans les termes des personnes étudiées (Spradley, 1980). Cette description nous fournit donc une vision riche et variée. D'autre part, l'analyse de contenu sera utilisée pour les documents fournis par les infirmières praticiennes, en l'occurrence, les descriptions de tâches et l'organigramme de leur milieu de travail. Cette analyse des documents sera faite en comparant et en contrastant le rôle des infirmières praticiennes tout en tenant compte du contexte organisationnel. L'analyse des documents fournira un contexte historique et

organisationnel dont le participant peut ne pas se souvenir ou a oublié de dire (Hodder, 2000).

La pertinence de l'ethnographie ciblée dans ce projet de recherche

L'ethnographie ciblée était une méthode de recherche appropriée pour faire cette étude parce qu'elle a permis, à prime abord, de réaliser mon objectif premier, soit celui de développer une compréhension de l'expérience de la transition à la pratique pour les infirmières praticiennes francophones diplômées au cours de leur première année de pratique en soins de santé primaires. J'ai aussi utilisé l'ethnographie ciblée comme devis de recherche parce que l'utilisation des entrevues individuelles pouvait fournir des perspectives personnelles et en profondeur de ces infirmières praticiennes francophones ainsi que leurs perceptions (Babbie, 2004). En toute évidence, l'ethnographie ciblée était pertinente pour présenter une culture, celle des infirmières praticiennes, des soins de santé et des francophones.

Je n'ai pas utilisé la stratégie d'observation des participants en raison du temps requis pour cette étude. En effet, les six participants à cette étude pratiquaient dans des milieux différents et leur distribution géographique ne se prêtait guère à cette stratégie. Cependant, afin d'améliorer la rigueur de la présente étude, la triangulation a été réalisée par l'utilisation de plusieurs sources de données de chercheurs. À titre de membre du comité de recherche, j'ai participé à la plus grande étude sur les infirmières praticiennes anglophones sur le même sujet et qui se déroulait simultanément. En effet, tout au long de cette étude, j'ai participé aux réunions régulières du comité et je pouvais offrir des commentaires pour analyser ou interpréter les données et comparer les résultats à mesure qu'ils étaient interprétés.

Un devis qualitatif distinct, soit l'ethnographie ciblée, a été utilisé pour décrire l'expérience de la transition à la pratique chez les infirmières praticiennes francophones diplômées et les observations de leurs coparticipants, et pour explorer les besoins de soutien des infirmières praticiennes au cours de leur première année de pratique. J'ai effectué trois entrevues à 3 mois, 6 mois et 12 mois auprès des infirmières praticiennes francophones. J'ai aussi interviewé des coparticipants dans les mêmes périodes de temps pour augmenter la compréhension du processus et de la culture tout en recherchant une autre perspective. Finalement, j'ai aussi fait l'analyse de documents, notamment les organigrammes et les descriptions de tâches, fournies par les participants, de même que les documents de politiques, qui m'ont permis d'obtenir une perspective d'ensemble des gens, du milieu et des enjeux liés à la recherche. Le fait que l'ethnographie reconnaît la culture et la signification indique qu'il s'agit de la meilleure façon de l'explorer avec des infirmières praticiennes qui sont des membres de la population minoritaire francophone en Ontario.

L'étude a été complétée sur une période de deux ans et a inclus la planification avant la mise en œuvre, la collecte des données dans les trois premiers mois, à six mois et à douze mois de la première année de pratique de l'infirmière praticienne, l'analyse des données, l'application des connaissances, la préparation d'un rapport de recherche et la transmission des connaissances.

Échantillon

Les participants faisaient partie d'un échantillon par choix raisonné de 12 infirmières praticiennes (IP), diplômées du programme francophone du consortium ontarien de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires

en 2006. Ces infirmières praticiennes ont toutes été contactées et six d'entre elles ont satisfait aux critères d'inclusion pour l'étude. L'étude comportait les critères d'admissibilité suivants: Détenir un permis d'exercice à titre d'infirmière autorisée de la catégorie spécialisée en soins de santé primaires et être employée à titre d'infirmière praticienne dans un milieu de soins de santé primaires. Ces infirmières praticiennes en étaient à leur première année de pratique dans des milieux de soins de santé primaires en Ontario et au Manitoba. Des six autres infirmières praticiennes qui ont été exclues, quatre d'entre elles travaillaient au Québec dans un rôle d'infirmière autorisée, car la pratique de l'infirmière praticienne n'était pas encore prescrite par la loi au moment de l'étude. Les deux autres étaient en congé de maternité prolongée. L'échantillon comprenait aussi un même nombre de coparticipants, hommes ou femmes, désignés par les infirmières praticiennes et provenant des milieux de travail respectifs de ces dernières. En l'occurrence, ces coparticipants étaient soit une infirmière praticienne, un médecin ou un gestionnaire qui pouvait fournir des commentaires sur la pratique de l'infirmière praticienne.

Après avoir obtenu le certificat de déontologie de l'université (voir Annexes A, E et F), les infirmières praticiennes ont été contactées par courriel ou par lettre en utilisant les coordonnées disponibles au registre d'inscription du programme de formation des infirmières et infirmiers praticiens (voir Annexe B -). Les infirmières praticiennes ont fourni un consentement signé ainsi que leurs coordonnées (voir Annexe E). Lors du premier contact, l'infirmière praticienne a nommé un ou une collègue de son milieu de travail qui accepterait d'agir à titre de coparticipant. J'ai demandé à l'infirmière praticienne de contacter elle-même en premier, la personne désignée à titre de

coparticipant, de lui remettre la lettre d'information et de fournir les coordonnées de cette personne à la chercheuse, de même que les formulaires de consentement signés (voir Annexes C, D et F). Les dyades infirmières praticiennes et coparticipants désignés par l'IP ont ensuite été contactés par la chercheuse pour établir un moment convenable pour réaliser les entrevues. J'ai effectué les trois séries d'entrevues auprès des infirmières praticiennes et de leurs coparticipants échelonnées sur une période d'un an. À titre d'étudiante aux études supérieures, d'infirmière praticienne et d'enseignante du dernier cours du programme francophone de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires depuis plus de douze ans, je connais ce groupe de personnes, je comprends leur situation et je suis acceptée à titre de membre de ce groupe.

La réflexivité est un processus de réflexion critique (exercée envers soi-même) et d'analyse de ses valeurs personnelles pouvant avoir une influence sur la collecte et l'interprétation des données. Ce processus permet aux infirmières chercheuses de devenir conscientes de leur rôle et d'identifier leurs biais (Roper & Shapira, 2000; Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007). À titre de chercheuse, je reconnais la possibilité que certains biais, tels que ma personnalité, mes valeurs, mes préférences et mes préconceptions de par ma propre expérience de la transition, puissent influencer ma collecte de données, l'interprétation et la description des résultats. En fait, mon principal biais, provient de ma propre expérience, et est celui que j'anticipais de trouver les mêmes résultats qu'ont trouvé Brown et Olshansky (1997) dans leur étude.

Même si je fais partie de la collectivité des infirmières praticiennes, que j'ai enseignée à ces infirmières praticiennes lorsqu'elles étaient étudiantes dans le programme de formation, j'ai obtenu la coopération des participants en écoutant attentivement leur

discours, tout en expliquant clairement quel était mon rôle et de quelle façon j'allais utiliser l'information qui me serait fournie. Je suis consciente que mon rôle de chercheure, à la fois à l'interne et à l'externe (insider/outsider), pourrait m'amener à faire des hypothèses parce que je comprends la situation. Je reconnais que mon expérience personnelle à titre de francophone vivant en situation minoritaire, d'infirmière praticienne ayant vécu la transition et d'enseignante en Ontario, a pu m'amener à tirer des conclusions sur le processus de transition. Cependant, je suis ouverte à cette expérience qui permettra d'étendre la connaissance du connu vers l'inconnu, car je ne connais pas quelle est l'expérience de la transition au rôle pour ce groupe d'infirmières praticiennes francophones en particulier ni quels sont leurs besoins de soutien dans ce contexte. De plus, des contacts limités avec le groupe d'infirmières praticiennes à l'étude m'ont permis de contrebalancer la dualité de ce rôle. Tout au long de cette étude, j'ai été consciente de moi-même, de mes réponses, de mon état intérieur en relation à une situation particulière tout en essayant de comprendre les infirmières praticiennes et leurs situations.

Méthodes de collecte des données

Les deux méthodes utilisées pour la collecte de données sont décrites ci-dessous.

Entrevues

La principale méthode de collecte des données a été réalisée par des entrevues individuelles de 60 à 90 minutes, semi-structurées, de type ouvert, par téléphone (Bowling, 2005) qui ont été effectuées par la chercheure, auprès des infirmières praticiennes et de leurs coparticipants désignés, à trois intervalles de temps dans leur

pratique, notamment au cours des trois premiers mois, à six mois et à douze mois. Toutes les entrevues ont été enregistrées sous les conditions du consentement éclairé. Des guides d'entrevues semi-structurées ont été utilisés pour les infirmières praticiennes et pour leurs coparticipants. Les questions d'entrevue pour les infirmières praticiennes et pour leurs coparticipants désignés, ont été fondées sur le modèle à quatre phases de Brown et Olshansky (1997) de la transition au rôle d'infirmière praticienne en soins de santé primaires, intitulé : «From Limbo to Legitimacy» ou «De l'incertitude à la confiance» (traduction libre). Une section de chaque phase du modèle a servi de guide initial pour les trois sessions d'entrevues avec chaque participant: dans les trois premiers mois -«Poser les assises et le lancement», à six mois - «Le chemin parcouru», et à douze mois «Élargissement de la perspective» (voir Annexe G).

Des données sociodémographiques ont été obtenues des infirmières praticiennes en ce qui a trait à leur domaine de spécialité, au nombre d'années d'expérience qu'elles possédaient avant de devenir infirmière praticienne, à la formation initiale d'infirmière autorisée, au diplôme le plus élevé obtenu et du milieu de pratique actuel (voir Annexe G). Les infirmières praticiennes ont aussi fourni de l'information contextuelle en ce qui a trait au milieu de soins de santé primaires dans lequel elles étaient employées, notamment, le type de milieu précis, les autres professionnels de la santé travaillant avec l'infirmière praticienne et la clientèle desservie. On leur a aussi demandé quelle était l'expérience de leurs milieux de travail respectifs à travailler avec de nouvelles infirmières praticiennes.

De plus, lors de la troisième entrevue, des questions spécifiques ont été posées à la fois aux infirmières praticiennes et aux coparticipants afin d'identifier quels besoins

particuliers étaient nécessaires pour dispenser des services de santé en français dans un contexte minoritaire.

Revue de documents

L'accès aux documents à des fins d'analyse est facile et à peu de frais. En recherche qualitative, la revue de documents est importante, car l'information peut être différente ou ne pas être obtenue au cours de l'entrevue et qu'elle fournit un contexte historique (Hodder, 2000). La revue de documents varie selon les différents types de documents. Aux fins de cette recherche, la chercheuse a examiné les organigrammes, les descriptions de tâches (au niveau organisationnel) et les documents de politique (aux niveaux organisationnel ou provincial) qui ont été fournis par l'infirmière praticienne ou qui étaient disponibles de sources publiques (gouvernement ou associations). Cette revue de documents a permis de vérifier les informations obtenues lors des entrevues tout en fournissant une information contextuelle pertinente qui a ajouté une introspection aux rôles et aux responsabilités de l'infirmière praticienne dans les divers milieux de pratique clinique.

Analyse des données

La création d'une base de données de la transcription des textes est primordiale pour assurer la qualité et la réussite des processus analytiques (Easton, McComish & Greenberg, 2000; MacLean, Meyer, & Estable, 2004). Étant donné que la transcription implique la reconstruction de l'entrevue originale et qu'elle est, par conséquent, sélectivement incomplète, le chercheur doit être conscient de la théorie et de l'éthique

implicites dans le processus de transcription sélectionné (Sandelowsky, 1994).

L'utilisation de conventions de transcription explicites lors du transfert de la base sonore de l'entrevue dans la base de données fondée sur le texte joue un rôle essentiel pour améliorer la qualité de la recherche ethnographique et pour l'analyse des données. Pour ce faire, la chercheure a utilisé des conventions de transcription précises de la même manière à travers toute la base de données.

Le contexte de chaque milieu de soins de santé primaires a été décrit. Les entrevues ont été interprétées dans un contexte de pratique infirmière praticienne. Toutes les entrevues ont été enregistrées mot à mot dans la langue utilisée par les participants. Toutes ces entrevues ont été réalisées en français à l'exception d'une entrevue qui s'est déroulée en anglais. La saturation a été atteinte lorsque j'ai réalisé que les questions de recherche avaient été répondues et que les données ne fournissaient plus de nouvelles informations (Roper & Shapira, 2000).

Les deux premières séries d'entrevues ont été transcrites par la chercheure et un transcripteur a été engagé pour transcrire la troisième série d'entrevues. Cependant, la chercheure s'est assurée de l'exactitude des transcriptions en révisant le contenu des transcriptions tout en écoutant les enregistrements, selon les conventions de transcriptions afin d'assurer la qualité de la base de données. La façon dont le contenu est interprété par le dactylographe qui transcrit les textes enregistrés, la forme et l'exactitude de la transcription jouent un rôle essentiel dans la détermination de quelles données sont analysées et du degré de fiabilité de l'analyse des données (Easton, McComish, & Greenberg, 2000; MacLean, Meyer, & Estable, 2004). Le processus d'analyse des données commence en identifiant et en classant le matériel rassemblé et progresse vers

des généralisations à mesure que l'on découvre et explique des formes de comportement et les règles du groupe culturel (Roper & Shapira, 2000). Effectuer une analyse d'induction exige l'immersion dans le matériel pour favoriser l'introspection.

L'immersion s'accomplit en révisant fréquemment les transcriptions et ce que les participants ont dit. La révision systématique de ces transcriptions et des documents pertinents est la clé de l'analyse des données ethnographiques (Roper & Shapira, 2000). Les transcriptions ont été lues et relues permettant à la chercheuse d'être immergée dans les données. Un résumé a été fait de chaque entrevue individuelle pour décrire les principaux éléments abordés et l'ensemble de la pensée exprimée dans le texte. Des notes ont aussi été prises à travers tout le processus pour augmenter la crédibilité des résultats.

Le fait de disposer d'un ensemble de catégories précises et de bonne qualité est essentiel pour faire l'analyse de données qualitatives (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007). En premier, j'ai révisé deux transcriptions d'entrevues sur papier avec mes deux superviseures de thèse. La participation de deux autres chercheuses à l'encodage d'une partie des données au tout début du processus d'analyse permet de garantir la fidélité intercodeurs (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit & Beck, 2007). Ces deux superviseures possèdent une vaste expérience d'enseignement en sciences de la santé, en analyse qualitative et en ethnographie. Ces transcriptions ont d'abord été codées sur papier par chaque personne et une révision a ensuite été faite ensemble afin d'établir les codes de base. Toutes les autres entrevues ont été codées par la chercheuse afin de garantir la cohérence pour l'ensemble des entrevues parce que la chercheuse est plus familière avec les données et la codification des données.

Les procédures d'analyse utilisées proviennent de plusieurs sources, consolidées dans des étapes de base qui comprennent les techniques préconisées par d'autres chercheurs et recommandées par Roper et Shapira (2000). Ces étapes comprennent la codification des transcriptions d'entrevues, le triage des codes pour identifier les schémas de comportement (patterns), les construits généralisant (thèmes) et la prise de notes pour y inscrire des commentaires de réflexion et d'introspection (Roper & Shapira, 2000). Ce processus n'est pas linéaire; au contraire, il s'agit d'un va-et-vient constant qui mène à l'élaboration des patterns et des concepts. Les données ont donc été codées par la chercheuse et les thèmes ont été identifiés. Le logiciel NVivo 7 a été utilisé pour aider à la gestion et à l'analyse des données. La chercheuse a suivi un cours pour apprendre à utiliser ce logiciel. Tout au long de ce processus, la chercheuse a eu des rencontres régulières avec ses deux superviseuses de thèse pour y discuter des progrès réalisés dans l'analyse de cette étude et de la grande étude en cours. Une autre façon de déterminer par où commencer l'analyse est en examinant les documents existants (Roper & Shapira, 2000). Les documents pertinents, tels les descriptions de travail et les organigrammes sont des outils analytiques utiles pour cristalliser et illustrer les données recueillies (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007). Ces documents ont aussi été examinés.

Considérations éthiques

L'approbation du comité d'éthique de l'université d'Ottawa a été obtenue avant de procéder au recrutement des participants à cette étude (voir Annexe A). Avant de procéder aux entrevues, j'ai demandé à tous les participants de lire la lettre d'invitation (voir Annexes B et C) et de remplir et signer le formulaire de consentement (voir

Annexes E et F). Les participants ont été invités à poser des questions ou à demander des clarifications sur l'étude. Toutes les données fournies par les participants, les formulaires de consentement signés, les enregistrements des entrevues et les transcriptions seront entreposées sous clé dans le bureau de la superviseure de recherche à l'université d'Ottawa pendant 5 ans après la publication de la recherche. L'anonymat des participants a été assuré par l'assignation d'un code numérique pour chaque participant. Les données biographiques ont été altérées au besoin pour toute publication afin de masquer des caractéristiques d'identification des participants et des organisations. Le nom des participants n'a pas été dévoilé sur les documents ni sur les enregistrements et les transcriptions ne sont accessibles que par la chercheure et l'équipe de recherche.

Méthodes pour assurer la rigueur

Pour assurer la rigueur de la recherche qualitative, la première étape est de fonder l'étude dans une approche méthodologique telle que l'ethnographie (Maggs-Rapport, 2001). La rigueur sera aussi maintenue par l'utilisation de plusieurs sources de preuves, l'engagement prolongé et la persistance de l'observation (Lincoln & Guba, 2000, Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007). L'évaluation des données qualitatives fait référence à l'exactitude des méthodes utilisées pour recueillir et analyser l'information au cours de la recherche. Il s'agit d'une force majeure du processus ethnographique si les résultats tiennent compte de la réalité et des significations du groupe étudié (Roper & Shapira, 2000). Les quatre critères qui servent à établir la véracité des résultats qualitatifs sont: 1) la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité et la transférabilité (Lincoln & Guba, 1985, Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007).

Crédibilité

La crédibilité vise à démontrer la confiance dans la véracité des données et dans l'interprétation des résultats (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007).

L'engagement prolongé et l'investissement de temps (Lincoln & Guba, 1985) dans des activités de collecte de données du phénomène étudié contribuent à la crédibilité de cette étude. J'ai aussi passé beaucoup de temps avec chaque participant en réalisant trois entrevues distinctes, échelonnées sur une longue période de temps (un an), certaines entrevues durant plus de deux heures. Afin d'obtenir les informations des participants, j'ai posé des questions ouvertes et parfois plusieurs fois de différentes façons. J'ai aussi validé ma compréhension de ce que les participants me racontaient et ils approuvaient. S'il y avait divergence, celle-ci était corrigée au même moment. Cela a permis d'évaluer l'exactitude des affirmations des participants et de mes propres interprétations.

La triangulation améliore aussi la crédibilité (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007). Il s'agit de l'utilisation de plusieurs points de référence pour tirer des conclusions sur ce qui constitue la vérité. La crédibilité a aussi été démontrée par la triangulation de l'information avec la grande étude anglophone qui avait lieu simultanément et à laquelle j'ai coparticipé à la revue de documents où les différences et les similarités ont pu être mises en contraste. En étant informée des résultats tirés de la grande étude anglophone, j'ai pu faire des commentaires sur l'expérience vécue par les participants francophones. La triangulation des sources de données a aussi été réalisée par les entrevues en profondeur sur le même sujet avec les coparticipants de même que par la revue de documents, tels les descriptions de tâches et les organigrammes. De plus, les deux superviseures de thèse ont aussi codé certaines entrevues. Le processus de

vérification externe par des séances d'échanges entre pairs permet aussi d'établir la crédibilité des données. Selon Patton (2002), la crédibilité du chercheur est importante pour assurer l'authenticité des résultats. Dans cette étude, j'ai affirmé les liens qui me lient aux participants de par ma formation et mes qualifications à titre d'étudiante au niveau de la maîtrise, d'infirmière praticienne et d'enseignante dans le programme de formation. De plus, mes superviseurs de thèse ont aussi été impliqués dans le processus d'analyse des données et de vérification.

Fiabilité

La fiabilité est évaluée en considérant si les résultats sont stables au fil du temps et selon les conditions (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007). La fiabilité dans la recherche ethnographique est améliorée parce que la chercheuse a eu l'occasion d'interviewer tous les participants, infirmières praticiennes et coparticipants à plusieurs reprises au cours de la période prolongée de la collecte de données. La chercheuse s'est aussi assurée de rapporter fidèlement les comptes-rendus des entrevues. La consultation avec les deux superviseuses de thèse au fur et à mesure du processus de recherche a aussi contribué à la fiabilité de l'étude.

Confirmabilité

La création d'une base de données et la conservation de données collectées permettant un audit de sécurité renforcent la confirmabilité et la fiabilité (Lincoln & Guba, 1985). Pour créer une piste de vérification adéquate, la base de données inclut toutes les entrevues, les transcriptions d'entrevues, les documents et les résultats d'analyse des documents. Un relevé complet des analyses de données sera conservé. En

utilisant la base de données et la piste de vérification, d'autres chercheurs devraient être capables de suivre les étapes de la recherche et du processus d'analyse. De plus, j'ai affirmé que certains de mes biais, basé sur mon expérience personnelle de la transition ont pu influencer les résultats de cette étude.

Transférabilité

La transférabilité, similaire au concept de généralisabilité en méthodologie quantitative, est le dernier critère pour assurer la rigueur. La transférabilité indique si les conclusions tirées des données s'appliquent à d'autres contextes (Lincoln & Guba, 1985). Selon ces auteurs, le rapport de recherche doit contenir un nombre suffisant de données descriptives pour que le lecteur puisse estimer si les résultats de l'étude s'appliquent à d'autres contextes. Pour assurer la transférabilité, le rapport de recherche inclut une description approfondie du contexte et de la description des participants à l'étude, des stratégies de collecte de données et une riche description de l'analyse des données. Lorsque cette information est disponible, d'autres personnes intéressées pourront juger de la transférabilité et de l'applicabilité des résultats à leur propre contexte ou pratique (Lincoln & Guba, 1985).

CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de l'étude. Premièrement, le contexte, la description des participants, la situation de l'emploi et la description de la clientèle y sont décrits. Deuxièmement, les trois grands thèmes et les sous-thèmes qui s'y rattachent y sont présentés en terminant avec l'expérience du programme francophone.

Contexte et description des participants

Deux groupes de personnes ont participé à cette étude. Il s'agit de six infirmières praticiennes francophones qui en étaient à leur première année de pratique dans des milieux de soins de santé primaires en Ontario et au Manitoba. L'échantillon comprenait aussi un même nombre de coparticipants, hommes et femmes, désignés par les infirmières praticiennes et provenant des milieux de travail respectifs de ces dernières. La tranche d'âge des infirmières praticiennes se situait entre 27 et 46 ans ($M = 37.7$, écart-type = 6.5). La plupart d'entre elles possédaient plusieurs années d'expérience clinique, soit entre 3 et 23 ans ($M = 14.3$), écart-type = 7.03). Les deux tiers d'entre elles avaient de l'expérience à la fois en soins intensifs et en soins d'urgence (4/6). La moitié des infirmières praticiennes ont étudié à plein temps durant leur programme d'études et l'autre moitié l'ont fait à temps partiel. Les deux tiers d'entre elles étaient mariées et avaient des enfants. Toutes les infirmières praticiennes avaient déjà obtenu un baccalauréat en sciences infirmières et une seule d'entre elles avait obtenu une maîtrise en sciences infirmières.

Tableau 2 : Description des participants: Infirmières praticiennes**6 infirmières praticiennes francophones diplômées**

Tranche d'âge	Intervalle : 27-46 ans Moyenne : 37.7 ans Écart-type : 6.5
Nombre d'années d'expérience	Intervalle : 3 – 23 ans Moyenne : 14.3 ans Écart-type : 7.03
Domaines d'expérience	4/6 expérience à la fois en soins intensifs et en soins d'urgence
Éducation	5/6 baccalauréat 1/6 maîtrise
Travail	5 temps plein 1 temps partiel
Responsabilités familiales	4/6 mariées avec enfants

L'échantillon des six coparticipants désignés incluait trois médecins et trois infirmières praticiennes. Une de ces infirmières praticiennes était aussi une gestionnaire. La majorité des coparticipants avaient déjà travaillé avec des infirmières praticiennes (5/6, 83%). Les coparticipants comptaient, en moyenne, 25.5 années d'expérience professionnelle. Une personne parmi les coparticipants n'a pas participé à la troisième entrevue en raison d'un manque de disponibilité.

