Le mentorat par les pairs, une façon d'augmenter la rétention des infirmières nouvellement diplômées dans les urgences ?

Par
Joanie Bouchard
Programme de Maîtrise en sciences infirmières, cheminement en interventions infirmières

Essai présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maitre ès sciences (M. Sc.)
en sciences infirmières

Sherbrooke, Québec, Canada
Novembre 2024

Membres du jury d'évaluation
Martin Charette, directeur
Ariane Girard, évaluatrice interne

© Joanie Bouchard, 2024

SOMMAIRE

Le mentorat par les pairs, une façon d'augmenter la rétention des infirmières nouvellement diplômées dans les urgences ?

Par
Bouchard Joanie
Programme de maîtrise en sciences infirmières, cheminement en interventions infirmières

Essai présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maitre ès sciences (M. Sc.) en sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

De plus en plus d'infirmières nouvellement diplômées (IND) sont appelées à intégrer les urgences rapidement dans leur cheminement professionnel en raison du besoin criant de ressources. Des programmes d'intégration sont mis en place pour soutenir leur transition et encadrer leur intégration. Les IND étant novices, elles sont vulnérables au choc de transition. Les programmes d'intégration doivent favoriser un encadrement et un soutien optimaux. C'est encore plus vrai dans les urgences considérant les particularités du milieu. Une mauvaise intégration des IND à l'urgence diminue le taux de rétention des IND, surtout en milieu rural, où le soutien clinique est moins présent. Le mentorat par les pairs est une solution novatrice favorisant la socialisation des IND et diminuant les impacts du choc de transition sur celles-ci. Certains éléments clés permettent de guider les grandes lignes de l'élaboration d'un programme de mentorat par les pairs optimal. La structure du programme permet l'établissement d'une relation enrichissante entre les IND et leurs personnes mentores. Le soutien clinique et organisationnel permet aux personnes mentores d'accomplir leur rôle et de se sentir soutenues tout au long du programme et assure ainsi leur engagement. Par la suite, le programme doit être évalué, tant au niveau de la structure que des retombées. Une démarche pratique a été effectuée dans un milieu de soins critique afin d'élaborer et d'implanter un programme de mentorat par les pairs afin d'améliorer l'expérience de transition des IND dans ce milieu de soins et ainsi d'augmenter la rétention de celles-ci.

Mots clés : mentorat par les pairs, infirmières nouvellement diplômées, personnes mentores, transition, socialisation

Table des matières

SOMMAIRE i
Liste des tableaux iv
Liste des figures v
Liste des abréviations vi
INTRODUCTION 1
PROBLÉMATIQUE 3
CADRE THÉORIQUE 11
Sélection du cadre 11
Description du modèle théorique 12
Postulats de la théorie. 12
Concepts de la théorie 12
Stade du *doing* 13
Stade du *being* 15
Stade du *knowing*. 16
Liens entre le modèle théorique et le sujet d'essai 17
RECHERCHE DOCUMENTAIRE 18
Recherche documentaire sur les éléments nécessaires à l'élaboration d'un programme de mentorat par les pairs 18
Recension critique des écrits 20
Structure d'un programme de mentorat 20
Soutien organisationnel 34
Évaluation de programme 38
Synthèse critique des écrits recensés 46
Principaux constats 47
ANALYSE DE LA DÉMARCHE PRATIQUE RÉALISÉE 48
Choix et description du milieu de stage 48
Objectifs de la démarche 51
Description des activités réalisées 52
Objectif 1 : Analyse des besoins et détermination des ressources accessibles 52
Objectif 2 : Définir la structure du programme de mentorat par les pairs qui sera implanté dans le milieu 59
Objectif 3 : Mise en œuvre de l'intervention 64
Analyse critique de la démarche 68