Tableau 3 : Description des participants : Coparticipants désignés**6 Coparticipants désignés par l'infirmière praticienne**

Profession	3 médecins 3 infirmières praticiennes (1 aussi gestionnaire)
Expérience professionnelle	Moyenne : 25.5 ans d'expérience
Expérience antérieure avec infirmière praticienne	5/6 (83%)

À la fin de cette étude, la majorité des infirmières praticiennes travaillaient à plein temps (5/6, 83%) et celle qui travaillait à temps partiel le faisait expressément par choix personnel. Ces infirmières praticiennes travaillaient soit avec des médecins ou avec des médecins et d'autres infirmières praticiennes. La plupart des infirmières praticiennes n'ont pas eu de difficulté à se trouver de l'emploi lorsqu'elles se sont senties prêtes à commencer. En effet, l'une a obtenu son emploi avant la fin de son programme d'étude, deux autres dès la fin de leur programme d'étude et les autres dans un délai de quelques mois suivant la fin de leur programme d'étude. Sauf dans un cas, la plupart des milieux cliniques avaient déjà eu l'expérience de côtoyer une infirmière praticienne. La majorité des infirmières praticiennes travaillaient en Ontario (83%) et l'une d'entre elles travaillait hors de la province, notamment au Manitoba (17%). Quatre des infirmières praticiennes avaient été embauchées dans des postes où le financement venait d'être obtenu pour la création d'un nouveau poste et une cinquième infirmière praticienne a changé de poste au cours de l'année pour accepter un poste nouvellement créé. La majorité des infirmières praticiennes travaillaient dans des programmes visant une clientèle cible, dans des programmes des services aux régions insuffisamment desservies ou dans un projet pilote au service des urgences d'un hôpital. Une des infirmières praticiennes dispensait des soins à deux sites avec une clientèle différente. La majorité des milieux de travail réunissaient un centre de santé communautaire et des cliniques externes attachées à un hôpital. Une seule de ces cliniques externes n'avait pas eu l'expérience de travailler avec une infirmière praticienne. Les deux tiers des agences ayant embauché ces infirmières praticiennes étaient situées dans des milieux ruraux; l'autre tiers était dans des milieux

urbains. À la fin de cette étude, la majorité des infirmières praticiennes étaient satisfaites du poste qu'elles occupaient au sein de l'organisation. La moitié des infirmières praticiennes avaient changé de poste, l'une pour être plus près de la maison, l'autre pour poursuivre une autre opportunité d'emploi et la troisième en raison de suppression d'emploi.

Les descriptions de travail des infirmières praticiennes étaient représentatives du champ d'application de la profession et incluaient des responsabilités liées aux soins cliniques directs et complets de la pratique avancée, à la consultation et la collaboration, au leadership et à la recherche. Dans les soins cliniques directs et complets, se trouvaient les responsabilités d'évaluation de l'état de santé et du diagnostic, de gestion des soins de santé et des interventions thérapeutiques y compris la prescription de médicaments et d'analyses de laboratoire et d'épreuves diagnostiques, ainsi que de suivi des clients ayant des affections aiguës ou chroniques. Les responsabilités de consultation et de collaboration avec les médecins et avec d'autres professionnels de la santé étaient clairement articulées dans les descriptions de travail, et ce, selon les normes d'exercice de l'infirmière praticienne. Au niveau du leadership, les responsabilités de l'infirmière praticienne allaient de la participation au développement et à l'évaluation des programmes et services offerts aux clients, et à la promotion du rôle de l'infirmière praticienne auprès des clients, du public et des professionnels de la santé. De plus, ces responsabilités incluaient, de servir de ressource clinique à d'autres infirmières et à d'autres professionnels de la santé y compris, les résidents en médecine tout en faisant preuve d'initiative envers son propre développement professionnel. Les responsabilités

liées à la recherche ont mis en évidence la participation à la recherche clinique et à l'utilisation des données de recherche en vue d'améliorer les soins aux clients.

Par conséquent, ces infirmières praticiennes possédaient un éventail d'expérience et travaillaient essentiellement à temps plein dans des cliniques externes de milieu hospitaliers pour des employeurs familiers au rôle des infirmières praticiennes.

Situation de l'emploi

Pour que la transition au rôle puisse survenir, l'infirmière praticienne nouvellement diplômée doit se trouver un poste d'infirmière praticienne. Puisqu'il y avait une grande demande pour des infirmières praticiennes bilingues dans les régions où les infirmières praticiennes habitaient, les employeurs étaient en procédure de recrutement et les infirmières praticiennes n'ont eu aucune difficulté à se trouver un emploi. Ces infirmières praticiennes ont trouvé de l'emploi dans des cliniques externes de milieu hospitaliers ou dans un centre de santé communautaire, lesquels étaient, en majorité, familiers avec la pratique de l'infirmière praticienne.

Je n'ai pas cherché fort. Il est venu à moi. Non, en fait, ils m'ont engagée pendant que j'étais étudiante. (IP1 à 3 mois)

Je n'ai même pas cherché, ils m'ont trouvé... dans la région..., je n'ai pas tout compté, mais je dirais qu'on est à peu près 17 IP. Puis on est peut-être 5 ou 6 qui sont francophones. La plupart sont anglophones. Donc, je pense que c'est certainement un atout pour moi. C'est une des raisons pour laquelle ils m'ont initialement appelé. (IP2 à 3 mois)

Les deux tiers d'entre elles travaillaient déjà à titre d'infirmière autorisée pour le même employeur. Les infirmières praticiennes ont utilisé leur système de réseautage pour rechercher un emploi qui leur convenait. La majorité des infirmières praticiennes sont restées dans la communauté où elles vivaient, sauf une qui a décidé de déménager.

Bien moi, il n'y a pas vraiment eu de temps parce que j'étais déjà prédéterminée. Alors, pour moi, je n'ai pas vraiment eu besoin de regarder. (IP3 à 3 mois)

J'avais fait ma recherche avant de rentrer dans mon cours. Alors, j'ai fait un peu de lobbying pour m'assurer qu'il y avait des emplois autour et qu'il y avait des chances d'emploi quand je suis entrée dans le cours d'IP parce que je voulais vraiment rester dans ma communauté. Alors, j'ai fait les placements là, j'ai travaillé à temps partiel pendant mon cours. Alors, je me suis gardée visible où je savais que j'aurais une chance d'emploi...J'ai eu mon emploi, on m'a offert mon emploi quand j'étais dans mon stage d'intégration. (IP4 à 3 mois)

Je n'ai pas vraiment cherché en fait. C'est une coïncidence moi. Il y a quelqu'un qui a quitté...On avait besoin d'un remplacement...Puis, ce sont eux autres qui sont venus me demander si j'avais un intérêt à faire ce rôle-là. (IP5 à 3 mois)

Disons que comme je travaillais comme infirmière avant à l'hôpital. Alors, les gens me connaissaient là et... j'ai attendu d'avoir gradué et j'ai appliqué comme IP à l'hôpital et disons qu'il y avait d'autres personnes qui ont appliqué et après l'entrevue, j'ai réussi à avoir le poste. Alors..., j'étais bien contente qu'ils m'aient choisie. (IP6 à 3 mois)

L'embauche des infirmières praticiennes a été assurée par des professionnels détenant des postes administratifs, incluant des infirmières, des infirmières praticiennes, des médecins et des gestionnaires. Une description de poste générique était disponible pour la majorité des infirmières praticiennes, sauf pour une qui a dû développer elle-même la description de son poste.

Bien, ils viennent de me faire signer...un papier de mes fonctions que j'évalue des personnes âgées de 75 ans et plus avec tels critères d'inclusion. Ça fait que ça... a changé souvent... parce que...au fur et à mesure que le programme se développe, il a comme changé, tu sais. Alors, tu peux voir la progression et j'ai écrit le processus à côté. (IP6 à 3 mois)

Les postes des infirmières praticiennes étaient situés à un niveau hiérarchique élevé dans l'organigramme, même dans le milieu où le rôle était une nouveauté. En majorité, il s'agissait de nouveaux postes. La plupart des infirmières praticiennes se sont

elles-mêmes orientées ou n'ont pas eu besoin d'une orientation formelle à leur milieu de travail parce qu'elles connaissaient déjà le milieu pour y avoir travaillé.

J'ai eu deux orientations par rapport à l'organisation : quand j'étais étudiante et quand je suis entrée dans le milieu avec une personne qui connaissait bien le milieu qui a pu favoriser mon intégration et à comprendre les... comment on dit ça... le milieu organisationnel là. (IP1 à 3 mois)

...mon orientation a été faite, un peu, avec mon stage d'intégration. Mon dernier stage d'intégration était à cet endroit là. Alors, j'avais déjà la connaissance du milieu, le fonctionnement de la pratique. (IP4 à 3 mois)

Certaines infirmières praticiennes ont reçu une orientation à leur rôle d'infirmière praticienne de la part d'une autre collègue infirmière praticienne tandis que d'autres auraient apprécié en recevoir.

Donc, c'est comme si j'ai créé ma propre entité dans le fond. Comment faire le rôle dans ce milieu là, dans ce contexte-là. Donc, oui, l'orientation je l'ai eu, mais pas d'un point de vue IP. (IP1 à 3 mois)

Elles ont contribué à préciser la description de leurs tâches à mesure que leur rôle évoluait. Toutes les organisations reconnaissent l'importance de l'ajustement d'une nouvelle infirmière praticienne à la culture et aux attentes de l'organisation.

...c'est sûr qu'elle a montré... assez d'autonomie. L'autre chose, elle n'est pas du tout intimidée... par les médecins...il y a une bonne atmosphère de collaboration. Les autres infirmières ont un respect, même si elle plus jeune, elles ont un respect pour ses connaissances. Elles la voient comme un support de plus, on en a besoin...on est tellement occupé. Disons qu'elle avait un petit peu plus de misère à... faire confiance à la longue à... certains médecins...Mais, tu sais, à la longue, moi j'ai l'impression qu'elle va comprendre ça, parce qu'il faut que tu travailles avec lui dès le départ pour que ce que tu fais comme action perdure. (CP1 à 3 mois)

En résumé, ces infirmières praticiennes étaient en forte demande et ont pu se trouver de l'emploi là où elles le voulaient.

Description de la clientèle desservie

Le tiers des infirmières praticiennes voyaient des clients de toutes générations, un autre tiers seulement des personnes âgées et le dernier tiers à la fois des adultes et des personnes âgées.

C'est une clientèle assez similaire...comme IA, soins intensifs et urgence, ce sont beaucoup les gens de 50 ans et plus. On en voit avant ça, mais...la plupart du temps, ce sont ces gens-là. Donc, pour moi, ça n'a pas fait de différence en tant que telle. Je n'ai pas eu beaucoup de pratique avec les enfants, avec les femmes enceintes, je l'ai eu durant mon cours d'IP et tout ça. Mais la clientèle adulte, j'ai toujours préféré. Donc, c'est avec cette clientèle là que je me retrouve. (IP1 à 3 mois)

75 % de la population est âgée de 65-70 ans et plus. (IP4 à 3 mois)

On a une pratique « womb to tomb ». Donc, de la naissance des nouveaux nés à des soins palliatifs. Je dirais que la masse de notre population est gériatrique. (IP3 à 3 mois)

...c'est surtout des femmes de 45 à 65 ans, je te dirais en moyenne. J'en ai des plus jeunes, mais c'est surtout des femmes d'un certain âge. (IP6 à 3 mois)

Ces clients, hommes et femmes, étaient vus pour des examens périodiques et pour la gestion des maladies chroniques et épisodiques. La moitié des infirmières praticiennes comptaient quelques membres des Premières nations parmi leur clientèle et le tiers d'entre elles faisaient spécifiquement des cliniques de santé des femmes à raison d'une journée par semaine. Les infirmières praticiennes voyaient des clients atteints de maladies chroniques stables d'origine cardiovasculaire, par exemple, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et les ischémies cérébrales transitoires (ICT), l'hypertension, la défaillance cardiaque et les dyslipidémies. Elles voyaient aussi des clients atteints de diabète, de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), de diabète et d'arthrose. Leur clientèle présentait aussi des besoins psychosociaux, telle la

dépression et la maladie d'Alzheimer. Plusieurs clients des infirmières praticiennes étaient des clients qui n'avaient pu trouver de fournisseur de soins de santé et certains autres étaient des immigrants ou des résidents permanents.

La clientèle varie des nouveau-nés aux personnes âgées. En majorité, je dirais que ce sont des aînés que l'on voit au Centre. La race est blanche (caucasienne). Les problèmes... tous les problèmes auxquels tu peux penser sont là. Variant de problèmes d'hypertension, cardiaque, diabète, à des problèmes mineurs, des visites de prévention de santé avec les personnes relativement en bonne santé. (IP2 à 3 mois)

On a beaucoup de noirs d'Afrique... on a des gens qui sont des réfugiés et on a des gens qui sont immigrants. On a aussi des musulmans qui sont venus du Maroc...En plus des francophones. Puis on a quelques clients aborigènes, mais pas beaucoup. (IP3 à 3 mois)

Cardiovasculaire, hypertension. Grosse, grosse majorité, COPD. Ça, c'est notre grosse clientèle. Et puis nos prénataux... beaucoup de jeunes filles célibataires à risque. Ça, c'est notre grosse clientèle de prénatales... (IP4 à 3 mois)

Thèmes

Cette section présente les résultats de l'analyse des données. Ces résultats sont présentés sous trois grands thèmes: 1) le développement du sentiment de confiance pour accomplir le rôle attendu, 2) la réceptivité pour les infirmières praticiennes au niveau organisationnel, au niveau professionnel et au niveau du système et 3) les enjeux pour travailler en français dans une situation minoritaire au Canada. Les données sont présentées en fonction des infirmières praticiennes et des coparticipants qui ont participé à l'étude.

Thème 1 : Développement du sentiment de confiance pour accomplir le rôle attendu

Charge de travail

La charge de travail, pour plusieurs infirmières praticiennes, incluait l'évaluation de santé initiale des nouveaux clients qui s'ajoutaient dans leurs milieux de travail respectifs. Ne connaissant pas les antécédents médicaux de ces clients, les infirmières praticiennes ont dû passer plus de temps avec leur client lors de ces visites ou leur donner un rendez-vous de suivi pour compléter l'évaluation.

C'est tout un défi quand tu as des gens que tu ne connais pas et qui viennent comme nouveau client. Il faut que tu fasses les plans de traitement. Il faut que tu ailles fouiller dans les dossiers. Tu apprends à les connaître un peu. Il y a quand même une différence quand quelqu'un que tu suis depuis cinq ans et que tu connais assez bien. (IP3 à 12 mois)

Donc, je mets en application une évaluation du point de vue neurologique et beaucoup d'évaluations pour les maladies chroniques...je fais mon examen physique. Ensuite de ça, il y a toute l'analyse, le jugement clinique de l'IP qui entre en ligne de vue. Dans ma clinique, ce sont tous les nouveaux patients et même les suivis, tout dépendant du suivi, je vais faire une note de consultation. Donc, ça prend beaucoup, beaucoup, beaucoup de temps. (IP1 à 3 mois)

Plusieurs d'entre elles avaient à gérer des clients présentant des problèmes de santé complexes nécessitant de passer beaucoup de temps à comprendre leurs besoins.

Les connaissances que je dois appliquer ou les liens que je dois entre les maladies ou entre les choses que se passent chez mon patient sont très spécialisées et très... ça m'apporte beaucoup de défis...Les patients sont diabétiques, hypertendus, dyslipidémiques, insuffisance cardiaque, MPOC. C'est tout ça! Donc, ce ne sont pas juste mes notes au dossier. C'est d'envoyer des rapports détaillés aux médecins de famille pour assurer la communication entre les fournisseurs de soins. Donc, ça prend beaucoup de mon temps. (IP1 à 3 mois)

Puis quand je les vois et je trouve qu'ils sont trop compliqués, là ce que je fais c'est que je vais voir l'administration et je leur dis « Non, ça, c'est un client qui devrait être vu par le médecin. (IP3 à 3 mois)

On a établi qu'on était pour faire les entrevues pour prendre des clients qu'on peut gérer au moins à 80 %. On trouvait que notre clientèle était très lourde au début. Très, très lourde. (IP4 à 3 mois)

Dans plusieurs cas, la pratique de l'infirmière praticienne était limitée à certains types de clients en raison des besoins liés aux caractéristiques sociodémographiques de la clientèle ou en raison des préférences des médecins collaborateurs. Certaines infirmières praticiennes, en particulier celles exerçant auprès d'une clientèle spécialisée, ont exprimé le besoin d'exercer leur rôle en utilisant toutes les compétences apprises au cours de leur programme de formation. Par exemple, celles qui ne voyaient pas des enfants ou des femmes enceintes étaient préoccupées à l'idée de perdre leur compétence à soigner ces clients.

Donc, je ne peux pas dire que je veux faire juste de la santé des femmes ou des enfants. Ça fait partie de mon rôle de faire tout! (IP3 à 6 mois)

Mais c'est toujours le même groupe d'âge. Et ce que je trouvais triste, c'est que j'avais un petit peur de perdre le volet pédiatrique, le volet adolescent, maman-enfant. (IP5 à 6 mois)

Dans certains cas, les réceptionnistes avaient de l'influence sur la durée des visites et le nombre de clients assignés à l'infirmière praticienne. Certaines ont dû former ces réceptionnistes à cet effet.

Ça vient juste de commencer depuis deux semaines depuis qu'on leur donne vraiment le veto à la réception ou à l'accueil de faire ça. Puis, oui, on est plusieurs qui ont eu des problèmes avec ça. Alors, de ce côté-là, je trouve que je n'ai pas assez de flexibilité pour gérer mon horaire et ça me cause des ennuis au niveau de la documentation qui me fait faire du surtemps... La seule chose, c'est au niveau de la gestion de mon horaire, ça je n'aime pas ça et le fait qu'on n'a pas de temps pour réviser nos dossiers ou pour faire de la recherche. (IP3 à 3 mois)

Parce que nous autres on n'a pas le droit d'ajuster nos horaires, notre horaire est géré par l'accueil, notre réception. (IP3 à 6 mois)

Confort avec la clientèle

Les infirmières praticiennes ont exprimé le degré de confort qu'elles ressentaient envers la clientèle rencontrée dans leurs milieux cliniques. Ce degré de confort était relié à leur expérience clinique antérieure à titre d'infirmière autorisée. Par exemple, celles qui avaient déjà travaillé ou qui avaient déjà fait un stage clinique au cours de leur formation, avec ce type de clients ou dans un milieu semblable, se sentaient très confortables avec la clientèle.

Non. Ça, c'est une chose que je peux vraiment dire que je n'ai pas eu de problème d'adaptation parce que c'est pas mal la même clientèle. Puis, avoir... les relations avec les clients, je n'avais pas de problème. Je faisais ça régulièrement et c'était, disons, l'adaptation la plus facile pour moi. (IP4 à 3 mois)

Certaines infirmières praticiennes dont la charge de travail incluait de nombreux cas de problèmes de santé complexes ont eu plus de difficulté à ajuster leur degré de confort avec ces clients.

Ils le savent que je n'aime pas faire de la gériatrie. Mon rôle est désigné à faire des soins de santé primaires. Donc, je ne peux pas dire que je veux faire juste de la santé des femmes ou des enfants. Ça fait partie de mon rôle de faire tout! Non. Je suis capable de les gérer et je le fais, mais ce n'est certainement pas mon élément... (IP3 à 6 mois)

Transition au rôle de l'infirmière praticienne

Les infirmières praticiennes et les coparticipants ont décrit l'évolution du rôle au cours de la première année d'exercice de l'infirmière praticienne même si ces perceptions

étaient parfois différentes. Les attentes des infirmières praticiennes par rapport à leurs compétences étaient élevées dès leur début et tous les coparticipants ont réalisé la nécessité d'une période d'apprentissage et l'importance du mentorat dans l'acquisition de l'expérience et des connaissances de l'infirmière praticienne. Puisque la plupart des infirmières praticiennes connaissaient l'organisation dans leurs milieux de travail respectifs, elles y avaient reçu une certaine orientation.

Donc, j'ai pu avoir une certaine orientation dans le sens organisationnel, médical et soins infirmiers. (IP1 à 3 mois)

Cependant, elles ont dû promouvoir elles-mêmes leur orientation aux services disponibles dans la communauté et promouvoir l'orientation des intervenants à leur rôle d'IP.

Bien, c'est beaucoup d'apprentissage. Ce n'est pas juste de travailler dans un rôle et dans un milieu qui est déjà établi, c'est de monter un programme. Alors, ce n'est pas facile. Deuxièmement, j'ai eu des barrières, je te dirais, au début je n'avais pas de bureau, pas d'ordinateur, pas de téléphone... Puis, mon bureau je l'ai eu... Alors, tu as des choses qui ne rendaient pas les choses faciles à faire. Tu sais, quand tu n'as pas de téléphone, quand tu n'as pas d'ordinateur et tout ça. Aussi, j'essayais d'avoir un plan. Alors, c'est d'établir un plan. Voir ce que je vais faire avant de commencer à voir les patients, toutes les choses qu'il y a à faire. Développer des formulaires, rencontrer les gens justement à qui tu vas référer les patients. C'est quoi leurs critères de référence et tout ça. Puis, comme je travaillais comme infirmière..., je ne savais pas les ressources qu'il y avait dans la communauté. Alors, c'a été de connaître ça aussi. (IP6 à 3 mois)

La majorité a obtenu un emploi permanent ou a pu négocier un contrat d'emploi satisfaisant.

Au cours des premiers mois d'exercice, les infirmières praticiennes ont exprimé avoir manqué de confiance en elles et elles ont dû déployer beaucoup d'effort pendant la

transition d'un rôle d'infirmière autorisée à celui lié aux responsabilités de l'infirmière praticienne.

Pour moi, ça s'est bien déroulé. J'avais beaucoup de questions quand j'ai commencé. Il y a des affaires que je savais théoriquement, mais des fois c'est difficile à assimiler pour les mettre en pratique. C'est difficile à expliquer. Les affaires que je connaissais... l'incertitude finalement de mes diagnostics, j'ai eu l'impression que je demandais souvent si c'est le bon diagnostic si je suis sur la bonne voie et ce genre de choses... (IP2 à 3 mois)

Comme dans les soins prénataux, je n'ai aucun problème, dans les soins pédiatriques, dans les choses épisodiques, je n'ai pas de problème. C'est quand ça vient aux maladies chroniques et ...des gens qui ont plusieurs problèmes chroniques... Alors, pour moi c'était comme, non, oh là là! Ça me dépasse et je suis allée consulter un de mes médecins et j'ai dit : « OK, ça, c'est ce que j'ai trouvé, ça, c'est ce que je veux faire et est-ce que je devrais faire... Est-ce que je suis sur la bonne longueur d'onde? » Là, ils m'ont « Bien, peut-être que je ne ferais pas ça, mais je ferais ça au lieu ». Donc, c'est vraiment dans ces situations-là que je vis un petit peu plus d'anxiété et d'inconfort. (IP3 à 3 mois)

Au tout début de leur adaptation à leur rôle, les infirmières praticiennes ont décrit des sentiments personnels d'incertitude. Même si toutes les infirmières praticiennes comprenaient la notion de transition d'un nouveau rôle de novice à expert, il reste que la plupart d'entre elles ont exprimé des sentiments d'anxiété, d'insécurité, d'inconfort et d'inquiétude et ont trouvé cette étape à la fois stimulante et intimidante. Quoique la plupart des infirmières praticiennes aient eu plusieurs années d'expérience avant d'obtenir leur diplôme d'infirmière praticienne, elles ont toutes exprimé leur sentiment de manque de confiance en elles au cours des premiers mois à exercer leur rôle d'IP.

Donc, tout est fait pour la première fois. C'est ça qui est dur à faire. On est toutes... c'est comme s'il y a un cadre qui nous est enseigné, mais il y a tellement de choses qui sont des zones grises qu'on affronte peut-être à chaque semaine. Et là, on se dit que cette zone grise, finalement, dans le rôle d'IP, c'est quoi là... parce qu'il faut que je prenne la décision. (IP1 à 3 mois)

Leur degré d'inconfort était relié à leur expérience antérieure à titre d'infirmière autorisée. Par exemple, celles ayant plus d'expérience en soins d'urgence qu'en soins intensifs ont exprimé moins d'insécurité.

J'ai travaillé beaucoup avec le service d'urgence. Donc..., ce sont les mêmes genres de problématiques...je reste dans le même secteur, même milieu...Donc, pour moi c'était bien plus facile au niveau adaptation. Donc, il y avait ce gros volet qui était pas mal moins stressant qu'une nouvelle qui arrive dans ce milieu là...Je...ne sentais pas que j'avais des preuves à faire. C'est comme si on me le donnait de façon acquise. C'est sûr que quand tu joues un nouveau rôle, tu commences un nouveau rôle, bien tu as toujours des preuves à faire. On dirait qu'on me le donnait ça, donc c'était plutôt à moi à qui il fallait que je me prouve plus qu'à d'autres. (IP5 à 3 mois)

Les coparticipants désignés, à la fois des infirmières praticiennes et des médecins, ont fait de leur mieux pour aider la nouvelle infirmière praticienne diplômée à s'adapter à son rôle, parce qu'ils comprenaient le rôle de l'infirmière praticienne et la nécessité d'exercer dans un milieu de travail positif.

Ah, oui! Mon dieu, on est chanceuses... On se félicite quand on fait des bons coups...On est très serrées surtout, on est deux IP qui se soutiennent. (CP4 à 6 mois)

Comme tout nouveau médecin, nouveau professionnel qui termine sa formation et commence sa pratique, dans les débuts, ça prend du temps pour l'indépendance. Puis, on s'en attend, on offre...une espèce de mentorat informel si on veut où les nouveaux professionnels...peuvent se sentir libres d'aller retrouver les autres membres de l'équipe pour se faire appuyer. Moi, je dirais que mon expérience avec IP3 est très, très positive. Très bonne clinicienne avec de bonnes capacités de communication et qu'elle est vraiment bonne avec le monde. Elle est capable de se faire écouter et aussi de se faire respecter. Aussi, par ses patients et par les gens qui la côtoie dans le bureau. C'est une amie, c'est une collègue et je la respecte beaucoup. Ce qui est le fun, c'est qu'elle est un membre d'équipe...C'est sa personnalité et ça l'amène loin. (CP3 à 6 mois)

En plus de s'ajuster à leur nouveau rôle, les infirmières praticiennes ont dû interpréter ce qu'elles pouvaient faire ou ne pas faire dans l'exercice de leurs fonctions et

en informer les médecins, les infirmières et les réceptionnistes avec lesquels elles travaillaient.

Ils pensaient peut-être que je pourrais ajuster le Metformin ou le Diabéta mais ce n'est pas dans mes normes de pratique. Ils sont à ma liste pour renouvellement seulement sans que le dosage soit changé...Donc, il faut que je les informe. Pour eux autres, peut-être qu'ils pensaient que l'IP va faire ci, va faire ça. (IP1 à 3 mois)

Les infirmières praticiennes ont décrit les premiers mois de la transition à la pratique comme une période où elles ont dû affronter leur anxiété: Leurs clients avaient besoin d'une évaluation de santé complète, se présentaient avec de nouvelles affections médicales ou avec plusieurs affections complexes, leurs attentes et celles des autres n'étaient pas suffisamment claires.

Souvent aussi, c'est que, par exemple, on va dire les examens diagnostics ou la prescription de laboratoire. Là, des fois, on n'est pas sûre. Il y a encore des zones grises. (IP1 à 3 mois)

Donc...c'est le prochain chapitre, je pense, qui commence! C'est une période d'ajustement pour moi. (IP3 à 3 mois)

Au cours de cette période, les infirmières praticiennes consultaient leurs livres de référence et recherchaient de l'aide ou consultaient leurs collègues ou leurs médecins collaborateurs, autant lorsqu'elles étaient incertaines d'un diagnostic ou d'un traitement que pour des motifs reliés à des actes au-delà de leur champ d'exercice. Les coparticipants étaient positifs envers le travail des infirmières praticiennes et avaient une idée assez claire par rapport à ce qu'ils devaient s'attendre, sauf dans un cas où les attentes de l'employeur dépassaient celles que pouvait offrir l'IP. En général, les coparticipants savaient de quelle façon ils pouvaient encadrer, soutenir ou conseiller l'infirmière praticienne. Par ailleurs, certains auraient voulu faire mieux, mais n'en

avaient pas les moyens; par exemple, pas de médecin partenaire et manque de ressources dans la communauté.

Le sentiment de manque de confiance en soi s'est graduellement estompé au cours de l'année. En fait, la confiance en elles-mêmes des infirmières praticiennes s'est nettement améliorée après les premiers six mois. Les coparticipants ont exprimé leur compréhension que l'infirmière praticienne novice avait besoin de temps pour devenir plus confortable dans son rôle. Progressivement, la majorité des infirmières praticiennes novices ont vu un plus grand nombre de clients à mesure qu'elles se sentaient plus familières dans l'exercice de leur profession. Tous les coparticipants ont identifié de façon unanime la nécessité de fournir du mentorat et de soutenir la nouvelle infirmière praticienne. À mesure qu'elles continuaient d'exercer leur nouveau rôle, toutes les infirmières praticiennes se sont senties plus confortables. Dans la plupart des cas, leurs employeurs et leurs collègues savaient à quoi s'attendre d'elles et dans un cas, les attentes de l'employeur étaient plus élevées.

À six mois, les infirmières praticiennes avaient fait beaucoup de progrès et se sentaient beaucoup moins anxieuses. Elles avaient adopté des nouvelles routines, contrôlaient mieux leur gestion du temps et avaient créé des attentes beaucoup plus claires avec tout le personnel avec qui elles travaillaient. Même si elles se sentaient parfois incertaines, la majorité des IP ont affirmé avoir plus de confiance en elles et se sentir plus confortables dans leur rôle. La plupart des coparticipants étaient capables d'identifier les domaines sur lesquels l'infirmière praticienne devrait se concentrer pour améliorer sa pratique.

La confiance en soi des infirmières praticiennes s'est améliorée au cours de la première année d'exercice dans leur rôle. La transition au rôle s'est déroulée sans trop de difficulté dans tous les milieux y compris le milieu qui n'avait pas d'expérience avec le rôle d'IP. Il est possible que la personnalité, le professionnalisme et les compétences de l'infirmière praticienne aient influencé le degré de confort de cette transition.

À la fin de la première année d'exercice, les infirmières praticiennes s'étaient habituées à leur rôle avec des routines et des attentes claires.

On se sent plus confortable, moins stressée et on se sent efficace avec ce que l'on fait. On sait ce que l'on fait parce qu'on a été entraîné, on a les connaissances pour ce que l'on fait. Alors, ça va beaucoup mieux. Le niveau de stress a baissé beaucoup. (IP4 à 12 mois)

Elles avaient établi de bonnes relations interprofessionnelles ou elles sont allées travailler ailleurs. Celles qui sont restées dans leurs positions commençaient à regarder au-delà de leurs routines journalières et cherchaient de nouvelles opportunités à travailler avec certains groupes de clients, à développer des programmes de promotion de la santé ou à passer du temps dans d'autres milieux cliniques.

Puis on veut commencer la webcam aussi pour les clients qui sont dans les régions éloignées et qui n'ont pas accès aux médecins pour les encourager à faire... bien, je peux faire l'évaluation physique de cette façon-là aussi pour évaluer leurs symptômes et ensuite faire un peu d'éducation aussi. Ça tombe dans le même ensemble finalement. (IP 2 à 12 mois)

Toutes les infirmières praticiennes sentaient qu'elles étaient des infirmières en premier. Elles comprenaient le fonctionnement du système de santé et savaient comment être le défenseur des droits de clients. À mesure qu'elles se sont senties plus confortables dans leur rôle d'infirmière praticienne, elles se sont senties prêtes à élargir certains aspects de leurs rôles.

Gestion du temps

La gestion du temps a été un élément qui a joué un rôle important au niveau du fonctionnement de l'infirmière praticienne au cours de la transition.

Donc, ce ne sont pas juste mes notes au dossier. C'est d'envoyer des rapports détaillés aux médecins de famille pour assurer la communication entre les fournisseurs de soins. Donc, ça prend beaucoup de mon temps...oui, c'est du 8 à 4, mais finalement quand on débute, on continue le soir dans nos heures personnelles. (IP1 à 3 mois)

En effet, au cours des premiers trois à six mois, les infirmières praticiennes ont fait des heures supplémentaires, ont travaillé de la maison ou sont revenues au travail en dehors des heures normales de travail pour tenir le coup.

Avec la charge de travail, je réalise que je faisais plus de surtemps que je pensais parce que souvent je rentrais dans mes journées où je ne travaillais pas et je faisais mes dossiers. IP3 à 6 mois)

La plupart d'entre elles voyaient de nouveaux clients qui avaient besoin d'un examen de santé complet. Pour les autres clients, les infirmières praticiennes ont eu besoin de plus de temps au début pour apprendre à les connaître. Une fois les clients connus, les infirmières praticiennes se sentaient plus compétentes à gérer leur cas.

Même si ce sont des cas plus complexes, c'est plus facile à gérer parce que je les connais. (IP3 à 6 mois)

La majorité des coparticipants étaient d'avis que les infirmières praticiennes géraient bien leur temps et certains n'étaient pas au courant des heures supplémentaires que faisait l'infirmière praticienne au cours des premiers mois. En général, les employeurs n'ont pas exercé de pression sur les infirmières praticiennes pour qu'elles voient un plus grand nombre de clients. Il est possible que le fait de travailler à deux

sites avec une clientèle différente ait pu influencer le rendement de l'une des infirmières praticiennes.

Certaines infirmières praticiennes ont éprouvé de la difficulté à trouver du temps pour consigner leurs notes au dossier ou à réviser les dossiers de leurs clients pendant les heures de travail. D'autres infirmières praticiennes ont fait des heures supplémentaires à faire de la recherche sur les syndromes atypiques présentés par leurs clients ou à faire des activités reliées au développement de programmes, par exemple à développer des outils d'évaluation des clients ou à l'entrée de données statistiques.

Certaines infirmières praticiennes n'ont pas présenté de demande d'heures supplémentaires à leurs employeurs parce qu'elles savaient qu'elles n'y avaient pas droit, d'autres n'ont pas mentionné si elles l'avaient fait. Certaines se sont senties frustrées que la politique de leur employeur ne reconnût pas les heures supplémentaires qu'elles faisaient. D'autres ont obtenu la reprise des heures supplémentaires en temps ou n'ont pas eu à faire d'heures supplémentaires. Le soutien clérical et infirmier était disponible dans la plupart des milieux cliniques et très apprécié par les infirmières praticiennes.

Les réceptionnistes sont superbes. Si les choses étaient trop occupées bien, elles s'arrangeaient pour ralentir les choses un peu. Elles nous demandaient constamment si l'horaire était trop chargé, si elles pouvaient changer quelque chose. Pour moi, c'était approprié. J'ai eu des journées où c'était un peu plus débordé que d'autres, mais ça arrive partout. Je ne me suis jamais sentie comme si je n'avais pas le temps. (IP2 à 3 mois)

Cependant, dans certains cas, la réceptionniste gérait l'horaire de l'infirmière praticienne sans trop lui laisser de flexibilité.

Ce n'est pas moi qui gère ça et j'ai quelques moments de frustration par rapport à ça et ça, c'est par rapport au système d'accès là, à notre système de rendez-vous. Ça, ça vient juste de commencer depuis deux semaines

depuis qu'on leur donne vraiment le veto à la réception ou à l'accueil de faire ça. (IP3 à 3 mois)

À la fin de la première année d'exercice, la majorité des infirmières praticiennes étaient capables de voir un plus grand nombre de clients et d'assumer plus de responsabilités tout en étant capables d'accomplir leurs tâches dans leur journée de travail.

Comme dans n'importe quel domaine, le plus longtemps que tu travailles dans ton domaine, tu peux faire des choses plus rapidement. Une otite qui me prenait 20 minutes avant peut me prendre cinq minutes maintenant. Tu sais ou la cystite ou des affaires comme ça. (IP3 à 12 mois)

Le mentorat

La relation de mentorat a été un facteur clé qui a favorisé l'évolution du rôle. En fait, tous les coparticipants, même ceux qui n'avaient pas d'expérience avec des infirmières praticiennes, ont reconnu que les infirmières praticiennes avaient besoin de soutien personnel et professionnel.

Moi, je trouve que ce qu'il y a besoin sur place, c'est d'une autre IP avec de l'expérience. Je trouve que ce n'est pas le médecin qui est le meilleur dans ce rôle là parce que le médecin a une très grande tendance... à se remettre au niveau du rôle qui lui a été appris de l'infirmière qui doit faire ses choses... je pense que l'IP qui arrive a besoin de support pour devenir, émotionnellement là, solide sur ses décisions... est-ce que je me suis trompée, suis-je allée trop loin, ai-je fait la bonne chose? Mais quand tu as ce petit support-là pour dire oui, tu as raison, c'est parfait, c'est comme une espèce de petit support. (CP2 à 3 mois)

Toutes les infirmières praticiennes ont reconnu l'importance du mentorat et elles ont utilisé divers moyens pour rencontrer et consulter d'autres infirmières praticiennes ou des médecins afin d'obtenir ce soutien. Dans la plupart des cas, les coparticipants ont

tenu le rôle de mentor. Dans d'autres cas, ce rôle était tenu par des médecins reliés de près ou de loin au milieu de travail.

Puis si elle a des questions et si elle n'est pas sûre, elle sait qu'elle peut venir et s'asseoir en avant de moi et discuter de ça jusqu'à ce qu'on ait fini d'en discuter. Qu'il ne nous reste pas d'incertitudes, ni l'une ni l'autre. On a des discussions jusqu'au bout. Je pense que c'est un facteur qui l'a aidé. L'autre facteur est qu'elle a un excellent médecin consultant. (CP4 à 12 mois)

La majorité des employeurs ont eu une attitude positive envers les infirmières praticiennes, en écoutant leurs demandes et en leur offrant le soutien administratif et professionnel dont elles avaient besoin.

Je pense que le fait qu'elle était mise dans un programme...avec... une infrastructure...Je pense que cela a amené quelque chose et elle a mis sur pied une façon de communiquer avec les consultants et les médecins de famille. On a mis des lignes directrices. On a fait un...care map. Ces choses-là... on a participé à l'élaboration de ces...care map et ça a passé devant le Medical Advisory Committee. Je pense que les médecins de famille avaient IP1, ils avaient aidé à monter le programme et après ça, on a approché les consultants par rapport à comment on voyait ça fonctionner et que ça venait du centre régional. Je pense que c'est ça qui a fait qu'elle est bien entrée dans son rôle. (CP1 à 12 mois)

Scolarité et expérience antérieure

Dans l'ensemble, on peut affirmer que les infirmières praticiennes étaient des infirmières expérimentées qui avaient confiance en elles-mêmes dans ce rôle. À ce titre, elles ont donc pu se servir de toutes leurs expériences de travail, de leurs apprentissages et d'autres circonstances de leur vie. Les infirmières praticiennes ont utilisé leurs forces, notamment dans des situations où elles ont dû créer leurs propres postes, et ce, malgré leur statut d'infirmière praticienne débutante.

Puis, le fait aussi que j'ai travaillé comme infirmière autorisée pendant tellement d'années dans différents champs... surtout mes dernières expériences à la salle

d'urgence, ça m'a vraiment aidée à établir mon rôle comme IP parce qu'on fait beaucoup... d'évaluations primaires quand on fait le triage. J'étais comme collègue avec les médecins à la salle d'urgence. Alors, établir un partenariat avec un médecin consultant n'était pas difficile pour moi. ... des fois c'est plus difficile, mais j'avais déjà le support des médecins d'avance et puis, ils me connaissaient comme collègue, connaissaient mes connaissances antérieures plus mes nouvelles connaissances. Alors..., c'était très facile d'établir une collaboration mutuelle. (IP4 à 3 mois)

Les coparticipants ont apprécié que ces infirmières expérimentées puissent apporter un élément supplémentaire à l'organisation et puissent être capables de favoriser l'application de leur champ d'exercice grâce aux compétences qu'elles avaient acquises antérieurement.

Positivement, c'est le fait qu'IP5 est IP5. C'est toujours une personne de qualité avec de bonnes connaissances. Elle a une approche délicate. Elle inspire la confiance. Je pense que le fait que ce n'est pas la première IP ici... Il y a un historique qui remonte maintenant à trois ou quatre ans. Ça aide! Le fait que c'est une personne ... qui est ... ici depuis un bon moment et qui particulièrement à l'urgence, a inspiré la confiance. Alors, du côté des médecins et des infirmières, ce n'est pas quelqu'un qui arrive et qui ne connaît pas le milieu et qui nous fait des suggestions. (CP5 à 12 mois)

Les infirmières praticiennes étaient des personnes connues dans le milieu, avant d'être embauchées, soit pour y avoir travaillé, pour y avoir fait un stage clinique ou pour en avoir entendu parler. Cette familiarité a, sans aucun doute, facilité la transition de l'infirmière praticienne à son nouveau rôle.

En résumé, plusieurs sous-thèmes tels la charge de travail, le confort avec la clientèle, la période de transition au rôle de l'IP, la gestion du temps, le mentorat ainsi que la scolarité et l'expérience antérieure ont été exposés pour illustrer l'expérience vécue par les infirmières praticiennes francophones et leurs coparticipants pour développer leur sentiment de confiance en soi pour accomplir le rôle attendu.

Thème 2 : Réceptivité pour les infirmières praticiennes

La réceptivité pour les infirmières praticiennes est un facteur ayant eu une influence importante sur la transition à la pratique de l'infirmière praticienne. Cette réceptivité se situe à trois niveaux, notamment : i) au niveau organisationnel; ii) au niveau des relations professionnelles; et iii) au niveau du système.

A. Au niveau organisationnel

Les participants ont mis en relief les éléments structurels de l'organisation qui ont affecté la transition. Ces éléments traitent des questions reliées à l'embauche, au lancement, à l'orientation, à l'évaluation, aux conditions de travail, au mentorat et à la formation continue. La majorité des organismes avaient une description de tâches pour l'infirmière praticienne et valorisaient la mise en place de mécanismes d'orientation, de mentorat et d'évaluation de l'infirmière praticienne. Toutes les infirmières praticiennes ont bénéficié de la création de leurs nouveaux postes en prenant l'initiative de façonner leur rôle et les fonctions qui y étaient reliées. La moitié des infirmières praticiennes ont trouvé qu'elles avaient dépensé pas mal d'énergie à expliquer ce qu'elles pouvaient faire et devraient faire dans leurs milieux de travail et demander l'appui dont elles avaient besoin. L'autre moitié n'ont pas éprouvé cette difficulté parce que le rôle de l'infirmière praticienne et les relations de celle-ci avec le personnel étaient bien compris dans le milieu.

Les déclarations des participants à l'étude ont révélé des expériences variées à l'égard de leurs organisations et de l'ajustement de l'infirmière praticienne au milieu. La plupart des infirmières praticiennes ont été embauchées par des organismes bien établis

qui employaient des infirmières praticiennes depuis quelques années. Ces organismes ont offert des descriptions de tâches, de l'orientation au milieu, le cas échéant, et la mise en place de mécanismes de soutien et de mentorat.

Du côté bureaucratie à cause qu'on est une très petite équipe, c'est quasiment non existant. J'ai déjà travaillé dans une grosse équipe où la bureaucratie il y en avait jusque par-dessus la tête. Ce n'était pas un environnement très positif de travail, finalement. Ici, c'est très positif, la bureaucratie on ne s'en inquiète pas. Il n'y a personne qui s'inquiète de leur séniorité, des quarts de travail. Tout le monde travaille ensemble. (IP2 à 3 mois)

Certains milieux manquaient d'effectif médical pour désigner un médecin collaborateur pour travailler avec l'infirmière praticienne. Cependant, tous les organismes étaient ouverts au rôle et aux besoins de l'infirmière praticienne. Certaines infirmières praticiennes ont été embauchées dans de nouveaux projets à l'urgence et dans des cliniques externes visant un certain groupe de clients. Elles ont dû trouver de nouvelles façons de travailler avec les divers intervenants. Certaines tensions ont été soulevées, notamment lorsqu'en vertu des règlements régissant la pratique, l'infirmière praticienne devait consulter le médecin à cause de restrictions sur l'exercice de la profession.

La plupart des infirmières praticiennes ont affirmé qu'elles étaient satisfaites de l'organisation pour laquelle elles travaillaient. La plupart des organisations comprenaient les besoins de l'infirmière praticienne et faisaient de leur mieux pour les satisfaire. Les actions de la plupart des employeurs ont révélé que ces derniers réalisaient que l'infirmière praticienne représentait une valeur ajoutée et qu'ils se devaient de la soutenir pour qu'elle puisse exercer son champ d'activité complet. Dans l'ensemble, les coparticipants ont décrit qu'ils souhaitaient attirer des infirmières praticiennes qui

correspondaient bien à l'organisation et ont tenté de soutenir l'infirmière praticienne dans sa transformation professionnelle. Malgré certaines contraintes organisationnelles, les infirmières praticiennes sont été capable de devenir des praticiennes compétentes dans leurs milieux de travail respectifs au cours de leur première année d'exercice en raison de leur expérience antérieure. Dans certains cas, des éléments comme le manque d'espace, le manque de soutien administratif et le manque de budget accordé pour la formation continue ont démontré que certains besoins de l'infirmière praticienne ont été négligés.

C'est sûr que présentement, je n'ai pas de bureau, je n'ai pas d'espace attitré... C'est quelque chose que je voudrais... ça serait facilitateur... c'est quelque chose qui me plairait... D'avoir ma boîte vocale, mon ordinateur, mon espace de bureau, ce serait plus aidant... Alors, je suis à la vue de tout le monde. Je suis dans le visage des patients. Je suis à la vue de tout le monde pour lire les courriels qui me sont envoyés dans l'hôpital et faire mes appels de suivi, je le fais au poste des infirmières. Je pense que tout le monde se rend compte que ça n'a pas de bon sens. (IP5 à 12 mois)

Le lancement

Tous les employeurs des infirmières praticiennes avaient obtenu le financement pour leur poste. Même si certaines infirmières praticiennes démarraient dans un nouveau poste au sein de l'organisation, une structure organisationnelle était en place pour les soutenir.

L'embauche

Les coparticipants se sont exprimés le plus sur les processus qui ont été utilisés pour rechercher et embaucher les infirmières praticiennes. Il était évident qu'ils recherchaient une candidate qui correspondait à l'emploi.

Ce qu'on a appris ... c'est que ça prend ... une personne qui est compétente dans son métier ... mais aussi pour travailler au sein d'une équipe interdisciplinaire. ... on choisit de façon un peu différente. Donc, quand on pense embaucher ... une nouvelle IP...il faut que cette personne soit compétente d'abord et avant tout. Deuxièmement, il faut vraiment que

cette personne nous fasse vraiment ressentir qu'elle est prête à travailler en équipe. ...Les IP deviennent des préceptrices, bref et on accueille des IP chez nous en formation et on essaie de les garder. C'est ... une technique de recrutement et de rétention ...on cherche à recruter les professionnels... en essayant de participer à leur formation. (CP3 à 3 mois)

Toutes les infirmières praticiennes étaient connues des milieux cliniques, soit pour y avoir travaillé à titre d'infirmière autorisée ou pour y avoir fait un stage.

Je n'ai pas cherché fort. Il est venu à moi. Non, en fait, ils m'ont engagée pendant que j'étais étudiante. (IP1 à 3 mois)

D'autres organisations ont utilisé le bouche à oreille et les contacts personnels parmi le système de réseautage des infirmières praticiennes pour rechercher des candidates possibles pour combler les postes disponibles. Pour la plupart des infirmières praticiennes, une description de tâches et un organigramme étaient disponibles pour fournir un contexte organisationnel à l'infirmière praticienne. La majorité des infirmières praticiennes ont été embauchées dans des postes permanents et celles qui ont été embauchées sous contrat n'ont pas eu de difficulté à le négocier.

L'orientation

Les structures administratives pour l'orientation et l'évaluation étaient en place dans toutes les organisations avant que l'infirmière praticienne commence l'emploi. La plupart des organisations ont fourni une bonne orientation au milieu, ce dont les infirmières praticiennes avaient besoin pour démarrer leur pratique. Il est à noter que la plupart des infirmières praticiennes avaient déjà été orientées au milieu pour y avoir déjà été à l'emploi ou pour y avoir fait un stage clinique.

J'ai eu deux orientations par rapport à l'organisation: quand j'étais étudiante et quand je suis entrée dans le milieu avec une personne qui connaissait bien le milieu qui a pu favoriser mon intégration et à

comprendre... comment on dit ça... le milieu organisationnel là. (IP1 à 3 mois)

L'évaluation

Les structures d'évaluation du poste de l'infirmière praticienne et du rendement de cette dernière à l'intérieur du programme dans lequel elle exerçait étaient en place. Cependant, à la fin de l'étude, l'évaluation avait été formellement faite dans un seul des milieux et n'a pas été mentionnée par les autres participants.

Les conditions de travail

Les conditions de travail des infirmières praticiennes dans leurs milieux de pratique étaient bonnes. En fait, dans la plupart des cas, l'organisation a fait des efforts pour satisfaire aux besoins exprimés par les infirmières praticiennes, en leur offrant un emploi stable et des avantages sociaux intéressants. En majorité, les organisations ont pu fournir un espace de travail adéquat aux infirmières praticiennes avec des bureaux situés à proximité des ressources dont elles avaient besoin pour faciliter leur travail.

On est collé sur l'hôpital... Il y a un corridor qui relie notre bureau à l'hôpital. Donc, nos patients vont pour leurs ultrasons, leurs rayons X, leurs examens de laboratoire, à l'hôpital. C'est nous qui recevons les résultats, qui les interprétons, qui les gérons, tout ça... On a un médecin qui est à trois portes d'ici et un autre qui est à cinq portes d'ici. On a chacune notre médecin consultant. C'est vraiment un « set up », si tu veux, qui est idéal pour la consultation et pour la prestation de soins de santé primaires par une IP, je trouve. (CP4 à 3 mois)

Dans la majorité des cas, les organisations ont soutenu les infirmières praticiennes dans le cadre de leurs tâches administratives ou cléricales par divers moyens.

Donc, là, j'ai essayé de trouver un mécanisme pour avoir une meilleure gestion du temps... prochainement, je vais commencer à dicter mes rapports. Donc, ça va m'aider. Graduellement, les choses que je vois où... par exemple, je perdais beaucoup de temps avec l'administration... des

appels à retourner. Là, j'ai un support clérical. Donc, là, ma gestion du temps s'améliore! J'ai de l'aide... Oui. Encore là, le support clérical a été...au départ, ç'a été... il fallait que je l'oriente. Puis, elle commençait à nouveau aussi. Mais, là, présentement, c'est vraiment une aide énorme. (IP1 à 3 mois)

Un autre facteur qui l'a aidé et qui l'aide encore à assumer son champ de pratique est le support de l'administration. C'est un gros facteur...On ne les voit pas souvent, mais toutes les fois qu'on a eu à avoir affaire à eux autres, c'est un support presque inconditionnel. (CP4 à 12 mois)

De plus, ces mêmes organisations ont apprécié que la collaboration efficace entre les infirmières autorisées et les médecins pouvait mettre en valeur les services offerts par l'infirmière praticienne.