Développement de compétences en pratique infirmière avancée (PIA) 72
RECOMMANDATIONS ET RETOMBÉES 75
Recommandations 75
Retombées anticipées 76
CONCLUSION 78
RÉFÉRENCES 79
ANNEXE 1 Résultat et analyse critique de la recherche documentaire 85
ANNEXE 2 Synthèse des écrits recensés 87
ANNEXE 3 Questionnaire d'évaluation des besoins 103
ANNEXE 4 Tableau de triangulation des données 106
ANNEXE 5 One pager 108
ANNEXE 6 Contrat de mentorat 110
ANNEXE 7 Journal de bord 114
ANNEXE 8 Lettre de recommandation au milieu 116
ANNEXE 9 Lettre de recommandation à la DSI 121
ANNEXE 10 Permission de reproduction du modèle des stades de transition 128

Liste des tableaux

Tableau 1. Outil PICO, choix des mots clés et opérateurs booléens 18
Tableau 2. Tableau synthèse des éléments contenus dans la formation des personnes mentores 23
Tableau 3. Résumé des différents outils d'évaluation 44
Tableau 4. Critères de sélection et de jumelage des personnes mentores 60
Tableau 5. Résumé du programme et de ses composantes 64

Liste des figures

Figure 1. Modèle des stades de transition 13
Figure 2. Diagramme PRISMA 21
Figure 3. Résultat des besoins de formation des infirmières du milieu 56
Figure 4. Résultat des besoins de soutien des infirmières du milieu 57

Liste des abréviations

ASI : Assistante au supérieur immédiat

CCC : Conseillère cadre clinicienne

CEPI : Candidate à l'exercice de la profession infirmière

CIUSSSE-CHUS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

CSEC : Compétences, soutien et encadrement clinique

CSI : Conseillère en soins infirmiers

DSI : Direction des soins infirmiers

ENA : Environnement numérique d'apprentissage

IND : Infirmière nouvellement diplômée

MSI : Méthodes de soins informatisées

PAB : Préposé aux bénéficiaires

PIA : Pratique infirmière avancée

UO : Université d'Ottawa

INTRODUCTION

Le nombre de nouvelles inscriptions au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) évolue depuis plusieurs années. En 2022-2023, 2864 nouveaux permis ont été délivrés (OIIQ, 2024). Ces nouvelles infirmières qui rejoignent les milieux de soins sont réparties selon différents domaines de pratique. Toujours en 2002-2023, 18,4 % de ces infirmières nouvellement diplômées (IND) exercent dans le domaine des soins critiques (urgence et soins intensifs). Cette proportion est en hausse depuis les dernières années (15,6 % en 2021-2022) et démontre un intérêt de la relève pour ces secteurs (OIIQ, 2024). Les défis que les IND rencontrent dans les urgences sont grands et certaines précautions doivent être prises lors de l'intégration des IND dans ces milieux de soins critiques (Duchscher et Painter, 2021).

La transition dans les milieux de soins vécue par les IND est un phénomène qui a été étudié par différents auteurs. La compréhension de cette expérience permet aux milieux et aux institutions de bien préparer et soutenir les IND au travers de cette période anxiogène. Cette transition est particulièrement difficile dans les milieux de soins critiques et il est nécessaire d'adapter les programmes d'intégration afin de faciliter la transition et le développement des IND dans ces milieux (Duchscher et Painter, 2021). Les stades de transition doivent être pris en considération dans l'élaboration de ces programmes afin de favoriser le développement optimal des IND, qu'elles se sentent compétentes dans leur rôle et satisfaites professionnellement (Duchscher, 2008).