La formation continue

Les infirmières praticiennes et un grand nombre des organismes employeurs ont reconnu que les infirmières praticiennes avaient besoin de participer à des activités de formation continue pour faire du réseautage et continuer leur apprentissage. Les infirmières praticiennes ont eu la chance de participer à des conférences ou à d'autres activités connexes.

Je pense que c'est plus du point de vue académique d'avoir accès aux ressources. Présentement, on a eu accès à Up-To-Date. C'est quelque chose que je demandais depuis le début. On l'a maintenant tous les médecins et moi. C'est vraiment une base de données incroyable!... C'est ça un facteur de succès...c'est ça. On me donne aussi l'accès...à des conférences...Donc, beaucoup d'opportunités, d'éducation... (IP1 à 12 mois)

Cependant, dans un certain cas, l'obtention d'un congé à des fins de formation continue a fait l'objet de litige entre l'infirmière praticienne et l'administration.

L'autre affaire c'est l'éducation continue...Ils nous donnent juste 500 \$ par année, pas de temps et les docteurs on leur donne le temps. En tout cas, si on s'attend à ce que l'infirmière praticienne fasse 80 à 85% du même travail que les médecins font, ils devraient nous accorder plus de temps...Je n'ai pas un montant de jours, j'ai un 500 \$, that's it! Au niveau de l'administration, ils n'ont jamais renégocié

de contrat avec nous autres parce qu'on travaillait déjà là. Tu vois? Alors, si ça avait été un nouvel emploi, moi je serais rentrée et j'aurais pu dire « OK. Je m'en viens travailler à temps plein, j'aimerais avoir x montant de jours pour l'éducation continue par année ou x montant de dollars ». C'est juste que cela n'a jamais été fait. (IP3 à 6 mois)

B. Au niveau des relations professionnelles

Les infirmières praticiennes et les coparticipants ont fréquemment abordé le sujet des relations professionnelles dans le cadre de la transition au rôle de l'infirmière praticienne. Les infirmières praticiennes ont décrit que la plupart de leurs collègues étaient représentés par des médecins, des infirmières praticiennes et des infirmières autorisées. Les infirmières praticiennes ont discuté du contexte et des répercussions de ces interactions professionnelles dans leur milieu de travail.

D'être capable de faire réaliser aux gens que, non mon rôle, ce n'est pas ça, mais c'est ça. Je vais vous le montrer. Donc, il y a beaucoup d'habiletés personnelles interrelationnelles qu'une IP se doit d'avoir qui n'est pas nécessairement appris à l'école. (IP1 à 3 mois)

Elles se sont aussi exprimées sur l'influence exercée par les relations professionnelles sur l'exercice de leur profession à l'échelle de tous les jours.

Mon rôle est très défini, très bien supporté ... l'équipe est très bien organisée puis chacun fait son propre travail. Puis, il y a une collaboration qui se produit. Énorme! (IP2 à 3 mois)

Des difficultés de relations professionnelles et de relations de travail sont à l'origine du départ d'une des infirmières praticiennes ayant participé à l'étude.

S'il y avait eu plus de communication, ça aurait aidé. Je ne suis pas sûre que tout le monde ait montré toutes leurs cartes, comme la politique là. Je pense que les buts des politiciens, des administrateurs, des intervenants sont différents. Alors, il n'y a pas cette cohésion-là. Ça fait que peut-être plus de communication aurait aidé. (IP6 à 12 mois)

Collègues

Les collègues des infirmières praticiennes étaient représentés par des médecins de famille, des urgentologues, des médecins spécialistes, notamment des cardiologues, gériatres, psychiatres, neurologues, ainsi que par des infirmières autorisées. L'infirmière praticienne exerçait son rôle en interagissant avec ces derniers dans la prestation de soins aux clients. La collégialité des relations était reliée à la culture du milieu, à l'expérience de l'organisation à travailler avec des infirmières praticiennes et par la position hiérarchique occupée par l'infirmière praticienne au sein de l'organigramme. La collégialité des relations exercées par le groupe de professionnels était proportionnelle à la culture, à l'expérience de l'organisation et à la position hiérarchique de l'infirmière praticienne, qu'ils soient à l'emploi du même employeur ou en pratique indépendante avec une relation de consultation.

Au début... ces urgentologues étaient moins inquiets... D'autres urgentologues étaient vraiment ignorants de ce que pouvait faire une IP. Je pense qu'il y avait peu de résistance... grâce au fait que cette IP est une fille d'urgence... connue des urgentologues ...je pense que l'acceptation est quasi universelle et qu'elle est vue comme un atout important... Ce qui est surprenant pour les gestionnaires ...c'est l'acceptation du personnel infirmier. Ça s'est fait très, très vite... l'IP est une valeur connue. Puis, de par son caractère, c'est quelqu'un qui est vue comme quasi altruiste. Mais je pense que c'est plus que ça. Ils ont reconnu la valeur d'une IP. (CP5 à 12 mois)

Interactions professionnelles

Les infirmières praticiennes ont décrit un éventail d'interactions professionnelles avec les médecins dans le contexte de l'exercice de leur rôle. La majorité des infirmières praticiennes ont décrit que leurs relations professionnelles avec les médecins étaient très collaboratives. Les infirmières praticiennes ont aussi discuté de l'évolution de ces

relations professionnelles dans leurs milieux de travail. En général, ce processus visait l'ajustement des responsabilités entre l'infirmière praticienne et le médecin ou entre l'infirmière praticienne et l'infirmière autorisée à l'intérieur d'un partenariat de collaboration. Même si des ajustements ont été nécessaires parmi tous les groupes de professionnels, la majorité des infirmières praticiennes ont pu ajuster leur rôle aux attentes des médecins au sein de leur pratique collaborative.

On a une très bonne collaboration avec nos médecins consultants parce qu'ils apprennent de plus en plus ce qu'est notre rôle et quand IP a présenté notre problème... au personnel médical, son médecin consultant était assis à côté d'elle et l'a supporté à 100 %. Il a dit : « Écoutez, ce ne sont pas mes patients, IP a sa pratique qui est indépendante »... Elle vient me consulter souvent pendant la semaine pour des choses qui sont en dehors de son champ de pratique, mais je ne vois pas ses patients, je ne les connais pas »... On n'en a pas entendu parler ici encore, mais on voit ça sur le site de NPAO que ça fait peur à d'autres médecins ailleurs dans la province. Mon médecin consultant m'a déjà dit : « Vous autres, vous êtes meilleures que bien des médecins que je connais ». C'est sûr que ça peut faire peur à des médecins qui sont paresseux et qui ont peur de se faire remplacer. (CP4 à 12 mois)

Difficultés liées à la confusion du rôle de l'infirmière praticienne

Dans certaines situations cliniques, le rôle de l'infirmière praticienne n'était pas clairement défini ou bien compris par les autres membres du personnel travaillant dans le milieu. Ce manque de compréhension du rôle de l'infirmière praticienne à l'intérieur du milieu clinique a contribué à la mise en place d'une certaine tension sur les infirmières praticiennes lors de la transition dans leur nouveau rôle. Dans certains cas, le conflit entre les restrictions du rôle et les attentes par rapport aux soins ont affecté le développement de relations de collaboration positives. Les infirmières praticiennes avaient besoin de se familiariser et de se sentir confortables avec leur propre champ d'activité. En général, les infirmières praticiennes ont trouvé que leur rôle était clair par

rapport aux normes d'exercices de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et de celles du College of Registered Nurses of Manitoba. Cependant, certaines d'entre elles qui exerçaient en milieu spécialisé en Ontario ont trouvé qu'il y avait quelques zones grises par rapport à l'exercice de leur rôle et ont trouvé appui pour clarifier ces zones grises auprès de leur organisation provinciale.

Mon rôle... point de vue de consultation, des fois ce n'était pas toujours clair. Par exemple, de diagnostiquer une maladie chronique... Je me souviens de fois qu'on a eu des discussions durant notre cours et finalement on arrive dans la réalité. Puis là, finalement, on fait quoi? Tu viens à la conclusion de te dire de faire ce qui est sécuritaire. Qu'est-ce qui est sécuritaire? Je consulte... si j'ai besoin de consulter une autre IP, je le fais, mais si elle n'a pas la réponse? Je consulte mon Ordre, mais dans le cas échéant où tout est gris, dans ce qui est sécuritaire pour le patient. Si les normes ne sont pas claires, il y a toujours la consultation, c'est sûr... à la fin. De dire, ce patient-là, je vais consulter. (IP1 à 3 mois)

Elles se sont aussi senties responsables de clarifier leur rôle auprès de toutes les personnes susceptibles de les côtoyer. Ce sont surtout les médecins qui semblaient incertains de tout ce que le rôle de l'infirmière praticienne englobait. Le processus de transition a été influencé par plusieurs facteurs de confusion, telles les divergences entre les attentes reliées aux ordonnances de médicaments, aux réquisitions d'analyse de laboratoire et d'examens diagnostiques et des privilèges de demandes de consultation. Les infirmières praticiennes ont discuté de l'impact exercé par la confusion ou les restrictions de rôle dans l'exercice quotidien de leur profession.

...je t'avoue qu'il a des médecins qui sont très ouverts au rôle de l'IP, ils trouvent ça bien correct et il y en a d'autres qui sont moins corrects avec ça... Je lui ai expliqué c'est quoi le rôle de l'IP : qu'est-ce que je peux prescrire, qu'est-ce que je ne peux pas prescrire... Alors, j'ai comme expliqué c'était quoi mon rôle et mes limites et après ça, il a été bien correct et tous les problèmes que j'ai identifiés et toutes les interventions que j'ai faites, il était tout d'accord avec... il y a des médecins qui sont ouverts, ils connaissent déjà le rôle de l'IP, mais il y en a d'autres qui ne le connaissent pas. Alors, il faut que tu t'ajustes selon la personne avec qui tu discutes. (IP6 à 3 mois)

C. Au niveau du système

Certaines influences plus vastes ont eu un impact important sur la transition de l'infirmière praticienne à son nouveau rôle. Parmi les facteurs ayant affecté la capacité des infirmières praticiennes à réaliser cette transition, il y a eu notamment les restrictions imposées par la législation provinciale et les règlements sur le champ d'exercice de la profession. Il y a eu aussi les politiques internes dans les organisations qui ont pu limiter ou faciliter l'exercice du rôle de l'infirmière praticienne par la mise en place de politiques internes et de directives médicales.

We have medical directives that we have worked on...and they were passed by our medical advisory committee to advance the practice of NPs in the hospital...Then you did things when they were right. It was in addition to the normal radiological diagnostic tests you would take and it included echocardiogram, the treadmill test. It was more like what an acute care NP would do. It was an increase to the number of medications that we could order, procedures that we could do that you could not as a NP. (CP2 à 6 mois)

Pour la majorité des infirmières praticiennes, la sécurité d'emploi, créée par la certitude que le financement de leurs postes allait être continué par le gouvernement provincial, a aussi eu un impact important sur leur transition.

Plusieurs infirmières praticiennes et leurs coparticipants ont raconté avoir travaillé autour du système pour répondre aux besoins de leurs clients. Au niveau des politiques, certaines infirmières praticiennes ont indiqué que le manque de planification par l'administration avait contribué à des problèmes au niveau de la compensation de temps pour le travail administratif. Dans un certain cas, l'infirmière praticienne et ses collègues, ont initié des démarches en vue de se syndiquer à cause des frustrations occasionnées par la charge de travail et le manque de compensation pour les heures

supplémentaires. La réglementation a affecté l'exercice, en particulier lorsque les médecins ou les clients ne comprenaient pas les restrictions imposées par le champ d'exercice de l'infirmière praticienne. Certains ministères gouvernementaux ou compagnies d'assurances acceptaient les formulaires remplis par l'infirmière praticienne tandis que d'autres ne les acceptaient pas. Les infirmières praticiennes ont décrit se sentir frustrées par le fait de ne pas pouvoir présenter directement une demande de consultation à un médecin spécialiste.

Les lettres de consultation—tu sais, les formulaires... dernièrement il a fallu que je remplisse des formulaires d'assurance pour des gens qui sont en congé de maladie... que ce soit de maladie, des raisons psychosociales, au niveau des accidents. La Worker's Compensation... ils acceptent nos rapports et nos formulaires, mais les grosses compagnies d'assurance comme Sun Life,... Great West... puis... la compagnie qui fait toute l'assurance pour les voitures, nos rapports ont été rejetés dernièrement... Ça dit dans leur policy and procedures... que le document doit être signé par un médecin. Puis, notre titre comme infirmière praticienne n'est vraiment pas reconnu. (IP3 à 12 mois)

En résumé, sous le thème de la réceptivité pour les infirmières praticiennes au niveau organisationnel, des sous thèmes tels que le lancement, l'embauche, l'orientation, l'évaluation, les conditions de travail et la formation continue ont été relevés. Au niveau des relations professionnelles, des éléments du contexte et des répercussions des interactions professionnelles avec les collègues et les professionnels ont été décrites. De plus, des difficultés liées à la confusion du rôle de l'infirmière praticienne ont été identifiées. En ce qui a trait à la réceptivité au niveau du système, certains facteurs tels les restrictions de la loi et des règlements, les politiques internes et les directives médicales ainsi que la sécurité d'emploi, ont aussi eu un effet sur la transition.

Thème 3 : Enjeux pour travailler en français

Afin d'identifier les besoins particuliers des infirmières praticiennes francophones pour dispenser des services de santé en français dans un contexte de situation minoritaire, j'ai demandé à tous les participants d'identifier quelles étaient les difficultés que l'infirmière praticienne devait surmonter pour travailler en français dans un contexte minoritaire.

Toutes les infirmières praticiennes qui ont participé à l'étude étaient bilingues et travaillaient dans des milieux désignés bilingues. Ces dernières étaient unanimes à souligner l'importance qu'elles accordaient à l'accessibilité des services de santé en français pour leurs clients.

Il y a toujours des défis parce que les gens... on n'a pas assez de professionnels francophones pour offrir des services. La demande est toujours plus de ce qu'on est capable d'offrir. (IP3 à 12 mois)

L'accès aux services de santé en français est possible dans leurs milieux de travail respectifs, mais la majorité des infirmières praticiennes et des coparticipants ont identifié des difficultés d'accès à des services de santé en français dans la communauté, en l'occurrence auprès des spécialistes ou autres intervenants qui sont unilingues anglophones. Elles ont fait preuve d'ingéniosité à trouver des moyens pour améliorer la communication entre le médecin spécialiste et le client, en suggérant au client de se faire accompagner pour le rendez-vous.

Je peux faire l'évaluation et l'éducation en français, mais quand ça vient au temps de référer les clients à la diététicienne par exemple, elle est anglophone. Même le psychologue est anglophone. Donc, ça devient des problèmes pour eux. Les cardiologues... on a peut-être une dizaine à ...mais il y en a un ou deux qui parlent français. C'est

vraiment frustrant pour eux, je peux comprendre. Souvent, j'encourage les membres de la famille à participer pour m'assurer qu'il y a un peu d'aide. (IP2 à 12 mois)

On bâtit une base tranquillement pas vite, mais plus souvent qu'autrement ça va être un spécialiste anglophone qu'ils vont voir. (CP3 à 12 mois)

Un aspect important du problème réside dans le fait que la clientèle desservie par les infirmières praticiennes est composée en forte proportion de personnes d'un certain âge dont le niveau d'instruction et d'alphabétisme est faible. De plus, cette même clientèle est aussi à un niveau socio-économique faible et les infirmières praticiennes et les coparticipants ont rapporté que plusieurs de leurs clients avaient des difficultés financières en plus d'avoir des difficultés à comprendre l'anglais.

Majoritairement âgée, donc en haut de 65 ans. Il y aussi des gens avec une pauvre éducation. Quand ils sont francophones, ils sont souvent unilingues francophones. Je pense que 33 % de la population que... dessert est analphabète. (IP5 à 3 mois)

Une des difficultés est une population âgée illettrée et pas beaucoup d'éducation, mais c'est vraiment la clientèle typique... Beaucoup de la population de... ne sont pas des gens qui sont très riches habituellement. Une population plus âgée aussi. (IP5 à 12 mois)

La principale difficulté que je vois est au niveau des patients quand ils ne peuvent pas avoir accès à des services dans leur langue s'ils ne sont pas bilingues... quand on les réfère à des spécialistes, la plupart ne parlent pas français. Souvent même qu'ils ne peuvent pas conduire et se rendre à leur rendez-vous. Il faut qu'ils appellent des amis ou qu'ils trouvent des « rides ». En plus, il faut qu'ils se trouvent un traducteur et ils ne veulent pas nécessairement raconter leurs affaires en avant de n'importe qui. (CP4 à 12 mois)

L'infirmière praticienne doit s'assurer d'une bonne communication avec son client et les autres intervenants consultés et entre elle et son client tout en lui fournissant des ressources adéquates. Toutes les infirmières praticiennes étaient préoccupées par le fait d'assurer la disponibilité d'informations à l'intention des clients dans les deux

langues officielles. Elles ont indiqué avoir eu à développer elles-mêmes des outils d'informations pour leurs clients à la fois en français et en anglais, ce qui leur demandait plus de temps et de recherche.

L'information au patient n'est pas toute traduite. Moi, c'est sûr, je me suis fait des outils. Je les ai faits en français et en anglais parce que ma langue maternelle est le français, mais c'était une étape de plus, tu comprends? (IP6 à 12 mois)

Les infirmières praticiennes ont ajouté que les clients francophones désiraient obtenir l'information écrite dans les deux langues pour s'assurer qu'ils l'avaient bien comprise. Cependant, certains d'entre eux préféraient la lire en anglais, car ils comprenaient mieux les termes médicaux populaires utilisés ou parce qu'ils trouvaient que la traduction en français n'était pas toujours bien comprise ou intelligible.

Il y a certaines difficultés parce que des fois, le français est trop élevé, un français trop avancé. (IP3 à 12 mois)

Les gens te disent que les dépliants en français sont trop compliqués pour eux à lire. Ils vont dire que ça va prendre deux ou trois paragraphes pour expliquer quelque chose en français et ils le lisent en anglais parce que c'est un paragraphe... Alors, ils aiment mieux ça. Il y a moins de lecture à faire. Ils le comprennent. C'est clair et c'est vite. C'est un commentaire que j'ai eu beaucoup. (IP4 à 12 mois)

Un autre enjeu relevé par les infirmières praticiennes est celui de la rédaction des notes au dossier du client. En effet, la majorité d'entre elles devaient rédiger leurs notes au dossier en anglais même si elles prodiguaient des soins en français à leurs clients et qu'elles exerçaient dans un milieu bilingue ou que leur médecin partenaire était aussi francophone.

Tous les documents, toute la documentation. Les dossiers sont tous en anglais... parce qu'on fonctionne avec des médecins en communauté anglophone. Des spécialistes anglophones. Nos spécialistes ne parlent

pas français. Alors, quand tu fais des transferts de dossiers d'une clinique à une autre clinique, il faut que tu sois capable de les lire. Donc, la documentation en faite en entier en anglais. (IP3 à 12 mois)

Tous les services... nos notes, on fait tout en anglais parce que c'est plus facile dans une langue dans ton dossier. Puis la communication avec les spécialistes doit être faite en anglais. C'est rare que je puisse écrire une consultation en français pour un spécialiste qui va parler le français. (IP4 à 12 mois)

Les infirmières praticiennes et les coparticipants étaient d'avis qu'il n'y avait pas suffisamment de professionnels de la santé francophones pour répondre à la demande de services en français de la clientèle et que l'attente pour ces services était parfois très longue. Tous les participants à l'étude ont insisté sur l'importance du bilinguisme à la fois chez les IP et les autres membres du personnel. Dans un contexte où la pénurie de médecins et d'infirmières existe, cette difficulté est donc vécue de façon plus marquée.

On a pleinement de positions qui ne sont pas remplies présentement. Ça prend des infirmières bilingues. On est un organisme à mandat bilingue parce qu'on est dans des communautés qui sont 50 à 60 % francophones... tout le personnel doit être bilingue. Il y a une base francophone qui est très présente. (CP2 à 3 mois)

... il y a une pénurie de médecins pour commencer. Deux médecins francophones, il n'y en a pas beaucoup. Donc, il y a déjà une pénurie et d'avoir un médecin qui parle français est une autre difficulté. (CP6 à 12 mois)

Pour être servi seulement en français oui, parce que s'ils sont sur une liste d'attente, ça peut prendre bien du temps avant qu'ils soient vus. (IP6 à 12 mois)

En somme, les participants à l'étude ont identifié certains enjeux indispensables pour fournir des services de santé en français dans un contexte minoritaire. Les principaux enjeux identifiés relèvent de difficultés d'accès à des services de santé en français, surtout pour une clientèle grandissante de personnes âgées dont le niveau socio-économique est faible. Les infirmières praticiennes sont soucieuses de fournir des

ressources et outils adéquats à cette clientèle ce qui leur demande plus de temps et de recherche. La rédaction de notes au dossier en anglais, le manque de professionnels de la santé bilingues pour répondre à la demande et les longs temps d'attente font aussi partie des enjeux.

Programme francophone de formation des infirmières praticiennes

Même si les participants n'ont pas été sollicités à partager leurs expériences à l'égard de la formation reçue à l'intérieur du programme francophone de formation des infirmières praticiennes en soins de santé primaires, certains bénéfices et déficits ont tout de même été identifiés dans les discours recueillis. D'une part, les préoccupations des infirmières praticiennes et d'une coparticipante, elle-même infirmière praticienne, se situaient surtout au niveau de la prescription et de l'interprétation des analyses de laboratoire et des épreuves diagnostiques. D'autre part, les préoccupations des coparticipants indiquaient plutôt que le programme de formation ne les préparait pas suffisamment à exercer leur rôle dans une urgence ou dans des cliniques externes spécialisées d'un hôpital. Cependant, les coparticipants ont reconnu que la nouvelle infirmière praticienne avait besoin de temps pour faire son apprentissage et dans l'ensemble, ils étaient satisfaits de la préparation académique que l'infirmière praticienne avait reçue. Certaines infirmières praticiennes ont suggéré d'augmenter le nombre d'heures cliniques requises dans certains cours du programme de formation afin de permettre aux étudiantes d'avoir plus d'occasions de voir différents cas lorsqu'elles sont en stage clinique. Par ailleurs, une autre infirmière praticienne a suggéré d'augmenter les exigences d'admission en ce qui touche au nombre d'années d'expérience antérieures requises à titre d'infirmière autorisée pour être admise au programme de formation. À

l'heure actuelle, les exigences d'admission sont de deux années d'expérience à plein temps à titre d'infirmière autorisée, équivalent à 3640 heures dans les cinq dernières années.

Tu as besoin d'expérience qui vient en arrière de toi. C'est beau de lire et d'apprendre par un texte, mais puisqu'on n'a pas beaucoup d'heures cliniques je trouve que plus tu as de l'expérience, la mieux préparée que tu es. Surtout à sortir après un an. J'aimerais voir plus d'heures cliniques ... Je verrais un cours d'un an à temps plein, deux ans pour augmenter les heures d'expériences. Et puis, je monterais l'exigence avec les années d'expérience. (IP4 à 3 mois)

Les infirmières praticiennes se sentaient prêtes à faire face au défi que représentait la transition à la pratique d'un nouveau rôle. Elles ont exprimé que l'approche par études de cas et le développement de plans soins thérapeutiques à l'intérieur des cours de leur programme de formation les ont aidés à cerner où aller chercher l'information et les ressources documentaires dont elles avaient besoin pour leur pratique. Elles ont identifié que le fait d'avoir obtenu de bonnes expériences cliniques avec leurs précepteurs a aussi eu un impact positif.

Alors, j'ai eu la chance d'avoir de bons précepteurs et j'ai eu beaucoup d'expérience et quand j'ai passé mon temps à...C'est incroyable, ce que j'ai fait là. J'ai fait de la pédiatrie avec un autre médecin et après ça, j'ai fait de la santé primaire avec des médecins de famille. J'ai vraiment eu... beaucoup de bonnes expériences. (IP3 à 12 mois)

De plus, les infirmières praticiennes ont exprimé l'importance qu'elles accordaient à l'accessibilité du programme de formation d'infirmière praticienne en français. Les infirmières praticiennes étaient fières d'être francophones et elles ont indiqué que le fait d'avoir suivi leur formation en français les avait aidées à améliorer la communication qu'elles entretenaient avec leurs clients. Elles se trouvaient donc très

chanceuses d'être bilingues et en même temps privilégiées d'avoir obtenu leur préparation académique en français.