La majorité des milieux ont des programmes d'intégration bien établis et élaborés selon le modèle des stades et du choc de transition. À l'urgence, ces programmes sont adaptés afin de répondre aux exigences supplémentaires de ce type de milieu. Actuellement au Québec, la période d'intégration jumèle une orientation théorique et pratique. Lors de l'orientation pratique, l'IND est jumelée à une infirmière d'expérience pour une durée déterminée par l'établissement. Par la suite, elle passe par une période d'intégration où elle bénéficie d'un suivi et d'un soutien approprié. À ce moment, les IND ne devraient pas être responsables de patients ou de sections à potentiel d'instabilité. Certains établissements

offrent du préceptorat ou du mentorat et parfois même un programme de résidence en soins infirmiers (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2024). Le besoin de soutien des IND est plus important que ce qui est offert actuellement dans les urgences. Il est nécessaire que les IND se sentent soutenues par les infirmières expérimentées des milieux, et ce, tout au long de leur première année de pratique. Elles doivent avoir le temps de bien développer leur identité professionnelle, de s'approprier leur nouveau rôle et d'acquérir une certaine confiance en leurs compétences. La socialisation est aussi une notion importante qui leur permettra d'atteindre ces cibles (Innes et Calleja, 2018). Les programmes de transition doivent être davantage structurés pour offrir aux IND le soutien adéquat, en y intégrant notamment du mentorat par les pairs à l'intérieur de ceux-ci (Innes et Calleja, 2018).

Cet essai débutera par l'exploration de la problématique en lien avec le soutien formel qui devrait être reçu par les IND. Par la suite, le cadre théorique qui a été utilisé tout au long du processus de maîtrise et le développement du projet sera décrit de façon détaillée. Une recherche documentaire rigoureuse a aussi été menée et sera décrite afin de comprendre quels éléments devraient se retrouver dans un programme de mentorat par les pairs formel. S'ensuivront une description et une analyse de l'intervention qui a été faite dans le cadre du stage en pratique avancée. Finalement, les retombées anticipées seront expliquées et des recommandations seront émises.

PROBLÉMATIQUE

Depuis plusieurs années, le manque criant d'infirmières au Canada amène les milieux à devoir se réorganiser (Baumann et Crea-Arsenio, 2023). Il est de plus en plus fréquent de voir des IND, au début de leur carrière, intégrer rapidement les urgences pour pallier le manque d'infirmières dans ces milieux (Cloutier et al., 2021). De plus, selon le dernier portrait de la relève infirmière au Québec, il y a eu une augmentation du nombre d'IND travaillant dans le domaine des soins critiques, passant de 12,1 % en 2019-2020 à 14 % en 2020-2021 et à 18,4 % en 2022-2023 (Marleau, 2020, 2021; Normand, 2023).

Le choc de transition est un phénomène déjà connu qui a fait l'objet de plusieurs études auprès des IND (Charette et al., 2020; Duchscher, 2009; Laskowski-Jones et Castner, 2022). Les jeunes infirmières commençant dans la profession peuvent ressentir un choc entre les connaissances acquises en milieu académique et ce qui se passe réellement sur les milieux de soins (Kramer, 1974). Les IND passent d'un rôle connu, celui de personne étudiante vers le rôle moins familier d'une infirmière professionnelle dans un milieu de pratique professionnel. Malgré une préparation adéquate, il peut y avoir un contraste entre les rôles, les relations, les responsabilités, les connaissances et les attentes envers les performances de IND. Ce contraste participe au stress vécu par les IND et peut être un obstacle à la période de socialisation professionnelle initiale (Duchscher, 2009). Cette période correspond au moment où l'IND développe ses propres valeurs professionnelles, s'ajuste à son nouveau rôle et apprend à confronter sa peur de faire des erreurs et d'interagir avec les autres professionnels (Hunter et Cook, 2018; Newton et McKenna, 2007).

Le phénomène du choc de transition est d'autant plus grand dans les urgences vu la nature complexe et imprévisible des soins, l'instabilité potentielle des personnes et les changements rapides dans leur état (Laskowski-Jones et Castner, 2022). Les IND ressentent par le fait même une plus grande pression et le choc de transition est plus fortement ressenti (DeGrande et al., 2018; Saghafi et al., 2023; Stewart, 2021). Les urgences sont des milieux uniques présentant des défis de compétence pour les IND. L'instabilité de l'état de santé des personnes soignées et le changement rapide d'état, la