Alors, qu'est-ce qu'on aurait de besoin c'est vraiment d'avoir plus de gens formés, des francophones qui sont formés au niveau d'IP. Aller à l'université francophone ça aide! Ça aide d'une façon parce que tu développes un meilleur vocabulaire si tu veux quand tu parles à tes clients. Aussi, je trouve que ça m'aide quand je parle avec des clients qui viennent de l'Afrique, comme les nouveaux immigrants qui ont un français différent du nôtre et qui ne comprennent pas l'anglais... Donc, pour moi, c'était beaucoup plus facile. (IP3 à 12 mois)

Certainement, avoir plus de personnes formées, comme IP francophones, mais pour ça, il faut qu'elles soient capables de prendre des cours en français. Je pense que le fait qu'on peut le faire à travers l'université d'Ottawa à distance, c'est bien! (IP3 à 12 mois)

Même pour l'accessibilité de la formation continue en français les infirmières praticiennes ont identifié qu'il y avait des lacunes à ce sujet, car la plupart des cours de formation continue ou des conférences sont offerts en anglais.

Pour la population des IP, je trouve que ce n'est pas évident de la formation continue en français. Habituellement, les conférences sont tout en anglais, les manuels sont en anglais. Tout est fait en anglais en fait. C'est un petit peu la même chose... pendant le cours, vos références sont toujours en anglais. Donc, pour avoir de la formation en français, il faut aller à Montréal ou à Québec, mais on ne vit pas les mêmes affaires qu'eux nécessairement. C'est sûr qu'une formation sur quelque chose reste une formation. Le gouvernement ne pense pas nécessairement pareil d'une province à l'autre. (IP5 à 12 mois)

À la fin de cette étude, deux des infirmières praticiennes s'étaient inscrites à un programme de maîtrise en sciences infirmières et une autre contemplant de le faire dans un avenir rapproché. Cette période de transition à la pratique clinique avancée aura donc permis de mettre en valeur la nécessité de poursuivre des études universitaires de deuxième cycle.

En résumé, d'une part, les infirmières praticiennes ont apprécié la formation qu'elles ont reçue à l'intérieur du programme francophone et elles se sont exprimées sur l'importance qu'elles accordaient à l'expérience clinique obtenue auprès des précepteurs et à l'importance de l'expérience antérieure acquise à titre d'infirmières autorisées. Elles ont suggéré d'augmenter le nombre d'heures cliniques requises dans certains cours afin de maximiser leur exposition à divers cas. Plusieurs d'entre elles ont suggéré que la préparation à prescrire et à interpréter les analyses de laboratoire et les épreuves diagnostiques pourrait être améliorée. D'autre part, les coparticipants se sont dits satisfaits de la préparation académique des infirmières praticiennes tout en reconnaissant qu'il fallait leur laisser le temps d'apprendre leur rôle surtout dans des milieux spécialisés.

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

Ce chapitre permet d'interpréter et d'apprécier les résultats de cette recherche tout en tenant compte du contexte de cette étude et de la littérature publiée à ce sujet. Les limites de l'étude ainsi que les implications pour la pratique, la formation et les solutions qui appuieront les infirmières praticiennes francophones y sont aussi résumées.

Le but de cette recherche était d'apporter une meilleure compréhension des expériences et des besoins de soutien des infirmières praticiennes francophones diplômées au cours de leur première année de pratique dans un contexte de milieux de soins de santé primaires en Ontario et au Manitoba. Les comptes-rendus des entrevues avec les infirmières praticiennes francophones et leurs coparticipants ont exposé des résultats convergents avec ceux de Brown et Olshansky (1997). En effet, chez les infirmières praticiennes francophones, la première année de pratique, est une année de transition d'où se dégagent les principales phases identifiées par ces auteurs. Nos résultats se comparent bien au modèle théorique retenu. Nous avons noté que les infirmières praticiennes francophones ont évolué à partir d'un sentiment d'inconfort à titre de débutantes dans leur nouveau rôle, vers un sentiment de confiance envers leurs habiletés, tout en cherchant à élargir leur perspective professionnelle vers la fin de leur première année de pratique. Brown et Olshansky (1997) se sont penchés uniquement sur la description des expériences des nouvelles infirmières praticiennes diplômées. La présente étude se distingue de celle de Brown et Olshansky du fait que nous avons aussi recherché la description des expériences de coparticipants tels que des médecins et des collègues infirmières praticiennes œuvrant avec les infirmières praticiennes diplômées. Dans l'ensemble, les coparticipants ont remarqué la même évolution chez les infirmières

praticiennes, et ils étaient conscients de leurs besoins de soutien et de mentorat. Le mentorat clinique par des précepteurs est un élément important pour garantir des expériences d'apprentissage cliniques réalistes (Kelly & Mathews, 2001; Kleinpell-Nowell, 2001). D'autres auteurs ont fait ressortir l'importance du soutien adéquat dans le processus de transition. Delaney (2003), avait d'ailleurs conclu que les précepteurs jouaient un rôle clé dans le processus de transition.

Pour sa part, Hayes (1999) a conclu que les étudiantes infirmières praticiennes qui avaient reçu du mentorat étaient susceptibles de devenir plus rapidement des prestataires de soins efficaces. Ces trouvailles ont d'ailleurs engendré des changements organisationnels importants où en mars 2008, le Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) a présenté *Un rapport du ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur l'examen de la portée de l'exercice de la profession d'infirmière autorisée dans les catégories avancées (infirmières et infirmiers praticiens)*. Dans ce rapport, le CCRPS a recommandé que l'infirmière praticienne fasse une année de pratique officiellement supervisée par une infirmière praticienne ou par un médecin après avoir obtenu son accréditation. Cette recommandation vient appuyer la perception des participants à l'étude à savoir que les relations de mentorat sont indispensables pour favoriser le développement de la confiance dans le rôle.

Facteurs influençant positivement la phase de transition

Si l'on s'attarde maintenant au contexte des infirmières praticiennes francophones en Ontario et au Manitoba, plusieurs facteurs ont influencé positivement le déroulement de leur transition. Premièrement, la plupart des infirmières praticiennes ont été

embauchées dans des **milieux cliniques qui avaient déjà de l'expérience** à travailler avec des infirmières praticiennes et ces dernières étaient déjà connues du milieu et valorisées. Même le seul milieu qui n'avait pas d'expérience à travailler avec une infirmière praticienne, avait préparé sa venue et avait déployé des efforts organisationnels pour la soutenir dans son nouveau rôle. Il s'agissait d'organisations existantes dont certaines profitaient de nouveaux programmes qui prescrivaient l'embauche d'infirmières praticiennes ou encore d'un projet pilote visant à répondre aux besoins de santé des clients dans la communauté. C'est tout un contraste par rapport aux résultats obtenus dans la cohorte des infirmières praticiennes de l'étude anglophone. Chez ces dernières, le manque de préparation du milieu organisationnel à recevoir des infirmières praticiennes et le manque de respect envers cet autre fournisseur de soins de santé ont été des facteurs qui ont influencé de façon négative la transition. Par exemple, dans l'étude de Bailey et al (2009), la plupart des infirmières praticiennes anglophones exerçaient leur rôle dans des milieux cliniques qui avaient peu d'idées ou pas d'expérience avec le rôle de l'IP.

Un autre facteur qui a positivement influencé la transition chez les infirmières francophones se situe au niveau de la **reconnaissance de la contribution des infirmières praticiennes aux soins de santé primaires**. En effet, la majorité des organisations ont reconnu la contribution que les infirmières praticiennes pouvaient apporter aux soins de santé primaires, notamment à l'amélioration de l'accès à des services de soins de santé de qualité pour la population. De plus, ces organisations ont aussi reconnu qu'au cours de la transition, la nouvelle infirmière praticienne, inexpérimentée dans son nouveau rôle, se devait de prendre le temps de concevoir son rôle et d'établir de nouvelles relations interprofessionnelles, tout en se taillant une place

de professionnelle au sein de l'organisation. Ce ne fut pas le cas pour un grand nombre des infirmières praticiennes de l'étude anglophone de Bailey et al. (2009).

L'expérience antérieure à titre d'infirmière autorisée et la confiance dans les capacités personnelles se sont aussi avérées des facteurs importants dans l'année de transition. Les résultats de cette étude semblent démontrer que le fait que ces infirmières praticiennes francophones possédaient plusieurs années d'expérience (14.3 ± 7 ans) à titre d'infirmière autorisée et avaient aussi confiance dans leurs capacités personnelles, ont favorisé leur transition au nouveau rôle. Bien que les infirmières praticiennes de l'étude anglophone aient en moyenne 19.2 ans d'expérience, cette différence n'était pas significative. Même l'infirmière praticienne francophone la moins expérimentée (3 ans d'expérience) était très bien préparée et bien supportée par son milieu; elle s'est sentie stimulée par les défis qu'elle a dû relever dans son année de transition. Il semble donc que l'expérience antérieure n'influence pas de façon significative la phase de transition puisque même l'infirmière la moins expérimentée n'a pas eu de problème en lien avec ce facteur. Des conclusions semblables peuvent être tirées des résultats obtenus chez la cohorte des infirmières praticiennes anglophones. En effet, chez ces dernières, les résultats ont démontré que celles qui manifestaient moins de confiance en elles ou qui avaient moins d'expérience avaient eu plus de difficultés à moins qu'elles n'aient été dans une situation où les rôles de l'IP et le réseau de relations étaient clairement compris (Bailey et al., 2009).

Un autre facteur favorisant une transition positive est en lien avec une **bonne préparation au niveau des connaissances théoriques et pratiques pour exercer leur rôle**. En effet, les infirmières praticiennes francophones ont dévoilé qu'elles se sentaient

bien préparées à exercer leur rôle grâce à la préparation pédagogique qu'elles avaient reçue. Ces résultats sont concordants avec ceux de Shea & Selfridge-Thomas (1997) qui avaient déjà fait ressortir que les fondements de la pratique infirmière étaient primordiaux afin de faciliter la transition au cours de la première année de pratique. Toujours en lien avec les connaissances théoriques et pratiques, l'étude IBM (2005) rapportait que la majorité des infirmières praticiennes se sentaient bien préparées à la pratique clinique. Quant à l'étude de Bailey et al. (2009), les infirmières praticiennes ont identifié certains déficits dans leur préparation au niveau de la pratique clinique et de leurs connaissances sur des affections précises de leurs clients.

Nos résultats ont également démontré que les infirmières praticiennes francophones se sentaient **bien appuyées par les médecins et l'administration** dans leurs milieux de travail et elles étaient familières avec leur environnement ou milieu spécialisé dans lesquels elles exerçaient leur profession. Hayes (1999) avait déjà fait ressortir que le mentorat était indispensable afin de faciliter la transition.

Dans le même ordre d'idée, les résultats de notre étude semblent démontrer qu'il y avait **réceptivité pour les infirmières praticiennes francophones par le système de soins de santé**. En effet, le système de soins de santé primaires était préparé à accueillir ces infirmières praticiennes francophones en leur offrant de la sécurité d'emploi, des descriptions de tâches et une place à un niveau élevé au sein de la structure organisationnelle. Il est possible que la demande pour des infirmières praticiennes bilingues ait répondu à un besoin urgent dans les communautés et que ces dernières représentent une valeur ajoutée importante en raison du nombre restreint de ces nouvelles diplômées chaque année.

Ce facteur facilitant pour les infirmières praticiennes francophones s'est transformé en facteur négatif auprès de la cohorte des infirmières praticiennes de l'étude anglophone qui, contrairement à nos résultats, ont trouvé peu de support et d'appui auprès des médecins et de l'administration. Cette différence peut peut-être s'expliquer par le fait que contrairement aux IP francophones, un grand nombre d'IP anglophones travaillaient dans des Équipes de santé familiale, des cliniques de soins de santé primaires et en pratique privée où le rôle de l'IP était mal compris. Ces résultats sont supportés par l'étude de Kelly et Mathews (2001) qui avait observé que la phase de transition était négativement influencée par l'absence d'une bonne gestion du temps clinique, du rôle et d'une description de tâches de l'infirmière et l'absence d'un réseau professionnel favorisant le soutien de l'infirmière praticienne.

Comme dernier facteur positif favorisant la phase de transition, cette étude a clairement démontré que les **organisations qui avaient intégré les infirmières praticiennes dans leur culture** ont été capables de les soutenir de façon efficace et ceci a grandement facilité leur première année de pratique à titre de nouvelles diplômées.

Facteurs influençant négativement la phase de transition

Relativement peu de facteurs négatifs par rapport à la transition ont été décelés dans cette étude. Toutefois, une des infirmières praticiennes participantes s'est heurtée à un soutien organisationnel médiocre, ce qui a fait en sorte qu'elle a perdu son emploi. Bien que cet état de fait puisse survenir dans n'importe quel type de travail, nous avons observé que les conflits interpersonnels en lien avec le pouvoir décisionnel des différents intervenants pouvaient nuire au processus de transition. Dès le début de l'étude, certains indices dans sa situation nous ont permis de constater que la transition se serait déroulée

plus positivement si elle avait eu une description de tâches et si son rôle à l'intérieur de l'organisation avait correspondu clairement à la vision de l'organisation.

En somme, les barrières face au processus de transition chez les infirmières praticiennes diplômées sont identiques dans les deux cohortes (francophone et anglophone) et dans ce qui avait été rapporté par Kelly et Mathews (2001). Cependant, comparativement aux infirmières praticiennes anglophones, nous avons surtout identifié des facteurs facilitants puisque relativement peu d'expériences négatives sont survenues. Comme discuté plus haut, ceci s'explique peut-être à cause des différents milieux cliniques où œuvrait notre échantillon d'infirmières praticiennes francophones.

Besoins particuliers des infirmières praticiennes francophones

Nous avons également pour but d'identifier quels étaient les besoins particuliers des infirmières praticiennes francophones en Ontario et au Manitoba afin de dispenser des services de santé en français dans un contexte minoritaire. Les principaux besoins se situent au niveau de l'accès aux services de santé en français. Cependant, la majorité des infirmières praticiennes et des coparticipants ont identifié des difficultés d'accès à des services de santé en français dans la communauté, en l'occurrence auprès des spécialistes ou autres intervenants qui sont unilingues anglophones. Également, il apparaît que l'écriture des notes au dossier se fait exclusivement en anglais, bien que les autres intervenants soient bilingues. En somme, les principaux besoins des infirmières praticiennes francophones se situent au niveau de l'accès à de la documentation en langue française et bilingue en plus de la possibilité d'écrire leurs notes au dossier dans une des deux langues officielles du pays.

Forces de l'étude

Quoique certaines études aient décrit les expériences des infirmières praticiennes au cours de leur première année de pratique, peu de travaux ont été faits auprès des infirmières praticiennes francophones exerçant dans un contexte minoritaire au Canada. En ce sens, cette étude est originale puisqu'elle permet l'identification des expériences et des besoins de soutien de ces professionnelles qui sont impliquées dans la prestation de soins de santé primaires en situation minoritaire.

Le recours à une méthode qualitative, en l'occurrence l'ethnographie ciblée, est une force de cette étude, car elle permet d'étudier des phénomènes tels qu'ils se manifestent dans un contexte réel. De plus, le recours à un devis de recherche basé sur le modèle conceptuel de Brown et Olshansky (1997) a favorisé la délimitation du sujet de la recherche et l'analyse des données. La stratégie de recrutement mise en place pour cette étude est aussi une autre force. En effet, même si cette étude est limitée par la taille de l'échantillon, elle a inclus toute la cohorte admissible des infirmières praticiennes diplômées du programme francophone de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires en Ontario en 2006 et de leurs coparticipants. Le contraste au niveau des résultats entre la cohorte des IP francophones et la cohorte des IP anglophones s'explique davantage par la différence reliée aux milieux cliniques où pratiquaient la majorité des infirmières praticiennes francophones (cliniques externes de milieux hospitaliers) et la majorité des IP anglophones (équipes de santé familiale, cliniques de soins de santé primaires et pratique privée).

Limites de l'étude

Cette étude est limitée par le contexte qu'elle a été réalisée dans une période de temps limitée auprès d'un groupe de participants francophones. En effet, le contexte est pertinent au système de soins de santé tel qu'il existait en 2007, en Ontario et au Manitoba. Le système a évolué depuis ce temps. Les infirmières praticiennes dans cette étude ont été embauchées dans des centres de santé communautaire et des cliniques externes de milieux hospitaliers. Cependant, d'autres organisations, telles que des équipes de santé familiale, des cliniques de soins de santé primaires ou des cliniques privées, embauchaient des infirmières praticiennes à ce moment, mais aucune d'entre elles n'est représentée dans cette étude. Par conséquent, cette constatation va affecter la capacité de tirer des conclusions et la généralisation des résultats à long terme puisque le système de santé est en constante évolution.

De plus, le fait que les différents milieux de pratique de la cohorte francophone étaient relativement homogènes réduit la généralisation des résultats et devrait aussi être considéré comme une limite dans cette étude.

Implications

Les résultats de cette étude ont des implications inhérentes aux infirmières praticiennes, notamment au niveau de la pratique, des programmes de formation (éducation), des politiques et de la recherche. Ces implications sont discutées ci-dessous et une liste des recommandations inhérentes à ces implications se trouve à la fin de cette section.

Implications pour la pratique

Les données de cette étude révèlent que la première année de pratique à titre d'infirmière praticienne est exigeante et mouvementée. Les participantes ont exprimé une progression importante du développement de leur expertise professionnelle. Étant donné que les résultats de cette étude démontrent que la transition au rôle de l'infirmière praticienne s'est faite de façon graduelle et positive, la chercheure recommande que les nouvelles infirmières praticiennes diplômées **continuent à se chercher de l'emploi auprès des organisations qui sont familières avec ce rôle**. Dans le cas où cela ne serait pas possible, la chercheure recommande que l'infirmière praticienne **négoce avec l'employeur, au moment de l'embauche, des mécanismes de soutien et de mentorat** pour l'aider à s'ajuster à son nouveau rôle.

Il existe certaines implications au niveau de la consignation des notes au dossier. En effet, les infirmières praticiennes doivent comprendre que la pratique IP en Ontario et au Manitoba est bilingue et que ce fait représente un défi en soi. La documentation des notes au dossier en anglais ou en français relève de politiques internes et reflète la situation du français dans un contexte minoritaire.

Implications politiques et organisationnelles

Dans cette étude, l'expérience positive des infirmières praticiennes francophones s'est appuyée sur des bonnes stratégies d'embauche et de maintien en fonction. Étant donné l'importance accordée à la structure organisationnelle, la chercheure recommande que l'employeur **continue à fournir du mentorat à toutes les nouvelles infirmières praticiennes diplômées pendant leur première année de pratique**. Vu l'influence

positive exercée par une bonne orientation à l'organisation et au rôle de l'infirmière praticienne, une autre recommandation pour l'employeur est celle **d'assurer la mise en place d'une description de tâches et d'un organigramme ayant des liens hiérarchiques clairs avant l'embauche d'une nouvelle infirmière praticienne**. De plus, l'employeur devrait continuer de **maintenir les appuis nécessaires à la réussite de la transition, notamment l'espace approprié, le personnel de soutien et les ressources interprofessionnelles, ainsi que les politiques et procédures**, qui servent à promouvoir le champ d'activité complet de l'infirmière praticienne.

Un des éléments positifs ressortis de cette étude est celui de l'importance accordée à la sécurité d'emploi. Par conséquent, la chercheuse recommande la **continuation du financement stable des postes d'infirmières praticiennes bilingues** par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Dans le cas où une infirmière praticienne serait embauchée dans une nouvelle organisation, **le financement du poste devrait inclure les coûts liés à l'orientation, à la définition du rôle, à la promotion du travail d'équipe et à la formation continue de l'infirmière praticienne**.

Au point de vue des politiques, les restrictions imposées à l'infirmière praticienne en ce qui a trait aux prescriptions et aux demandes de consultation doivent être examinées à nouveau pour garantir que l'infirmière praticienne puisse fournir des soins optimaux et être vraiment à la première ligne du système de soins de santé. **Les politiques internes des organisations bilingues devraient aussi être révisées pour permettre à l'infirmière praticienne de rédiger ses notes au dossier dans la langue utilisée par l'infirmière praticienne et le client**.

Implications pour les programmes de formation (éducation)

Pour ce qui est des programmes de formation des infirmières praticiennes, ces derniers doivent s'assurer de **préparer les étudiantes infirmières praticiennes à la transition et aussi les aider à identifier les facteurs tels l'orientation, le mentorat, les descriptions de tâches, l'espace, le personnel de soutien, et les restrictions sur la pratique qui pourraient affecter l'infirmière praticienne dans son habileté à exercer sa profession de façon efficace.** Par conséquent, et tel qu'identifié par Godinez, Schweiger, Gruver, & Ryan, 1999 et Delaney, 2003, cette étude confirme la nécessité de collaboration entre le programme de formation et les milieux de pratique pour une transition réussie. À cet effet, Hayes (1999) suggère qu'au sein d'une université, les professeurs qui peuvent démontrer les avantages du mentorat aux agences cliniques et à des précepteurs potentiels pourraient être capables de négocier des placements à plus long terme pour les étudiants et ainsi faciliter la mise en valeur du mentorat. De plus, cette étude confirme, tout comme Roberts, Tablowski, et Bova, 1997 l'ont suggéré, que de fournir des conseils d'ordre préventif et d'utiliser des études de cas dans les cours, représentent des stratégies utiles pour promouvoir la réussite de la transition.

À l'heure actuelle, le grade universitaire de deuxième cycle en sciences infirmières constitue la formation minimale préparatoire à la pratique infirmière avancée (AIIC, 2008). Cependant, au moment de cette étude, la formation aux études supérieures n'était pas une exigence pour les nouvelles diplômées. Il est possible que la transition au rôle ait été plus facile si la cohorte avait reçu une formation de deuxième cycle.

Cependant, dans la présente étude, la transition au rôle n'a pas été plus facile pour la

seule infirmière praticienne qui avait reçu une formation aux études supérieures comparativement aux autres. Puisqu'il n'y avait qu'une seule infirmière praticienne parmi les six participantes qui possédait un grade universitaire de deuxième cycle, le petit nombre de cette cohorte à ce niveau est insuffisant pour juger si le fait d'avoir reçu une formation de deuxième cycle pourrait faciliter la transition au rôle dans la première année de pratique. Cet état de fait peut faire l'objet de recherches futures. Toutefois, il devra y avoir un nombre suffisant d'infirmières praticiennes diplômées au deuxième cycle pour déterminer si la formation à ce niveau fait une différence dans l'année de transition. La normalisation de la formation des infirmières praticiennes au niveau de la maîtrise rend service à la profession, car elle y gagne en parité avec d'autres professionnels en soins de santé (Harrigan & Perez, 1999). Selon ces auteurs, le diplôme de maîtrise ajoute de la crédibilité à négocier les enjeux entourant le champ d'activité tels les autorités en matière de prescription et les paiements par les tiers.

D'après la nouvelle tendance observée dans le programme de baccalauréat en sciences infirmières en français à l'université d'Ottawa, il y a un grand nombre d'infirmières qui sont immigrantes ou unilingues francophones qui ne maîtrisent pas la langue anglaise (communication personnelle, Betty Cragg, Université d'Ottawa, 2009). Puisque ces dernières ne peuvent pas fonctionner adéquatement dans un milieu clinique bilingue, il est clair qu'il faut **continuer d'offrir le programme de formation des infirmières praticiennes en français tout en s'assurant d'évaluer le niveau de bilinguisme dans les deux langues officielles (l'anglais et le français) des infirmières autorisées admises à ce programme de formation**. D'autres études permettraient de mieux comprendre les impacts de la venue du personnel infirmier francophone provenant

de communautés immigrantes sur la gouvernance future de la formation et sur la prestation des services de santé offerts aux minorités linguistiques au Canada.

Cette étude a permis de constater que la majorité des infirmières praticiennes qui ont participé à cette étude se trouvaient dans des situations exemplaires pour exercer leur rôle d'infirmière praticienne et que leur expérience peut servir d'exemple à ce qui devrait arriver en pratique.

Les recommandations proposées ont pour but de permettre à l'infirmière praticienne d'utiliser ses connaissances et ses expériences au profit des clients sans avoir à faire face à de multiples contraintes législatives ou réglementaires. Ces recommandations veulent aussi favoriser la collaboration entre les professionnels des diverses disciplines de la santé, un avantage pour les clients.

Des conseils d'ordre préventifs sont aussi offerts aux nouvelles diplômées ainsi qu'à leurs mentors et à leurs collègues. Les mentors peuvent fournir des conseils judicieux sur les attentes appropriées et créer des balises pour faciliter la consultation et les conseils dont les nouvelles infirmières praticiennes ont besoin lorsqu'elles commencent leur pratique.

Au Canada, le système de soins de santé fait face à plusieurs défis dans un contexte d'une population de plus en plus vieillissante et diversifiée. En effet, il y a donc une demande accrue sur le système de soins à cause de ces facteurs et aussi parce que plusieurs prestataires de soins de santé prennent leur retraite. **L'accent devrait donc être mis sur la formation, le recrutement et le maintien en poste d'infirmières praticiennes bilingues, qui possèdent les compétences requises et de leur permettre d'exercer leur champ d'activité complet.** Il serait tout aussi important de **développer**

les relations interpersonnelles de travail d'équipe et la collaboration lorsque les infirmières praticiennes fournissent des soins à leurs clients.