complexité des soins, les ressources parfois limitées, la lourde charge de travail rendent l'environnement plus intimidant pour celles-ci et augmentent la surcharge cognitive (Laskowski-Jones et Castner, 2022). Ces deux éléments les amènent à se sentir incompétentes dans la prise en charge sécuritaire des personnes soignées potentiellement instables diminuant leur confiance en elles. (DeGrande et al., 2018). Dans ces milieux, les décisions doivent être prises rapidement, le modèle d'évaluation est axé sur les symptômes afin de déterminer la gravité potentielle de ceux-ci, plutôt que sur des surveillances en lien avec un diagnostic connu. De plus, les IND doivent être alertes à tout changement subtil d'état chez les personnes soignées. De plus, elles doivent être en mesure de démontrer le potentiel de dangerosité de ces changements à leurs collègues, rendant le niveau de stress élevé persistant, ce qui augmente considérablement l'expression du choc de transition (Duchscher et Painter, 2021). Pourtant, les IND mentionnent que les soins critiques, dont les urgences, sont des milieux stimulants qui apportent un défi au niveau des connaissances, mais également des opportunités d'apprentissage si elles sont bien encadrées (Saghafi et al., 2023).

Comme les urgences sont des milieux à très haut niveau de stress, les personnes professionnelles y exerçant sont plus vulnérables à l'épuisement professionnel et à la fatigue de compassion (Flarity et al., 2013). De plus, ces milieux de soins sont plus à risque d'être en déficit de personnel en raison de l'épuisement professionnel et des suppressions de postes dans les soins critiques des dernières années (Emergency Nurse Association, 2017). La sécurité psychologique des IND est donc souvent compromise et elles peuvent sentir qu'elles manquent de soutien. Ce phénomène peut impacter négativement la qualité des soins offerts aux personnes soignées (Van Den Heede et al., 2013). Ces facteurs impactent le taux de rétention des infirmières dans les soins critiques et participent à l'attrition de celles-ci. Les prochaines données englobent les soins critiques de façon générale et ne concernent pas uniquement les urgences. Aux États-Unis, en 2022, le taux de rétention dans les soins critiques était de 80 % (Nursing Solution Inc, 2023). Au Québec et au Canada, aucune donnée statistique sur l'attrition ou la rétention n'est disponible en lien avec les soins critiques et la rotation du personnel. Bien qu'un taux de rétention de 80 % semble adéquat une attrition de 20 % occasionne des coûts supplémentaires aux

organisations puisque le coût de recrutement, d'embauche et de formation d'une nouvelle infirmière en soins critiques est d'environ 82 000 $ au Canada (ENA, 2017).

La socialisation professionnelle, définie par le développement de relations avec les collègues et les pairs dans le milieu de soin, fait partie des composantes prioritaires pour favoriser l'intégration optimale des IND (Bae, 2023; Innes et Calleja, 2018; Stewart, 2021). Les IND intègrent les valeurs et croyances reliées à l'identité professionnelle et elles agissent alors selon les attentes de la profession en s'identifiant à un modèle de rôle (Hunter et Cook, 2018; Stacey et Hardy, 2011). De plus, le processus d'appropriation de leur nouveau rôle est influencé par la qualité de la socialisation (Newton et McKenna, 2007). Une socialisation positive peut donc faciliter la transition et le développement professionnel des novices dans les milieux de soins critiques comme les urgences. Les facteurs participant à une expérience de socialisation positive sont le soutien spécifiquement par les pairs et le développement de relations saines avec les infirmières expérimentées du milieu (Degrade et al., 2018; Duchscher et Painter, 2021; Hawkins et al., 2018; Rush et al., 2019; Stewart, 2021). Les personnes préceptrices participent à la socialisation en fournissant des conseils en lien avec l'approche du personnel et en augmentant la confiance des IND ainsi que leur compétence en communication interprofessionnelles. Par contre, l'ajout d'autres ressources telles que des personnes mentores, lors de la période d'intégration influence positivement la socialisation des IND et l'adaptation à leur rôle professionnel (Innes et Calleja, 2018). Un accompagnement plus structuré et encadré après la période de préceptorat, que ce soit par les personnes ayant agi comme préceptrices, par les pairs ou par des collègues n'exerçant pas dans le même milieu doit donc faire partie des programmes d'intégration (Bae, 2023; DeGrande et al., 2018). Dans leur revue intégrative, Rush et al. (2019) soulignent que le soutien prodigué par les pairs favorise la socialisation et la camaraderie, ce qui aide les IND à faire face au stress et aux émotions négatives qu'elles peuvent rencontrer.