Étant donné l'évolution constante des lignes directrices pour la pratique clinique et les besoins actuels de la population, il y aurait lieu de trouver un mécanisme qui permettrait de mettre à jour plus rapidement la liste des médicaments, des analyses de laboratoires et épreuves diagnostiques que les infirmières praticiennes peuvent prescrire. De cette façon, les infirmières praticiennes seraient plus en mesure d'offrir de meilleurs soins fondés sur les lignes directrices pour la pratique clinique en étant autorisées à prescrire les médicaments ou les examens plus récents à leurs clients. Dans certains cas, les infirmières praticiennes ont dû utiliser des directives médicales pour exécuter certains actes.

Les résultats de la présente étude ont des implications pour la pratique infirmière avancée. En effet, selon Hamric, Spross, et Hanson (2005), des conditions de consultation, de collaboration et d'aiguillage sont nécessaires pour favoriser la prestation de soins directs aux clients qui sont à la fois raisonnables et de haute qualité. La transition a été décrite de plusieurs façons dans la littérature. Selon le Multi dictionnaire de la langue française, il s'agit d'une «étape intermédiaire qui conduit d'un état à un autre». Les transitions ont aussi été décrites comme des «points tournants». La préparation au défi de la transition au rôle exige beaucoup de travail et de volonté (Haynes, Boese, & Butcher, 2004). Les résultats de la transition incluent le bien-être subjectif, la maîtrise du rôle et le bien-être du réseau de relations (Schumacher & Meleis, 1994). Les résultats de la qualité des soins peuvent aussi être utilisés à titre d'indicateurs pour une transition réussie (Hamric, Spross, & Hanson, 2005).

Implications pour la recherche

Cette étude est une première étape pour explorer les expériences des infirmières praticiennes francophones diplômées dans leur première année de pratique dans un contexte de soins de santé canadien. En termes d'implications pour des recherches futures, les résultats de cette étude pourraient être à la base de recommandations pour **plus de recherche sur la transition**. Par exemple, pour examiner l'influence du type d'expérience et du nombre d'années d'expérience à titre d'infirmière autorisée sur la transition au rôle de l'infirmière praticienne. Il pourrait s'agir d'examiner l'autonomie professionnelle et le rôle de l'infirmière praticienne et les facteurs qui influencent l'indépendance. D'autres recherches pourraient aborder les facteurs qui affectent la transition au rôle de l'infirmière praticienne afin d'élaborer des stratégies qui faciliteront l'acquisition du rôle pour soutenir les infirmières praticiennes. Il pourrait y avoir plus de recherches sur **les effets des facteurs contextuels sur les infirmières praticiennes**. Une étude future pourrait inclure une enquête de suivi, répétée chaque année, auprès de toutes les nouvelles infirmières praticiennes diplômées au sujet de leurs conditions d'emploi et du contexte dans lequel elles ont été embauchées. Il serait utile d'obtenir cette rétroaction à la fois pour les infirmières praticiennes inscrites au programme de formation et pour les infirmières praticiennes en Ontario afin de connaître quels sont les endroits où elles sont satisfaites de leur emploi et le contexte dans lequel elles exercent leur rôle.

Il serait utile qu'une étude future puisse examiner si l'enseignement au deuxième cycle universitaire apporte une différence dans l'expérience de la transition au rôle de l'infirmière praticienne. De plus, il serait intéressant de connaître s'il existe un besoin pour un programme de stages qui appuierait les étudiantes infirmières praticiennes au

cours de leur première année de pratique. Il pourrait y avoir plus de recherches pour déterminer si la mise en place de mécanismes de soutien au cours de la première année influence positivement la transition.

Suite aux résultats obtenus lors de cette étude, une liste sommaire des recommandations suggérées se trouve ci-dessous.

Liste des recommandations :

1. Les nouvelles IP diplômées devraient continuer à se chercher de l'emploi auprès d'organisations familières avec leur rôle.
2. Les nouvelles IP devraient négocier des mécanismes de soutien et de mentorat dès l'embauche, si l'employeur n'est pas familier avec le rôle de l'IP.
3. L'employeur devrait continuer à fournir du mentorat à toutes les nouvelles IP diplômées pendant la première année de transition.
4. L'employeur devrait s'assurer de la mise en place d'une description de tâches et d'un organigramme ayant des liens hiérarchiques clairs avant d'embaucher une IP.
5. L'employeur devrait maintenir les appuis nécessaires à la réussite de la transition, notamment l'espace approprié, le personnel de soutien et les ressources interprofessionnelles, de même que les politiques et procédures, qui servent à promouvoir le champ d'activité complet de l'IP.
6. Lors de l'embauche d'une IP dans une nouvelle organisation, le financement du poste devrait inclure les coûts liés à l'orientation, à la définition du rôle, à la promotion du travail d'équipe et à la formation continue de l'IP.

7. Les organisations bilingues devraient réviser leurs politiques internes pour permettre à l'IP de rédiger ses notes au dossier dans la langue utilisée avec le client.
8. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait continuer le financement stable des postes d'infirmières praticiennes bilingues.
9. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait réexaminer les politiques en matière de restrictions imposées à l'IP quant aux prescriptions et aux demandes de consultation, pour garantir que l'IP puisse fournir des soins optimaux et être vraiment à la première ligne du système de soins de santé.
10. Étant donné l'évolution constante des lignes directrices pour la pratique clinique et les besoins actuels de la population, il y aurait lieu que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée trouve un mécanisme qui permettrait de mettre à jour plus rapidement la liste des médicaments, des analyses de laboratoires et épreuves diagnostiques que les IP peuvent prescrire. En étant autorisées à prescrire les médicaments ou les examens plus récents, les IP auraient les moyens nécessaires pour offrir les meilleurs soins à leurs clients, fondés sur les lignes directrices pour la pratique clinique.
11. Les programmes de formation des infirmières praticiennes devraient s'assurer de préparer les étudiantes IP à la transition et les aider à identifier les facteurs tels l'orientation, le mentorat, les descriptions de tâches, l'espace, le personnel de soutien, et les restrictions sur la pratique, qui pourraient affecter l'IP dans son habileté à exercer sa profession de façon efficace.

12. Le programme de formation des infirmières praticiennes devrait continuer à être offert en français tout en s'assurant d'évaluer le niveau de bilinguisme dans les deux langues officielles (l'anglais et le français) des infirmières autorisées admises à ce programme.
13. L'accent devrait être mis sur la formation, le recrutement et le maintien en poste d'IP bilingues, qui possèdent les compétences requises et de leur permettre d'exercer leur champ d'activité complet.
14. Il serait important de favoriser le développement de relations interpersonnelles de travail d'équipe et la collaboration lorsque les IP fournissent des soins à leurs clients.
15. Il devrait y avoir plus d'études d'évaluation en cours sur la transition et les effets des facteurs contextuels sur les IP. Par exemple, une étude future pourrait inclure une enquête de suivi, répétée chaque année, auprès de toutes les nouvelles IP diplômées au sujet de leurs conditions d'emploi et du contexte dans lequel elles ont été embauchées. Il serait utile d'obtenir cette rétroaction à la fois pour les IP qui étaient inscrites au programme de formation et pour les IP en Ontario, pour connaître les endroits où elles sont satisfaites de leur emploi et le contexte dans lequel elles exercent leur rôle.

CONCLUSION

Cette étude a permis d'explorer l'expérience de la transition à la pratique chez les infirmières praticiennes francophones diplômées, à la fois de leur propre perspective et de celle d'un coparticipant désigné par l'IP. Les principaux éléments identifiés s'articulent

autour de trois thèmes principaux, soit 1) le développement de la confiance dans le rôle; 2) la réceptivité pour les infirmières praticiennes tant au niveau organisationnel, qu'au niveau des relations professionnelles et qu'au niveau du système; 3) les enjeux pour travailler en français.

Les infirmières praticiennes ont franchi la transition à leur nouveau rôle dans des circonstances où elles **représentaient une ressource à laquelle les organisations attachaient une grande valeur**. Des facteurs tels que la demande d'infirmières praticiennes bilingues, la familiarité avec l'environnement du milieu de travail, leur expérience clinique antérieure à titre d'infirmière autorisée, ont, sans aucun doute, facilité la transition de ces infirmières praticiennes à leur nouveau rôle.

De plus, ces infirmières praticiennes ont tiré profit du **soutien administratif** qu'elles ont obtenu de leurs employeurs, du **mentorat** qu'elles ont reçu et perçu comme un des éléments indispensables qui a **favorisé le développement de confiance dans leur rôle**. Par ailleurs, le succès de la transition a aussi été appuyé par le temps qu'elles ont passé à **établir de bonnes relations interprofessionnelles et à façonner leur rôle**. Finalement, **les infirmières praticiennes francophones sont une ressource importante pour la santé des francophones en situation minoritaire**. En effet, tous les participants à l'étude ont identifié que l'accès à des services de santé en français et la disponibilité de ressources en français et bilingues pour leur clientèle représentaient des enjeux indispensables pour fournir des services de santé de qualité dans un contexte minoritaire.

Les résultats de cette recherche contribuent à la compréhension des expériences et des besoins de soutien des infirmières praticiennes francophones diplômées et de leurs employeurs en soins de santé primaires. En effet, l'analyse des résultats fournit de

l'information pour appuyer la mise en œuvre d'outils et de ressources qui permettront aux infirmières praticiennes francophones de travailler au meilleur de leur capacité. La contribution essentielle de cette étude est résumée dans une liste de recommandations qui servent de stratégie de base pour une transition réussie. La mise en place d'interventions appropriées pendant la transition apporte un soutien aux nouvelles infirmières praticiennes francophones diplômées, qui leur permettra de fournir des soins d'excellente qualité.

Références

- AIIC [Association des infirmières et infirmiers du Canada]. (2005). Cadre des compétences de base des infirmières et infirmiers praticiens du Canada. Ottawa.
- AIIC [Association des infirmières et infirmiers du Canada]. (2007). Projet soins infirmiers en français : Rapport de synthèse. Ottawa.
- Babbie, E. (2004). *The practice of social research* (10th ed.). Don Mills, ON: Thomson Wadsworth Nelson.
- Bailey, P.H., Jones, L., & Way, D. (2006). Family physician/nurse practitioner: Stories of collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 381-91.
- Bailey, P.H., Cragg, B., Legault, F., Humbert, J., Doucette, S., Laflamme, C., & Sullivan-Bentz, M. (2009). *Nurse practitioner graduate transition to practice: Research report* submitted to the Council of University Programs in Nursing (COUPN) funded by the Ministry of Health and Long Term Care. Ottawa.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Black, D. et al. (1998). Autonomy in practice: Are nurse practitioner students being prepared for reality? *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3, 56-60.
- Bowling, A. (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *Journal of Public Health*, 27(3), 281-291.
- Brown, M.A., & Olshansky, E.F. (1997). From limbo to legitimacy: A theoretical model of the transition to the primary care nurse practitioner role. *Nursing Research*, 46, 46-51.

Brown, M.A., & Olshansky, E.F. (1998). Becoming a primary care nurse practitioner:

Challenges of the initial year of practice. *Nurse Practitioner*, 23, 46-66.

Brykczynski, K. (2005). Role development of the advanced practice nurse. In A. Hamric,

J. Spross, & C. Hanson (Eds.) *Advanced practice nursing*. (3rd ed., pp. 109-139).

St. Louis MO: Saunders.

Chang, W., Mu, P., & Tsay, S. (2006). The experience of role transition in acute care

nurse practitioners in Taiwan under the collaborative practice model. *Journal of*

Nursing Research, 14, 83-91.

Communication personnelle, Don Newton, assistant technique et de programmes,

Programme de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé

primaires (COPUSI), le 27 août 2008.

Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire. (2001).

Rapport au Ministre Fédéral de la santé. Retrouvé le 6 décembre de:

http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hpb-dgps/pdf/olcdb-

[baclo/cccfsm/cccfsm-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hpb-dgps/pdf/olcdb-baclo/cccfsm/cccfsm-fra.pdf)

Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS). (2008) *Un*

rapport du ministère de la Santé et des Soins de longue durée sur l'examen de la

portée de l'exercice de la profession d'infirmière autorisée dans les catégories

avancées (infirmières et infirmiers praticiens).

<http://www.hprac.org/fr/projects/resources/HPRACExtendedClassNurseReportFR>

[Mar08.pdf](http://www.hprac.org/fr/projects/resources/HPRACExtendedClassNurseReportFR)

- Cusson, R.M., & Viggiano, N.M. (2002). Transition to the neonatal nurse practitioner's role: Making the change from the side to the head of the bed. *Neonatal Network: Journal of Neonatal Nursing*, 21(2), 21-28.
- Delaney, C. (2003). Walking a fine line: Graduate nurses' transition experiences during orientation. *Journal of Nursing Education*, 42, 437-443.
- DiCenso, A., Paech, G., & IBM Corporation (2003). *Report on the integration of primary health care nurse practitioners into the province of Ontario: Final report June 30, 2003*. Retrouvé le 20 avril 2009, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée
http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/nurseprac03/np_report.pdf
- DiCenso, A., Paech, G., & IBM Corporation (2005). *Report on the integration of primary health care nurse practitioners into the province of Ontario: Executive summary January, 2005*. Retrouvé le 20 avril 2009, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée
http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/nurseprac03/exec_summ.pdf
- Duttera, M.J., Hummel, G.R., Brown, E.E., & Miller, H.M. (1983). Entry into practice: Making the transition. *The Journal of Family Practice*, 17, 529-532.
- Easton, K.L., McCormish, J., & Greenburg, R. (2000). Avoiding common pitfalls in qualitative data collection and transcription. *Qualitative health Research*, 10(5).
- Ensign, J. (2004) Quality of health care: The views of homeless youth. *Health Services Research*, 39, 695-707.

- Ensign, J., & Bell, M. (2004) Illness experiences of homeless youth. *Qualitative Health Research, 14*(9), 1239-1254.
- Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada. (2001). Pour un meilleur accès à des services de santé en français, p. 25. Retrouvé le 6 décembre 2009 de : <http://www.parl.gc.ca/37/2/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/rep07dec02-f.pdf>
- Godinez, G., Schweiger, J., Gruver, J., & Ryan, P. (1999). Role transition from graduate to staff nurse: A qualitative analysis. *Journal for Nurses in Staff Development, 15*, 97-110.
- Hamric, A.B., & Hanson, C.M. (2003). Educating advanced practice nurses for practice reality. *Journal of Professional Nursing, 19*, 262-268.
- Hamric, A.B., & Waterman Taylor, J.W. (1989). Role development of the CNS. In A.B. Hamric & J.A. Spross (Eds). *The clinical nurse specialist in theory and practice* (2nd ed., pp. 41-82). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Hamric, A.B., Spross, J.A., & Hanson, C.M. (2005). Advanced practice nursing: An integrative approach. (3rd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Harrigan, R., & Perez, D. (1999). Neonatal nursing and its role in comprehensive care. In *Comprehensive neonatal nursing: A physiologic perspective*, 2nd ed., Kenner C., Lott, J., and Flandermeyer A., eds. Philadelphia: W.B. Saunders, 3-7.
- Hayes, E. (1999). Athena found or lost: The precepting experiences of mentored and non-mentored nurse practitioner students. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 11*, 335-342.

- Hayes, E. (1998). Mentoring and nurse practitioner student self-efficacy. *Western Journal of Nursing Research, 20*, 521-535.
- Hayes, E. (2000). The preceptor/student relationship: Implications for practicum evaluation. *Nurse Practitioner, 25*, 118-124.
- Hayman-White, K., Happell, B., Charleston, R., & Ryan, R. (2007). Transition to mental health nursing through specialist graduate nurse programs in mental health: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing, 28*, 185-200.
- Haynes, L., Boese, T., & Butcher, H. (2004). Nursing in contemporary society: Issues, trends and transition to practice. Pearson/Prentice Hall, p. 402.
- Heitz, L.J., Steiner, S.H., & Burman, M.E. (2004). RN to FNP: A qualitative study of role transition. *Journal of Nursing Education, 43*, 416-420.
- Hesketh, E.A., Allan, M.S., Harden, R.M., & Macpherson, S.G. (2003). New doctors' perceptions of their educational development during their first year of postgraduate training. *Medical Teacher, 25*, 67-76.
- Hodder, I. (2000). The interpretation of documents and material culture. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 703-715). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Holland, K. (1999). A journey to becoming: The student nurse transition. *Journal of Advanced Nursing, 29*, 229-236.
- IBM Business Consulting Services (2005). Report on the integration of primary health care nurse practitioners into the province of Ontario. Toronto, ON: Author.
- ICIS [Institut canadien d'information sur la santé]. (2008). Infirmières réglementées : Tendances, 2003 à 2007. Ottawa, Ontario, pages 47 à 56. Retrouvé le 24 avril

2009 de

http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/nursing_report_2003_to_2007_f.pdf

Kelly, N.R., & Mathews, M. (2001). The transition to first position as nurse practitioner.

Journal of Nursing Education, 40, 156-162.

Kleinpell-Nowell, R. (1999). Longitudinal survey of acute care nurse practitioner

practice: Year 1. *AACN Clinical Issues, 10*, 515-520.

Kleinpell-Nowell, R. (2001). Longitudinal survey of acute care nurse practitioner

practice: Year 2. *AACN Clinical Issues, 12*, 447-452.

Latham, C.L., & Fahey, L.J. (2006). Novice to expert advanced practice nurse role

transition: Guided student self-reflection. *Journal of Nursing Education, 45*, 46-

48.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and

emerging confluences. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of*

qualitative research (2nd ed., pp. 163-188). Thousand Oaks, CA: Sage.

Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J., Polit, D.F., & Tatano Beck, C. (2007). Méthodes de

recherche en sciences infirmières *Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-

Laurent, QC : Édition du Renouveau Pédagogique Inc.

MacLean, L.M., Meyer, M., & Estable, A. (2004). Improving accuracy of transcripts in

qualitative research. *Qualitative Health Research, 14* (1), 113-123.

Maggs-Rapport, F. (2001). 'Best research practice': In pursuit of methodological rigor.

Journal of Advanced Nursing, 35, 373-383.

- McKinstry, B., Macnicol, M., Elliot, K., & Macpherson, S. (2005). The transition from learner to provider/teacher: The learning needs of new orthopaedic consultants. *BMC Medical Education*, 5, 17. Retrieved September 3, 2009
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1156900&tools=bot>
- Morse, J.M., & Richards, L. (2002). *Read me first for a user's guide to qualitative methods*. London: Sage Publications.
- Muecke, M.A. (1994). On the evaluation of ethnographies. In J.M. Morse Ed.), *Critical issues in qualitative research methods* (pp. 187-209) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Nagelkerk, J. (2006). *Nurse practitioner socialization and marketing*. Starting Your Practice: A Survival Guide for NPs. (pp. 29-44). Toronto: Mosby
- Office des affaires francophones de l'Ontario. Profil statistique. Retrouvé le 6 décembre 2009 de: <http://www.ofa.gov.on.ca/fr/franco-stats-1999general.html#intro>
- OIIO [Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario], (2008). Norme d'exercice n° 51038 : Infirmières praticiennes. Toronto. Retrouvé le 24 avril 2009
http://www.cno.org/docs/prac/51038_StrdRNEC.pdf
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & qualitative methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Prince, K.J., Van de Wiel, M.W., Van der Vleuten, C.P., Boshuizen, H.P., & Scherpbier, A.J. (2004). Junior doctors' opinions about the transition from medical school to clinical practice: A change of environment. *Education for Health*, 17, 323-221.
- Roberts, S.J., Tabloski, P., & Bova, C. (1997). Epigenesis of the nurse practitioner role revisited. *Journal of Nursing Education*, 36, 67-73.

Roper, J.M., & Shapira, J. (2000). *Ethnography in nursing research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Schumacher, K.L., & Meleis, A.I. (1994). Transitions: A central concept in nursing.

IMAGE: The Journal of Nursing Scholarship, 26, 119-127.

Shea, S.S., & Selfridge-Thomas, J. (1997). The ED nurse practitioner: Pearls and pitfalls of role transition and development. *Journal of Emergency Nursing, 23*, 235-237.

Société Santé en Français. (2006) Rapport final: Forum sur la prévention des maladies et la promotion de la santé. Retrouvé le 6 décembre de:

[http://santefrancais.ca/documents/Rapport_final - Forum Nord Ont.pdf](http://santefrancais.ca/documents/Rapport_final_-_Forum_Nord_Ont.pdf)

Stevenson-Dykstra, K. (2003). Making the transition: Staff nurse to front-line nurse leader. *Nursing Leadership, 16*, 62-68.

Thorne, S., Kirkham, S.R., & MacDonald-Emes, J. (1997). Interpretive description: A noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge.

Research in Nursing & Health, 20, 169-177.

Thorne, S., Kirkham, S.R., & O'Flynn-Magee, K. (2004). The analytic challenge in interpretive description. *International Journal of Qualitative Methods, 3*(1), 1-21.

Valdes-Pierce, C. (2004). New kid on the block: Mentoring and networking as survival strategies for novice NPs. *Advance for Nurse Practitioners, 12*(11), 1-4. Retrouvé le 3 septembre 2009 de

<http://nurse->

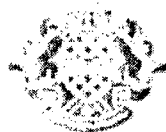
[practitioners.advanceweb.com/Editorial/Content/Editorial.aspx?CC=182088](http://nurse-practitioners.advanceweb.com/Editorial/Content/Editorial.aspx?CC=182088)

Yerger Huffstutler, S., & Varnell, G. (2006). The imposter phenomenon in new nurse practitioner graduates. *Advanced Practice Nursing eJournal, published*

06/07/2006. Retrouvé le 24 avril 2009 de

http://www.medscape.com/viewarticle/533648_2

ANNEXE A : CERTIFICAT DE DÉONTOLOGIE



Université
d'Ottawa

Service de subventions de recherche et
déontologie

University of
Ottawa

Research Grants and Ethics Services

HEALTH SCIENCES AND SCIENCE RESEARCH ETHICS BOARD

CERTIFICATE OF ETHICAL APPROVAL

This is to certify that the University of Ottawa Health Sciences and Science Research Ethics Board has examined the application for ethical approval of the research project entitled **Nurse Practitioner Graduate Transition to Practice (file H 01-07-11)** submitted by Betty Cragg of the School of Nursing and Patricia Bailey of Laurentian University as well as Frances Legault, Jennie Humbert, Suzanne Doucette and Celyne Laflamme. The Board found that this research project met appropriate ethical standards as outlined in the Tri-Council Policy Statement and in the Procedures of the University of Ottawa Research Ethics Boards, and accordingly gave it a Category 1a (approval). This certification is valid one year from the date indicated below.

Dorothyann Curran
Protocol Officer for Ethics in Research
For Dr. Daniel Lagarec, Chair of the
Health Sciences and Science REB

550, rue Cumberland 550 Cumberland Street
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada

March 8, 2007

Date

(613) 562-5841 • Téléc./Fax (613) 562-5338
<http://www.uottawa.ca/services/research/rge/index.html>

ANNEXE B : LETTRE D'INVITATION À L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

Date

Chère infirmière praticienne ou infirmier praticien diplômé de 2006 en soins de santé primaires de l'Ontario,

Nous vous invitons à participer à une recherche très intéressante. Grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, des chercheurs de l'Université d'Ottawa et de l'Université Laurentienne mènent une étude sur la «Transition à la pratique de l'infirmière praticienne et infirmier praticien diplômé». Le but principal de cette étude est de développer une compréhension des expériences et du soutien requis par les nouvelles infirmières praticiennes et les nouveaux infirmiers praticiens (IP) diplômés de l'Ontario pendant leur première année à la pratique IP dans un milieu de soins de santé primaires.

Nous sollicitons votre participation à cette étude parce que vous avez obtenu votre grade du programme de formation des infirmières et infirmiers praticiens en 2006. Si vous êtes inscrite à l'OIIO à titre d'IP (cat. spéc.), et que vous débutez votre premier emploi à un poste d'IP dans un milieu de soins de santé primaires en Ontario, vous répondez aux critères d'inclusion.

Les nouvelles diplômées qui accepteront de participer à l'étude et seront choisies par l'équipe de recherche, devront désigner une personne dans leur environnement de travail, soit un employeur, un médecin collaborateur ou une collègue IP. Cette personne sera aussi invitée à participer à l'étude visant à comprendre à partir de leur point de vue, les expériences et le soutien requis à la nouvelle IP pendant la première année à la pratique.

Votre participation nécessitera de répondre à des entrevues téléphoniques d'environ une heure, captées sur bandes magnétiques, en trois différentes occasions: dans les trois premiers mois du premier emploi à titre d'infirmière praticienne, à 6 mois et à 12 mois. Les entrevues comprendront la collecte de données démographiques et des questions sur vos expériences dans votre emploi. Tous les coûts associés aux appels téléphoniques seront couverts par le projet de recherche.

Soyez assuré que toutes vos réponses demeureront strictement confidentielles et que votre anonymat sera protégé, car aucun nom n'apparaîtra ni sur le matériel de recherche, ni sur les bandes magnétiques et les transcriptions seront utilisées exclusivement par les chercheurs. Ce que vous direz ne sera pas partagé avec la personne désignée par vous.

Si des citations sont faites dans des rapports, toute trace d'identification sera éliminée ou changée.

Les trois entrevues se dérouleront à un moment qui vous convient. Le coût associé à l'appel téléphonique sera couvert par le projet de recherche. En plus, en guise de compensation pour votre temps, une somme de 100 \$ vous sera versée à la fin de chaque entrevue.

Les résultats de cette étude serviront à informer le programme de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires sur les besoins des diplômés en matière d'expérience et de soutien, permettant ainsi au programme de mieux aider les apprenants à faire la transition de leur rôle à la pratique IP.

Nous avons joint à cette lettre un formulaire de consentement et de coordonnées. Nous vous invitons à les retourner, soit par la poste dans l'enveloppe réponse timbrée fournie ou par courriel. L'accès électronique à ces documents se trouve à l'adresse URL suivanteL'équipe de recherche communiquera avec vous dès que l'information sera reçue.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec l'une ou l'autre des chercheuses principales: D^{re} Betty Cragg
ou D^{re} Patricia Bailey

Nous vous remercions sincèrement de l'attention que vous porterez à cette demande.

Betty Cragg, IA, EdD
Professeure
Université d'Ottawa

Patricia Bailey IA, PhD
Professeure
Université Laurentienne

ANNEXE C : LETTRE D'INVITATION AU COPARTICIPANT



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

Date

Cher Employeur, Médecin ou Collègue IP,

Nous vous invitons à participer à une étude très intéressante. Grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, des chercheurs de l'Université d'Ottawa et de l'Université Laurentienne étudient la « Transition à la pratique de l'infirmière praticienne et infirmier praticien diplômé ». Le but de l'étude est de développer une compréhension des expériences et du soutien requis par les nouvelles infirmières praticiennes et les nouveaux infirmiers praticiens (IP) diplômés de l'Ontario, pendant leur première année à la pratique IP dans un milieu de soins de santé primaires.

Cette étude réalisera une enquête auprès des nouvelles diplômées et des nouveaux diplômés IP (cat. spéc.) en Ontario qui débutent leur premier emploi à titre d'IP en soins de santé primaires. Nous sollicitons les nouvelles et les nouveaux diplômés débutant leur premier emploi à titre d'IP, à se joindre à l'étude et à désigner une personne de leur environnement de travail, soit un employeur, un médecin collaborateur ou une collègue IP, qui pourra fournir son point de vue aux chercheurs sur la transition au rôle de l'IP. À titre de personne désignée par une nouvelle IP diplômée, nous vous invitons à participer à cette étude, afin de nous permettre de comprendre, à partir de votre perspective, les expériences et le soutien requis à la nouvelle IP pendant la première année à la pratique.

Votre participation nécessitera de répondre à des entrevues téléphoniques d'environ une heure chacune, captées sur bandes magnétiques en trois différentes occasions: dans les trois premiers mois du premier emploi dans un rôle d'IP, à 6 mois et à 12 mois.

Soyez assuré que vos réponses demeureront strictement confidentielles et que votre anonymat sera protégé, car aucun nom n'apparaîtra sur le matériel de recherche, ni sur les bandes magnétiques et les transcriptions seront utilisées exclusivement par les chercheurs. Ce que vous direz ne sera pas partagé avec votre partenaire IP. Si des citations sont faites dans des rapports, toute trace d'identification sera éliminée ou changée.

Les entrevues seront établies au moment qui vous convient. Le coût associé à l'appel téléphonique sera couvert par le projet de recherche. À la fin de chaque entrevue, une somme de 100 \$ vous sera versée afin de compenser le temps perdu à répondre aux questions.

Les résultats de cette étude serviront à informer le programme de formation des infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires sur les expériences et les besoins de soutien aux diplômés, permettant ainsi au programme d'aider les apprenants à faire la transition de leur rôle à la pratique IP.

Vous trouverez ci-joint un formulaire de consentement et de coordonnées. Nous vous invitons à retourner les deux documents soit par la poste, en utilisant l'enveloppe réponse timbrée fournie, ou par courriel. L'accès électronique à ces documents se trouve à l'adresse URL suivante..... L'équipe de recherche communiquera avec vous dès que l'information sera reçue.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter l'une ou l'autre des chercheuses principales: D^{re} Betty Cragg ou D^{re} Patricia Bailey

Nous vous remercions sincèrement de l'attention que vous porterez à cette invitation.

D^{re} Betty Cragg, IA, EdD
Professeure
Université d'Ottawa

D^{re} Patricia Bailey IA, PhD
Professeure
Université Laurentienne

ANNEXE D : LETTRE DE SUIVI À L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

Date

Bonjour (nom de la diplômée ou du diplômé),

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à l'étude «Transition à la pratique de l'infirmière et infirmier praticien diplômé», réalisée par des chercheuses de l'Université d'Ottawa et de l'Université Laurentienne.

Dans les trois prochaines semaines, quelqu'un communiquera avec vous pour établir la première entrevue pour cette étude. À la fin de chaque entrevue, une somme de 100 \$ vous sera versée en guise de compensation pour votre temps.

Nous sollicitons votre aide pour la deuxième partie de cette étude. Nous vous demandons de désigner une personne de votre environnement de travail, soit un employeur, un médecin collaborateur ou une collègue IP. Cette personne serait la mieux placée pour nous fournir, à partir de sa perspective, une compréhension des expériences et du soutien requis pendant la première année de pratique.

Veillez communiquer avec cette personne et lui remettre la lettre ci-jointe, le formulaire de consentement et les coordonnées. Demandez-lui ensuite de retourner le formulaire de consentement et les coordonnées dans l'enveloppe-réponse timbrée fournie, ou bien de remplir l'information en ligne à l'adresse URL suivante Nous vous demandons aussi d'envoyer à l'assistante de recherche par courriel à l'adresse suivante.....le nom et la position de la personne que vous avez désignée ainsi que son adresse courriel et son numéro de téléphone.

L'équipe de recherche communiquera avec cette personne désignée pour obtenir une entrevue d'environ une heure dans les trois semaines suivant la réception de l'information et de leurs coordonnées.

Nous avons une demande additionnelle. Nous vous demandons de nous fournir un organigramme de votre organisme en indiquant où vous vous situez dans cette organisation y compris votre lien hiérarchique. Veuillez envoyer aussi une copie de votre description de tâches. Faites parvenir ces documents soit par courriel àou par télécopieur au 613-562-5605.

Soyez assuré que vos réponses demeureront strictement confidentielles et que votre anonymat sera protégé, car votre nom n'apparaîtra sur aucun matériel ou bande magnétique. Les transcriptions seront utilisées exclusivement par les chercheurs. Si des citations sont faites dans des rapports, toute trace d'identification sera éliminée ou changée.

Merci de votre intérêt à participer à cette recherche. Nous espérons recevoir l'information que vous nous ferez parvenir relativement à la personne que vous avez désignée de votre milieu de travail, l'organigramme et votre description de tâches.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec l'une ou l'autre des chercheuses principales: D^{re} Betty Cragg à _____ ou D^{re} Patricia Bailey à _____

Nous vous remercions sincèrement,

Betty Cragg, IA, EdD
Professeure
Université d'Ottawa

Patricia Bailey IA, PhD
Professeure
Université Laurentienne

**ANNEXE E : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'INFIRMIÈRE
PRATICIENNE**



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE

**TRANSITION À LA PRATIQUE DE L'INFIRMIÈRE ET INFIRMIER PRATICIEN
DIPLOMÉ**

Betty Cragg IA, EdD, Co-Chercheuse Principale
Professeure, École des sciences infirmières,
Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

D^{re} Patricia Bailey, IA, PhD, Co-Chercheuse Principale
Professeure, École des sciences infirmières
Université Laurentienne

D^{re} Frances Legault, IA, PhD, Co-Chercheuse
Professeure adjointe, École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

Jennie Humbert, IA(cat. spéc.), MHSc, Co-Chercheuse
Coordonnatrice anglophone, Programme de formation des infirmières et infirmiers
praticiens en soins de santé primaires
École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

Suzanne Doucette, IA, MHA, Co-Chercheuse
Coordonnatrice francophone, Programme de formation des infirmières et infirmiers
praticiens en soins de santé primaires

École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

Célyne Laflamme, IA (cat. spéc.), BSc. Inf., Co-Chercheure

Étudiante MSc. Inf., École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé,
Université d'Ottawa

Invitation à participer: Je suis invitée à participer à la recherche mentionnée ci-dessus, réalisée par les docteurs Betty Cragg et Patricia Bailey. Le projet est subventionné par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

But de l'étude: Le but de l'étude est de développer une compréhension de l'expérience et des besoins des infirmières et infirmiers praticiens (IP) diplômés, pendant la première année d'un nouvel emploi à la pratique IP en milieu de soins de santé primaires.

Participation: Ma participation consistera à répondre à des questions ouvertes approfondies pendant des entrevues téléphoniques dans les trois premiers mois du début de l'emploi dans un rôle d'IP, à 6 mois et à 12 mois. Chaque entrevue durera environ une heure. Les entrevues seront captées sur bandes magnétiques aux fins de transcription et d'analyse. Les entrevues seront établies à ma convenance.

Risques: Ma participation ne comporte aucun risque associé à cette étude.

Bénéfices: Bien que ma participation ne m'apporte pas de bénéfices directs, les données de l'étude aideront à développer du soutien aux autres diplômés IP pendant la première année d'un nouvel emploi à la pratique IP dans un milieu de soins de santé primaires.

Confidentialité: J'ai reçu l'assurance des chercheurs que toute information que je partagerai demeurera strictement confidentielle. L'information fournie par moi-même ou par l'IP ne sera pas partagée avec l'autre. Je comprends que les contenus des entrevues ne seront utilisés qu'aux fins de cette recherche et qu'un numéro de code me sera assigné afin de protéger ma confidentialité.

Anonymat: Mon anonymat sera protégé, car mon nom n'apparaîtra sur aucun matériel. Les notes d'observation, les bandes magnétiques et les transcriptions seront utilisées exclusivement par les chercheurs. Si des citations sont faites dans des rapports, toute trace d'identification sera éliminée ou changée.

Conservation des données: Les questionnaires, les notes, les bandes magnétiques des entrevues seront conservés en sécurité pendant cinq ans dans un classeur fermé à clé dans le bureau de la D^{re} Betty Cragg à l'Université d'Ottawa, qui sera également fermé à clé. Les données seront disponibles aux chercheurs aux fins d'analyse et de rédaction du rapport de recherche. Les chercheurs utiliseront les données pour des publications et des présentations ultérieures.

Compensation: À la fin de chaque entrevue, une somme de 100 \$ me sera versée afin de compenser le temps perdu à répondre aux questions.

Participation volontaire: Je suis libre et sans obligation de participer et si je choisis de participer, je peux me retirer de l'étude à tout moment sans subir de conséquences. Je peux aussi refuser de répondre à toutes questions.

Acceptation: Je, _____, accepte de participer à l'étude mentionnée ci-dessus, réalisée par la D^{re} Betty Cragg de l'École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa et la D^{re} Patricia Bailey de l'École des sciences infirmières de l'Université Laurentienne.

Si j'ai des questions relativement à l'étude, je peux communiquer avec les co-chercheures principales.

ou avec les autres chercheures dont les coordonnées apparaissent au début du formulaire. À la fin de l'étude, un sommaire des résultats et des recommandations me sera envoyé par la poste.

Si j'ai des préoccupations au plan éthique relativement à ma participation à cette étude, je peux communiquer avec le
Responsable du Protocole à la recherche et à l'Éthique
Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret

Il y a deux copies du formulaire de consentement et je peux en conserver une.

Signature du participant:

Date:

Signature de la chercheure :

Date:

Coordonnées de l'infirmière ou infirmier praticien nouvellement diplômé

Nous vous remercions d'accepter de participer à l'étude «Transition à la pratique de l'infirmière et infirmier praticien diplômé». À titre d'IA (cat. spéc.), récemment diplômé(e) et débutant à la pratique IP, nous vous demandons de remplir le formulaire de renseignements suivants.

Nous vous encourageons à remplir toutes les parties de ce formulaire. Soyez assuré que vos réponses demeureront strictement confidentielles.

Nom :

Adresse à la maison :

Adresse du travail :

Téléphone : Maison :..... Travail:.....

Courriel : Maison :.....Travail :.....

Télécopieur : Maison :.....Travail :.....

De quelle façon préférez-vous être rejoint?

Commentaires :

Vous pouvez remplir ce formulaire de renseignements et le retourner dans l'enveloppe fournie ou le remplir en ligne à l'adresse URL suivante : <http://transition.np-education.ca> nom d'utilisateur : transition, mot de passe : tran2008 et le faire parvenir par courriel à mbentz@uottawa.ca ou par télécopieur au 613-562-5605.

Nous vous remercions de bien vouloir fournir ces renseignements. Nous vous contacterons dans les trois prochaines semaines.

Nous vous remercions sincèrement,

Betty Cragg, IA, EdD
Université d'Ottawa

Patricia Bailey, IA, PhD
Université Laurentienne

**ANNEXE F : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE
COPARTICIPANT DÉSIGNÉ PAR L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE**



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE COPARTICIPANT
DÉSIGNÉ PAR L'IP**

**TRANSITION À LA PRATIQUE DE L'INFIRMIÈRE ET INFIRMIER PRATICIEN
DIPLÔMÉ**

D^{re} Betty Cragg IA, EdD, Co-Chercheuse Principale
Professeure, École des sciences infirmières,
Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

D^{re} Patricia Bailey, IA, PhD, Co-Chercheuse Principale
Professeure, École des sciences infirmières
Université Laurentienne

D^{re} Frances Legault, IA, PhD, Co-Chercheuse
Professeure adjointe, École des sciences infirmières
Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

Jennie Humbert, IA(cat. spéc.), MHSc, Co-Chercheuse
Coordonnatrice anglophone, Programme de formation des infirmières et infirmiers
praticiens en soins de santé primaires
École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

Suzanne Doucette, IA, MHA, Co-Chercheuse
Coordonnatrice francophone, Programme de formation des infirmières et infirmiers
praticiens en soins de santé primaires
École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

Célyne Laflamme, IA (cat. spéc.), BSc. Inf., Co-Chercheure

Étudiante MSc. Inf., École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé,
Université d'Ottawa

Invitation à participer: Je suis invité(e) à participer à la recherche mentionnée ci-dessus, réalisée par les docteurs Betty Cragg et Patricia Bailey. Le projet est subventionné par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

But de l'étude: Le but de l'étude est de développer une compréhension de l'expérience et des besoins des infirmières et infirmiers praticiens (IP) diplômés, pendant la première année d'un nouvel emploi à la pratique IP en milieu de soins de santé primaires.

Participation: Ma participation consistera à répondre à des questions ouvertes approfondies pendant des entrevues téléphoniques dans les trois premiers mois du début de l'emploi dans un rôle d'IP, à 6 mois et à 12 mois. Chaque entrevue durera environ une heure. Les entrevues seront captées sur bandes magnétiques aux fins de transcription et d'analyse. Les entrevues seront établies à ma convenance.

Risques: Ma participation ne comporte aucun risque associé à cette étude.

Bénéfices: Bien que ma participation ne m'apporte pas de bénéfices directs, les données de l'étude aideront à développer du soutien aux autres diplômés IP pendant la première année d'un nouvel emploi à la pratique IP dans un milieu de soins de santé primaires.

Confidentialité: J'ai reçu l'assurance des chercheurs que toute information que je partagerai demeurera strictement confidentielle. L'information fournie par moi-même ou par l'IP ne sera pas partagée avec l'autre. Je comprends que les contenus des entrevues ne seront utilisés qu'aux fins de cette recherche et qu'un numéro de code me sera assigné afin de protéger ma confidentialité.

Anonymat: Mon anonymat sera protégé, car mon nom n'apparaîtra sur aucun matériel. Les notes d'observation, les bandes magnétiques et les transcriptions seront utilisées exclusivement par les chercheurs. Si des citations sont faites dans des rapports, toute trace d'identification sera éliminée ou changée.

Conservation des données: Les questionnaires, les notes, les bandes magnétiques des entrevues seront conservés en sécurité pendant cinq ans dans un classeur fermé à clé dans le bureau de la D^{re} Betty Cragg à l'Université d'Ottawa, qui sera également fermé à clé. Les données seront disponibles aux chercheurs aux fins d'analyse et de rédaction du rapport de recherche. Les chercheurs utiliseront les données pour des publications et des présentations ultérieures.

Compensation: À la fin de chaque entrevue, une somme de 100 \$ me sera versée afin de compenser le temps perdu à répondre aux questions.

Participation volontaire: Je suis libre et sans obligation de participer et si je choisis de participer, je peux me retirer de l'étude à tout moment sans subir de conséquences. Je peux aussi refuser de répondre à toutes questions.

Acceptation: Je, _____, accepte de participer à l'étude mentionnée ci-dessus, réalisée par la D^{re} Betty Cragg de l'École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé de l'Université d'Ottawa et la D^{re} Patricia Bailey de l'École des sciences infirmières de l'Université Laurentienne.

Si j'ai des questions relativement à l'étude, je peux communiquer avec les co-chercheurs principales.

ou avec les autres chercheurs dont les coordonnées apparaissent au début du formulaire. À la fin de l'étude, un sommaire des résultats et des recommandations me sera envoyé par la poste.

Si j'ai des préoccupations au plan éthique relativement à ma participation à cette étude, je peux communiquer avec le
Responsable du Protocole à la recherche et à l'Éthique
Université d'Ottawa, Pavillon Tabaret

Il y a deux copies du formulaire de consentement et je peux en conserver une.

Signature du participant:

Date:

Signature de la chercheure :

Date:

Coordonnées Coparticipant désigné

Nous vous remercions d'accepter de participer à l'étude «Transition à la pratique de l'infirmière et infirmier praticien diplômé». À titre de collègue d'une ou un IA (cat. spéc.), récemment diplômé(e) et débutant à la pratique IP dans votre établissement, nous vous demandons de remplir le formulaire de renseignements suivants.

Nous vous encourageons à remplir toutes les parties de ce formulaire. Soyez assuré que vos réponses demeureront strictement confidentielles.

Nom :

Adresse à la maison :

Adresse du travail :

Téléphone : Maison : Travail:.....

Courriel : Maison : Travail :

Télécopieur : Maison : Travail :

De quelle façon préférez-vous être rejoint?

Commentaires :

Vous pouvez remplir ce formulaire de renseignements et le retourner dans l'enveloppe fournie ou le remplir en ligne à l'adresse URL suivante : <http://transition.np-education.ca>
nom d'utilisateur : transition, mot de passe : tran2008 et le faire parvenir par courriel à

Nous vous remercions de bien vouloir fournir ces renseignements. Nous vous contacterons dans les trois prochaines semaines.

Nous vous remercions sincèrement,

Betty Cragg, IA, EdD
Université d'Ottawa

Patricia Bailey, IA, PhD
Université Laurentienne

**ANNEXE G : DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET CONTEXTUELLES ET
GUIDES D'ENTREVUES SEMI-STRUCTURÉES POUR INFIRMIÈRE ET
INFIRMIER PRATICIEN DIPLÔMÉ ET POUR COPARTICIPANTS DÉSIGNÉS**

**TRANSITION À LA PRATIQUE DE L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE ET
INFIRMIER PRATICIEN DIPLÔMÉ**

Annexe A: Entrevues IP

Partie I: Données démographiques et contextuelles de l'infirmière praticienne

A. Données personnelles:

- Âge:
- Situation de famille:
- Responsabilités familiales: Quelles sont vos responsabilités familiales actuellement?

B. Expérience professionnelle:

- Préparation initiale d'IA:
Parlez-moi de votre préparation initiale à titre d'infirmière autorisée...
À quel moment votre préparation initiale d'infirmière autorisée a-t-elle eu lieu?
- Année de graduation: En quelle année avez-vous graduée?
- Diplôme le plus élevé obtenu: Quel est le diplôme le plus élevé que vous détenez en soins infirmiers? BSc, inf., MSc. Inf., IA(cat. spéc.)?
- Résumé de l'expérience professionnelle antérieure à titre d'IA: Pouvez-vous décrire votre carrière professionnelle à titre d'infirmière autorisée? Où avez-vous travaillé, dans quelles spécialités cliniques?
- Étiez-vous une étudiante ou un étudiant à plein temps dans le programme de formation IIP?

C. Emploi présent:

- Où travaillez-vous? Parlez-moi de votre emploi actuel... de votre milieu de travail actuel
- Genre de milieu de travail – Réseau de santé familiale, équipe de santé familiale, centre de santé communautaire, bureau de médecin, soins de longue durée, urgence,
Autre (préciser):
- Quand avez-vous commencé à travailler à cet endroit?
- Combien de temps vous a-t-il fallu pour trouver cet emploi d'infirmière ou infirmier praticien en soins de santé primaires?
- A t-il fallu que vous déménagiez pour prendre ce poste?

- Travaillez-vous à plein temps ou à temps partiel? (nombre d'heures par semaine)
- Qui vous a embauché?
- Qui est responsable d'évaluer votre rendement?
- Quelle est votre description de tâches? Avez-vous une description de tâches formelle?
- Pouvez-vous nous fournir une copie de l'organigramme et de votre description de tâches?
- Combien de personnes travaillent dans ce milieu?
- Quelles professions ces personnes représentent-elles? Infirmières autorisées, infirmières auxiliaires, promoteur santé, médecins?
- Combien d'IP travaillent dans ce milieu?
- Quelle expérience ce milieu de travail a-t-il à travailler avec des IP? Êtes-vous la première IP?
- Quelle clientèle est desservie par ce milieu (nombre, ethnies et groupes d'âge, troubles médicaux)?
- Quelle est votre charge de travail?

D. Coparticipant désigné:

- Veuillez nommer une personne dans votre milieu de travail qui pourrait fournir des commentaires sur votre pratique à titre d'IP et que nous pourrions approcher pour participer à cette étude.

Nom:

Poste occupé dans l'organisation:

Partie II: Guide d'entrevue IP semi-structuré

D'après le modèle de transition IP de Brown et Olshansky (1997) :
 « *From Limbo to Legitimacy* » traduit par « *De l'incertitude à la confiance* »

A. Poser les assises et le lancement – dans les 3 premiers mois d'embauche de l'IP

- Pouvez-vous me parler de comment cela a été depuis que vous avez terminé le programme IP?
- Décrivez de quelle façon vous vous y êtes prise pour trouver cet emploi d'IP en soins de santé primaires?
- Parlez-moi de votre nouveau rôle à titre d'IP dans un milieu de soins de santé primaires.
 - Demander des précisions sur l'orientation au milieu de travail et au rôle
 - Avez-vous reçu une orientation à votre milieu de travail? De qui?
 - Avez-vous reçu une orientation à votre rôle d'infirmière praticienne ou d'infirmier praticien? De qui?
 - Quels ajustements avez-vous dû faire à partir du rôle d'une IA à votre nouveau rôle d'IP dans cet environnement en particulier...et les autres avec qui vous travaillez, quels ajustements ont-ils dû faire ?
- Comment trouvez-vous votre travail?
 - Demander des précisions sur:
 - Trouvez-vous que vous devez négocier la bureaucratie ou votre rôle est-il bien défini et supporté?
 - Qu'en est-il de la gestion du temps, sentez-vous que tout va bien de ce côté? De quelle façon organisez-vous votre temps?
 - L'adaptation à la clientèle – comment cela s'est-il passé? S'agit-il d'une clientèle différente avec qui vous avez travaillé dans le passé (à titre d'IA)?
 - L'adaptation à la culture du milieu de travail – Est-ce un nouvel environnement pour vous? S'il s'agit du même environnement, de quelle façon vous êtes-vous adapté à votre nouveau rôle à l'intérieur de cet environnement? De quelle façon les autres se sont-ils adaptés à votre nouveau rôle?
 - Le soutien disponible - Qui utilisez-vous pour du soutien?
 - Les défis rencontrés
 - Le travail avec d'autres IP et d'autres professionnels - Parlez-moi de vos relations de travail avec les autres
- Avez-vous des préoccupations particulières?
- Qu'est-ce qui fonctionne bien pour vous au travail?
- Parlez-moi d'une journée habituelle. Que faites-vous normalement dans une journée? Les clients que vous voyez, le travail en groupe, les projets?

B. Le chemin parcouru – Entrevue IP du 6e mois

- Décrivez comment vous allez depuis notre dernière discussion.
- Y a-t-il eu des changements dans votre milieu de travail au cours des 3 derniers mois?

- Comment se fait l'ajustement dans votre milieu de travail?
 - Demander des précisions sur:
 - le soutien
 - les défis
 - les relations de travail
- Parlez-moi d'une journée habituelle.
- Qu'est-ce qui fonctionne bien pour vous?
- Devez-vous affronter certaines difficultés?
- Quelles sont les possibilités de perfectionnement professionnel?

C. Élargissement de la perspective – Entrevue IP du 12e mois

- Décrivez comment vous allez depuis notre dernière discussion.
- Y a-t-il eu des changements dans votre milieu de travail?
- Comment se fait l'ajustement dans votre milieu?
 - le soutien
 - les défis
- Dites-moi comment vous aimeriez changer l'environnement de travail dans ce milieu particulier à l'heure actuelle.
- En rétrospective, pouvez-vous identifier quels facteurs vous ont aidé à assumer le rôle d'IP?
- Y a-t-il eu des facteurs qui ont rendu cette tâche difficile?
- Croyez-vous que les IP dans votre milieu de travail soient capables d'exercer leur profession selon le champ d'activité complet de l'IP?