D'un autre côté, des expériences de socialisation négatives peuvent entraîner des insatisfactions et un manque de confiance envers les compétences des IND (Duchscher et Painter, 2021). Les urgences font partie des milieux de soins où l'on rencontre le plus d'intimidation et d'attitudes négatives envers les IND (Vessey et al., 2009). Ce phénomène

peut être expliqué par le fait que l'expertise technique est plus valorisée que les relations interpersonnelles et que l'environnement de soins est plus stressant et intense. Les infirmières expérimentées sont souvent plus irritables et moins tolérantes envers les IND (Ganz et al., 2015; Vessey et al., 2009). Certains dangers existent avec le fait d'intégrer des IND dans des milieux où les infirmières expérimentées ne sont pas impliquées et n'ont pas une attitude positive envers les IND. Il y a un fort impact sur la socialisation et sur l'acceptation dans la profession (Duchscher et Painter, 2021).

Des programmes d'intégration sont en place dans les milieux de soins pour favoriser une transition positive dans la profession, diminuer le choc de transition et rendre l'expérience de socialisation positive (Duchscher et Windey, 2018). La majorité des programmes d'intégration débutent par le jumelage de l'IND avec une personne préceptrice (Innes et Calleja, 2018; Rush et al., 2019). Celle-ci est une personne-ressource désignée et significative qui agit comme modèle de rôle avec l'IND, participe au développement des compétences et aide à la transition du rôle (Glynn et Silva, 2013; Innes et Calleja, 2018). La personne préceptrice a un rôle dans la supervision clinique, elle participe à l'intégration initiale des IND et à l'acquisition du savoir-faire (CIUSSSE-CHUS,2022; Rush et al., 2013). Dans la relation de préceptorat, l'IND n'est pas calculée dans l'équipe de soin, elle est surnuméraire. La durée de la période de préceptorat dépend des milieux cliniques et de l'expérience clinique de l'IND (Innes et Calleja, 2018; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2024; Rush et al., 2013).

D'autres programmes incluent une période de mentorat formel à durée variable par la suite. Le mentorat formel est un programme bien défini comprenant une date de début et de fin, des objectifs et des attentes clairs et prédéterminés ainsi qu'un jumelage volontaire et planifié (Andersen et Watkins, 2018). La principale différence avec le préceptorat est que l'IND n'est plus surnuméraire, elle fait partie de l'équipe de soins et a des patients à sa charge (Innes et Calleja, 2018; Rush et al., 2013). Les personnes mentores jouent également un rôle dans la socialisation des IND et dans le développement de leur identité professionnelle et donc, au développement du savoir-être. Celles-ci peuvent être externes au milieu ou faire partie de celui-ci selon les programmes (Innes et Calleja, 2018; Rush et al., 2013). Dans une revue systématique qualitative explorant l'expérience des IND

en soins critiques, les auteurs concluent que trois facteurs facilitent la transition pour les IND, soit une orientation théorique, l'ajout d'un mentorat formel et constant après la période de préceptorat et le soutien par les pairs dans le milieu (Elias et Day, 2020). Les programmes d'intégration plus complets incluant donc un préceptorat, un mentorat formel par une conseillère en soins externe au milieu et un soutien encadré par les pairs sous forme de mentorat par les pairs favorisent l'intégration des IND ainsi que leur transition dans leur nouveau rôle. Elles se sentent mieux préparées à faire face au défi des soins critiques. Ces programmes permettent un meilleur accompagnement et amènent une plus grande confiance chez les IND et un certain confort dans leur rôle d'infirmières d'urgence (Glynn et Silva, 2013). Le soutien tout au long de l'intégration fait en sorte que la transition dans la profession est facilitée et la compétence professionnelle se développe plus facilement. Au contraire, l'absence de soutien (formel ou non) après la période de préceptorat cause un grand sentiment d'anxiété aux IND (Van Den Heede et al., 2013).