D. Enjeux à travailler en français

- Dites-moi si vous voyez des difficultés lorsque vous travaillez en français ou en anglais?
- Est-ce que vous percevez des différences à travailler avec une population minoritaire francophone ou des défis ou des besoins spéciaux pour la clientèle francophone à recevoir des soins de santé?

Annexe B: Coparticipants désignés par l'IP
Partie I: Données démographiques

A. Statut professionnel et expérience antérieure

- Quel poste occupez-vous au sein de cet organisme?
- Quelle est votre expérience professionnelle antérieure?
 - Demander des précisions sur la préparation initiale et avancée
- Date à laquelle le niveau d'étude a été obtenu

B. Relation avec l'IP

- Relation d'ordre organisationnel avec l'IP (employeur, superviseur, médecin collaborateur, collègue IP, etc.)
- Avez-vous travaillé avec une IP auparavant?
 - Demander des précisions sur le nombre d'IP, le nombre d'années à travailler ensemble

C. Information sur l'organisation

- Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette organisation?
- De quel genre d'organisation s'agit-il (Réseau de santé familiale, équipe de santé familiale, centre de santé communautaire, etc.)?
- Quelle est la source de fonds pour cet organisme?
- De quelle façon les postes d'IP sont-ils subventionnés?
- Combien de clients cette organisation dessert-elle?
- Quelles sont les principales caractéristiques de la clientèle?
- Combien d'IP travaillent dans cette organisation?
- Quelle est la description de tâches de l'IP dans votre organisation?
- Quelle est la charge de travail normale de l'IP?
- Croyez-vous que les IP dans votre organisme exercent leur profession selon le champ d'activité complet de l'IP?

Partie II: Coparticipants désignés par l'IP Guide d'entrevue semi-structurée
 D'après le modèle de transition IP de Brown et Olshansky (1997) :
 « *From Limbo to Legitimacy* »

Poser les assises et le lancement – Première entrevue dans les 3 premiers mois d'embauche de l'IP

- Décrivez les circonstances entourant l'embauche d'une nouvelle IP ou d'un nouveau IP.
- Comment voyez-vous l'ajustement de cet(te) IP en particulier dans le milieu de travail?
- Parlez-moi de votre compréhension du rôle de cet(te) IP en particulier à titre d'infirmière praticienne ou d'infirmier praticien en soins de santé primaires dans ce milieu.
- Y a-t-il quoi que ce soit en place pour soutenir l'IP dans sa transition au rôle d'IP et au sein de l'organisme?
 - Demander des précisions sur l'orientation, le mentorat, etc.
- Comment va le travail de cette IP?
- Avez-vous des commentaires sur la pratique professionnelle de cet(te) IP?
- Parlez-moi de votre compréhension d'une journée habituelle pour cette IP en particulier.
- De quelle façon cet(te) IP en particulier est-elle ou est-il capable de gérer son temps?

Le chemin parcouru – Entrevue du coparticipant du 6e mois

- Y a-t-il eu des changements dans votre milieu de travail depuis notre dernière discussion?
- Décrivez comment va cet(te) IP en particulier depuis notre dernière discussion.
 - Demander des précisions sur des défis à relever en particulier, mise en place de mécanismes de soutien
- De quelle façon cet(te) IP en particulier s'ajuste-t-elle ou s'ajuste-t-il au milieu?
- Décrivez une journée habituelle pour l'IP?

Élargissement de la perspective – Entrevue du coparticipant du 12e mois

- Y a-t-il eu des changements dans votre milieu de travail depuis notre dernière discussion?
- Décrivez comment va cet(te) IP en particulier depuis notre dernière discussion.
 - Demander des précisions sur des défis à relever en particulier, sur la mise en place de mécanismes de soutien
- Dites-moi comment vous changeriez l'environnement de travail pour cet(te) IP en particulier dans ce milieu à l'heure actuelle.
- Pouvez-vous identifier quels facteurs ont aidé ou empêché cet(te) IP à assumer le rôle de l'IP?

-

D. Enjeux à travailler en français

- Dites-moi si vous voyez des difficultés lorsque vous travaillez en français ou en anglais?
- Est-ce que vous percevez des différences à travailler avec une population minoritaire francophone ou des défis ou des besoins spéciaux pour la clientèle francophone à recevoir des soins de santé?

**ANNEXE H : TABLEAU SOMMAIRE DES ÉTUDES SUR LA TRANSITION DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES
/ INFIRMIÈRES EN PRATIQUE AVANCÉE**

Role Transition Studies ~ Nurse Practitioners / Advanced Practice Nurses			
Author, Loc'n, Sample	Purpose	Design, Data Collection	Findings
<p>Hamric & Waterman Taylor, (1989) USA n = 100 CNSs ~ 1 - >10 yrs experience</p>	<p>To describe the role development of CNSs, to compare experienced and inexperienced CNSs in regard to their role development, and to identify barriers and facilitators to successful role development</p>	<p>Questionnaire ~ Also surveyed experienced CNSs to explore what keeps them challenged and growing</p>	<p>Identified 7 phases of role development: Orientation, frustration, implementation, integration, frozen, reorganization, complacent ~ As a student, clinical logs reviewed by faculty and discussed can be useful ~ Students should be prepared for the possible slowness of movement through the developmental phases, especially in the first year ~ Graduates should have sufficient positive clinical experience as a staff nurse in their specialty before they work as a CNS ~ Realistic role expectations should be agreed on by the CNS and supervisor before securing employment ~ A major facilitator of the role was reported as strong admin. support</p>
<p>Brown & Olshansky, 1997 (also 1998 article) USA n = 35 Primary Care NPs 1, 6 & 12 months post-grad</p>	<p>To describe the experiences of NP graduates during their first year of practice</p>	<p>~ Grounded Theory ~ Longitudinal, exploratory study ~ Interviews, Focus groups</p>	<p>Theoretical Model (with sub-categories) "From Limbo to Legitimacy": Laying the Foundation, Launching, Meeting the Challenge, Broadening the Perspective ~ First 6 months is a time for redefinition of self, "Impostor Phenomenon" ~ By one year participants reported significant progress in their development ~ A supportive environment which allows for lengthier patient visits is critical for developing the NPs competence and confidence in the first year of practice</p>

<p>Black et al., 1998 USA n = 92 NP students and graduates with a minimum 2yrs experience</p>	<p>~ To determine whether expectations of future autonomy are grounded in reality ~ To assist universities to devise curricula that provide a realistic orientation to the professional role</p>	<p>Questionnaires: ~ Demographic data ~ Dempster Practice Behaviours Scale (Likert format)</p>	<p>~ Authors believe that autonomy is a necessary component for a successful transition from the role of student to professional ~ Findings indicated that practicing NPs experienced a greater sense of autonomy than student NPs perceive ~ Conclude that educational programs should provide NP mentors for students to role model autonomous behaviours ~ more studies are needed to examine autonomy and the NP role</p>
<p>Hayes, 1999 (Also articles in 1998 & 2000) USA n = 33 NP students from 10 programs</p>	<p>To explore the NP preceptor/student relationship, the meaning of the relationship to the student, and how students experienced mentoring ~ Based on a 1998 study that demonstrated a positive correlation between mentoring and self-efficacy in taking on the advanced practice role</p>	<p>~ Qualitative Inquiry ~ Purposive sampling: Utilized extremes in a sample to contrast experiences. 118 NPs surveyed, researchers then interviewed 33 of the 118; interviewed those who scored more than one SD above or below the mean mentoring and self-efficacy scores</p>	<p>~ Nine characteristics of mentorship were identified and contrasted for the mentored and non-mentored student ~ Mentored students believed that the relationship with their mentor was indispensable to them in developing the NP role. ~ Described preceptorship vs mentorship. Eg: a short-term preceptorship does not allow for mentoring to develop ~ Mentorship allows for exposure to the NP role beyond direct patient care, and enhances confidence to take on the NP role ~ Concluded that mentored students have the potential to become efficacious providers more quickly than the non-mentored, and their patients may experience more favourable outcomes</p>
<p>Kleimpell-Nowell, 1999, 2001 USA Part 1: n = 619 Acute Care NPs 1 yr grad Part 2: n = 545</p>	<p>To explore the role aspects and issues in practice of the ACNP in advanced practice nursing</p>	<p>Annual surveys mailed out 5 year longitudinal study; reports have been published on first two years</p>	<p>Year One: Most reported job satisfaction, and increased: independence, autonomy, responsibility, and confidence in their roles after one year ~ Some administrators and physicians do not recognize the role of the ACNP ~ 32% reported their ACNP program prepared them only fairly well, and 14% reported they were not very well prepared for their roles Year Two: ~ ACNPs highlighted the importance of educational preparation: experience, mentorship, networking, and educational and practice-related resources are essential for development of the ACNP role ~ 3-5 or more years of nursing experience in the area of intended specialization should be a minimum requirement for practice as an</p>

			<p>ACNP</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Mentorship and networking with other NPs and APNs are identified to ensuring the advancement of the role ~ ACNPs need to negotiate for change if role challenges too demanding
<p>Kelly & Mathews, 2001 USA</p> <p>n = 21 recent NP grads practicing in predominantly rural areas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ~ To obtain a better understanding of the transitional process of graduate to the first position as an NP ~ To explore the perceptions of the graduate's preparation, gains, losses, and strategies for adjustment 	<ul style="list-style-type: none"> ~ 4 Focus groups ~ Qualitative inquiry 	<p>~ Major Themes: Loss of control of time (long work hours, time management) and privacy (small community), Sense of isolation (first NPs in community), Relationship changes and losses (with RNs and previous workplace), Role ambiguity, Significant personal satisfaction of role (eg: autonomy and bond with patients), and Importance of a support network</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Perceived they were adequately prepared, but experienced guilt and uncertainty regarding information they believed they should know ~ RN colleagues often perceived as resenting NP role and position, yet NPs did not feel accepted and treated as equal team members by physicians ~ Felt that their strength was health maintenance, but focus was episodic illnesses, in which they felt less prepared. Felt they were functioning from a medical model ~ Disequilibrium worse in the first year, but often still have feelings of insecurity and anxiety even years after graduation ~ Perceived Strengths: Nursing experience, assessment skills, health promotion <p>Conclusion: Increased awareness of the transitional process may normalize reactions and lead to shorter adjustment period</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ need to carefully select a mentor, educate team members (see list of strategies for faculty to facilitate transitional adjustment period)
<p>Heitz, Steiner & Burman, 2004 USA</p> <p>n = 9 recent NP graduates employed as FNPs</p>	<p>To examine the role transition that occurs from RN to family-NPs</p>	<ul style="list-style-type: none"> ~ In-depth telephone interviews ~ Descriptive, qualitative ~ Theoretic sampling ~ Grounded theory 	<ul style="list-style-type: none"> ~ Generated a Conceptual Model, Phase I (student) and II (when enters workforce) ~ Central and sub-categories with defining characteristics for each Phase: Extrinsic obstacles, Intrinsic obstacles, Turbulence, Positive extrinsic forces, Positive Intrinsic forces, and Role development ~ Confirmed results by Brown & Olshansky (1998) and Kelly & Matthews (2001), as well as earlier studies (1970's)

			<p>~ New findings: Personal commitments and sacrifices identified as personal obstacles; Differences between inexperienced and experienced RNs regarding role transition</p> <p>~ Need additional research regarding effects of prior RN experience, gender, age, isolation, and various specialties on NP role transition</p>
<p>IBM, 2005 Report On The Integration of PHCNPs into the Province of Ontario n = 232 RN(EC)s</p>	<p>To document the perceived educational preparedness among Primary Health Care NPs in Ontario</p>	<p>Surveys</p>	<p>~ 54% of NPs felt educationally prepared when they first started practicing, but this number dropped to 14% at a later time when they were surveyed</p> <p>~ Concerns included feeling unprepared for: the complexity of health problems, lacking in substantive knowledge, and the level of independence of the role.</p> <p>~ Suggestions regarding how these concerns could be addressed included: having a longer practicum, having an internship year, having a master's level program, creating a longer educational program, and having greater emphasis on continuing education</p>
<p>Chang, Mu & Tsay, 2006 Taiwan n = 10 acute care NPs (experienced RNs)</p>	<p>To describe the experiences of novice acute care NPs during their first year of practice</p>	<p>~ Qualitative Inquiry – Burnard's content analysis procedure ~ In-depth interviews</p>	<p>Three Transition phases were identified (with sub-phases):</p> <p>1) Role Ambiguity Phase (challenges the NP to face the gap between their idealized role and reality); 2) Role Acquisition Phase (gradually clarifies the requirements and recognizes the new role requires autonomy); and 3) Role Implementation Phase (develop collaborative practice with team).</p> <p>~ Supports Role Theory, Benner's framework, and Brown & Olshanski's model</p> <p>~ Initially, boundaries separating NPs work from the physician-residents and the RNs are ill defined, resulting in friction</p> <p>~ identifying factors that enhance the initial role transition is crucial so that interventions can be designed to support new NPs</p>

Role Transition Studies ~ Registered Nurses

Author, Loc'n, Sample	Purpose	Design, Data Collection	Findings
<p>Holland, 1999 England n = ? diploma nursing students</p>	<p>To examine "socialization and learning to become a nurse" from their cultural viewpoint ~ to explore the process of transition through different clinical settings</p>	<p>~ Ethnography ~ field notes, questionnaires and interviews</p>	<p>Transition from student nurse to qualified nurse not clearly defined because of its indeterminate nature. Two social limbo states: 2 weeks before leaving College and after training before receiving confirmation of registration, referred to as legitimization. Essential to learn more about the culture of nursing in order to be able to explicate that which the student needs to learn in order to exist in the reality of their future occupational milieu.</p>
<p>Godinez, 1999 Loc'n ?? n = 27 graduate nurses (13 BScN, 14 diploma), plus comments from their preceptors</p>	<p>To describe the initial steps in the role transition of graduate to staff nurse. To identify teaching/learning strategies that educators can use to facilitate transition from graduate to staff nurse.</p>	<p>~ Qualitative approach ~ Results based on comments made on daily log sheet to facilitate communication among persons involved in the orientation</p>	<p>Developed a model based on 5 themes representing process & role components of transition: Real nurse work, guidance, transitional processes, institutional context & interpersonal dynamics. Transition is facilitated by formal orientation to the facility and their specific job and role expectations. Supervised on the job training and use of preceptors have facilitated transition. Also felt supported by philosophy of the organization towards students. Need for collaboration between education and service for successful transitions</p>
<p>Delaney, 2003 USA n = 10 graduate RNs in first 12 weeks</p>	<p>To explore and describe graduate nurses' transition experience during orientation</p>	<p>~ Phenomenology ~ Purposive sample Interviews</p>	<p>Ten themes were identified: ~ Mixed emotions, Preceptor variability, Welcome to the real world, Stressed and overworked, Learning the system and culture shock, Not ready for dying and death, Dancing to their own rhythm, Stepping back to see the view, The power of nursing, & Ready to fly solo. ~ Preceptors played a key role in the transition process ~ By 12 weeks most graduates felt ready to be independent, and felt supported Implications: Increase student assignments to reflect post-grad nursing; Include ways to cope with death and dying issues in curricula: Select preceptors carefully</p>

Role Transition Studies ~ Physicians			
Author, Loc'n, Sample	Purpose	Design, Data Collection	Findings
<p>Duttera et al., 1984 USA n = 481 physicians who recently entered practice</p>	<p>To determine the degree of psychological stress encountered on entry into practice, the sources of information available to help them in the transition, and the kinds of problems they encountered</p>	<p>Mail-out survey (58% response rate)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ~ 68% reported moderately or very stressful transition to practice ~ There was little formal structure to provide support ~ Comparing transition in to practice with internship: 37% rated stress equal to or greater than that of internship ~ Only 11% cited training programs as being a source of assistance for transition ~ Principal source of assistance was a physician in the practice setting (49%); 5% cited a literature source, and 18% cited no source ~ Problems identified (in descending order) were financial, community, hospital facilities, spouse & family, and geography ~ Attention to these issues is needed during training if physicians are to make the most of their talents in practice
<p>Hayes, 1999 (Also articles in 1998 & 2000) USA n – 33 NP students from 10 programs</p>	<p>To explore the NP preceptor/student relationship, the meaning of the relationship to the student, and how students experienced mentoring</p> <p>~ Based on a 1998 study that demonstrated a positive correlation between mentoring and self-efficacy in taking on the advanced practice role</p>	<p>~ Qualitative Inquiry</p> <p>~ Purposive sampling: Utilized extremes in a sample to contrast experiences. 118 NPs surveyed, researchers then interviewed 33 of the 118: interviewed those who scored more than one SD above or below the mean mentoring and self-efficacy scores</p>	<ul style="list-style-type: none"> ~ Nine characteristics of mentorship were identified and contrasted for the mentored and non-mentored student ~ Mentored students believed that the relationship with their mentor was indispensable to them in developing the NP role. ~ Described preceptorship vs mentorship. Eg: a short-term preceptorship does not allow for mentoring to develop ~ Mentorship allows for exposure to the NP role beyond direct patient care, and enhances confidence to take on the NP role ~ Concluded that mentored students have the potential to become efficacious providers more quickly than the non-mentored, and their patients may experience more favourable outcomes

<p>Hesketh et al., 2003 Scotland n = 40 medical school grads (interns) approaching the end of their first post-grad year</p>	<p>To explore the "Pre-Registration House Officers" (PRHO = interns) perceptions of the benefits gained from the year in terms of the learning outcomes achieved</p>	<p>~ 57 Semi-structured, open interviews followed by a short questionnaire ~ 17/57 interviews were of insufficient quality for analysis ~ Nvivo Qualitative software analysis</p>	<p>~ Steep learning curve regarding coping with increased responsibility, but PRHOs were proactive in seeking learning opportunities ~ Professionalism was perceived as an important learning outcome ~ Study identified the need to match relative priority to specific learning outcomes in educational curriculum, eg: awareness of multicultural issues and health promotion were rated as low importance by PRHOs, despite it being identified as a key area by government. Therefore, these areas may require additional training, and framework for educational programs should use an outcome approach. ~ Practical skills were rated highly but not noticeably developed</p>
<p>Prince et al., 2004 The Netherlands n = 17 junior physicians in the hospital environment</p>	<p>To explore junior doctors' opinions about the transition from student (clerkship) to practitioner</p>	<p>Four focus groups ~ Average work experience 4.8 months</p>	<p>~ Transition was perceived as a major change, doctors experienced uncertainty particularly regarding increased responsibility and workload ~ Undergrad training was adequate for: knowledge and skills, history and physical exam; Less than adequate for pharmacology, patient management skills, certain procedures, and their role on a multidisciplinary team ~ Recommendations: earlier contact with patients, more involvement with patient management, increased responsibility during clerkship</p>
<p>IBM, 2005 Report On The Integration of PHCNPs into the Province of Ontario n = 232 RN(EC)s</p>	<p>To document the perceived educational preparedness among Primary Health Care NPs in Ontario</p>	<p>Surveys</p>	<p>~ 54% of NPs felt educationally prepared when they first started practicing, but this number dropped to 14% at a later time when they were surveyed ~ Concerns included feeling unprepared for: the complexity of health problems, lacking in substantive knowledge, and the level of independence of the role. ~ Suggestions regarding how these concerns could be addressed included: having a longer practicum, having an internship year, having a master's level program, creating a longer educational program, and having greater emphasis on continuing education</p>

Descriptive, Theory, and Review Articles Regarding Role Transition for RNs, NPs, and APNs		
Author	Purpose of Article	Key Points
Benner, 1984	Described stages through which novice RNs proceed to become clinically competent	<p>Stage 1: Novice: Little experience, skills learned by rote. Still completing educational program.</p> <p>Stage 2: Advanced Beginners: are able to perform adequately and make some judgment calls. Usually entering the workforce at this stage.</p> <p>Stage 3: Competent Nurses: who are able to foresee long-range goals and are mastering skills</p> <p>Stage 4: Proficient Nurses: view whole situations rather than parts, and are able to develop a solution</p> <p>Stage 5: Expert Nurses: for whom intuition and decision making are instantaneous</p>
Schumacher & Meleis, 1994 USA	Review article to describe: 1) the types of transitions addressed in the nursing literature , 2) the conditions that influence these transitions, and 3) what constitutes a healthy transition	
Roberts, Tabloski, & Bova, 1997	<p>Draws on student journals and observations to describe changes in over 100 graduate NP students over 6 years, and analyses them with respect to developmental theory</p> <p>~ explores how learning is integrated into a previously "expert" population</p>	<p>Based on an article (Anderson et al., 1974) that discussed the identity crisis of NP students during their educational experience: noted that they progress from dependence to interdependence and demonstrate regression, anxiety and conflict. Reported that 1974 article was still useful.</p> <p>1) Regression on admission to the program: struggle with need to develop independent, accountable opinions, but in second semester notice that old skills and knowledge begins to return, increases confidence</p> <p>2) Role confusion/ Nursing identity: shift away from focus on physical assessment, learn that they must live with ambiguity in their practice as various providers may disagree on the correct diagnosis or treatment</p> <p>3) Conflict with preceptors: May feel anxious, and angry with faculty and preceptors for not giving them all the answers they need to become an "expert". Eventually learn to tolerate differences, move to interdependence, and have a clear sense of their role</p> <p>~ Suggestions for teachers to enhance successful transition - eg: the use of clinical cases as a teaching strategy to encourage diversity and negotiation. Students who had autonomous roles</p>

		<p>previously experienced less: anxiety, lack of confidence, and role confusion</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Some students from an acute care background may have difficulty adjusting to the range of diagnostic possibilities, and find the lack of quick results discouraging ~ Some students may appear confident and believe they know the “right” answer, but are not open to change – may be more dependent on physicians, more rigid in their approach, and more medically oriented
<p>Shea & Selfridge-Thomas, 1997</p>	<p>The authors describe their personal role transition as an NP after the introduction of the NP role in their Emergency Department</p>	<ul style="list-style-type: none"> ~ Unfamiliar with the medical thought process ~ Confidence in previously mastered knowledge & skills did not guarantee an easy transition to the NP role ~ Impostor Syndrome – sense of loss of expertise ~ Early months in practice – felt they needed “recipes” to guide patient management ~ Frustration with variance among physician approaches and treatment modalities ~ Rapidly became proficient at technical procedures and interpreting x-rays ~ Nursing foundation was invaluable during novice NP role transition ~ Within 6 months transition through novice to beginner stages; proficient to expert level at three years
<p>Harrigan & Perez, 1999</p>	<p>To describe the developmental aspects of the role of the neonatal nurse practitioner in the delivery of care</p>	<p>Standardization of education at Master’s level provides service to the profession by gaining educational parity with other health professionals. When the APN possesses a universal degree it adds credibility to negotiating issues surrounding scope of practice such as prescriptive authority and third party payment.</p>
<p>Cusson & Viggiano, 2002</p>	<p>Review of role development models, discussion of the transition from expert RN to novice NNP (neonatal nurse practitioner), and strategies to enhance the transition.</p>	<p>Review of Transition Literature: The shift in responsibilities to writing orders can be intimidating, and novice NNPs often feel that technical skills are inadequate. Discussion of various models.</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Initial focus on tasks, but only through mastering basic skills can NNP move to filling professional role ~ NP students do not fully grasp the autonomy of the NP role <p>Strategies for Transition - During Educational Program: begin preparation for transition, master’s prepared preceptor chosen by student, explore autonomy, be assertive in gaining technical experience, seek opportunities to implement all components of the role, identify areas of weakness and develop a plan to improve, focus on communication with staff to develop relationships. In First NNP Position: Find a mentor, become an active member of a professional nursing</p>

		organization, maintain your network to share feelings, make needs known, seek guidance freely, keep knowledge up to date, realize feelings of inadequacy are normal and will dissipate, develop strategies to diminish stress
Hamric & Hanson, 2003	Describes critical role content needed in APN programs and offers teaching strategies	<p>~ Graduates must be prepared to be clinically competent and to clearly understand their role; curricula vary greatly in how these areas are covered</p> <p>~ Role transition content needs to be part of the final semester</p>
Brykczynski, 2005	Chapter in APN text to describe role development models, issues, and strategies	
Latham & Fahey, 2006	Report on a reflection tool developed to assist APN students to identify their competencies, self-efficacy, and feelings, and future educational needs	<p>~ Based on Benner's concepts (1984) and Eight Advanced Practice Roles (Hamric et al., 2000)</p> <p>~ Staff and faculty reported that this assessment tool was very valuable, as it allowed students to connect their clinical practicum to the APN role development, acknowledge their stage of growth, and map their growth.</p> <p>~ Tool provided a platform for focused, ongoing small group discussions throughout the program</p> <p>~ Faculty were better able to understand the clinical and emotional developmental stages, and used the feedback to develop strategies to facilitate student growth</p>
Nagelkerk, 2006 p. 29-44	<p>~ Review of transition phases as per Brown & Olshansky and socialization and marketing literature for NPs</p> <p>~ Practical advice for new NPs</p>	<p>Launching phase: most difficult and turbulent time for new NPs.</p> <p>Socialization: 2 parts process begins with formal education program and continuing into work environment. Assist in feeling real and having confidence in practice style. Clinical experience assists in integrating content into practice and improves confidence. Network building of friends, coworkers and family members is important to provide resources, connections and job referrals. Also cultivating strong positive relationships with preceptors.</p> <p>Marketing tools: Portfolio, professional cards, strategies for self marketing, be a role model, nurture interpersonal relationships, dress for success.</p>