Dans plusieurs milieux, le soutien par les pairs qui sera offert aux IND est plutôt de type informel après la période de préceptorat et n'est pas nécessairement du mentorat (Henderson et al., 2015). Lorsqu'un programme formel est offert, les personnes mentores ne sont habituellement ni des collègues ni des pairs des IND, mais ils sont externes au milieu de soins. Peu de programmes d'intégration incluent du mentorat formel par les pairs (Innes et Calleja, 2018; Rush et al., 2019). Un mentorat par les pairs assurerait un processus de socialisation positive. Cela favoriserait la création d'une nouvelle culture de soutien dans les milieux comme les urgences pendant la transition des IND (Innes et Calleja, 2018). Selon Henderson et al. (2015), un mentorat par les pairs créant un fort réseau social est vital pour les IND. Il est nécessaire qu'il soit mené dans un contexte sécuritaire et que certaines balises soient mises en place (Henderson et al., 2015). Le mentorat formel par les pairs assure le développement professionnel et renforce l'unicité de l'équipe (Hörberg et al., 2019). Il se distingue du mentorat fait par une personne externe au milieu, car il est fait par une personne ayant vécu les mêmes expériences et le même cheminement (Lombardo et al., 2017).

Dans l'étude de Duchscher et Painter (2021) qui se penche précisément sur l'intégration des IND à l'urgence, celles-ci mentionnent qu'elles craignent de poser des

questions, qu'elles ne sont pas à l'aise de partager leurs inquiétudes et leurs peurs. Le fait de s'ouvrir exposerait leur incompétence à leurs collègues et c'est ce qui les empêche de le faire. L'absence de soutien clinique offert aux IND après la période de préceptorat participe à entretenir cette crainte et est un facteur significatif dans leur défi d'intégration dans les urgences. L'ajout d'un mentorat formel pendant et après la période de préceptorat aide la personne novice à se sentir plus confortable à poser des questions, à obtenir du soutien clinique et à structurer ce soutien dans les moments où elle en a besoin. Le mentorat peut se faire en groupe ou en rencontre individuelle (Innes et Calleja, 2018). L'expérience de transition est plus positive si les IND reçoivent un soutien personnalisé de type mentorat après la période de préceptorat (Innes et Calleja, 2018; Rush et al., 2019).

Lors de leur arrivée dans les milieux de soins, les IND vivent un choc de transition. Ce choc a été illustré par un modèle qui met en lumière les différentes étapes de la transition du rôle professionnel (Duchscher, 2009). Le modèle des stades de transition permet de situer ces étapes sur une ligne du temps permettant de comprendre l'évolution de la transition chez les IND (Duchscher, 2008). Ce modèle permet de comprendre que le choc de transition persiste pendant les 12 premiers mois suivant l'intégration des IND. Le soutien doit donc être présent pendant ces 12 mois pour permettre un développement professionnel optimal chez les IND (Duchscher et Windey, 2018).

Le modèle des stades de transition est peu connu des infirmières expérimentées travaillant dans les urgences et leurs interventions auprès des IND ne le prennent pas en considération (Duchscher et Painter, 2021). Les infirmières expérimentées qui exercent dans ces milieux ont souvent des attentes élevées et incohérentes avec les stades de transition envers les IND, ce qui crée de la frustration et peut participer à une expérience de socialisation négative (Saghafi et al., 2023). Une approche basée sur cette théorie permet aux infirmières expérimentées de moduler leurs attentes en lien avec les stades de transition et ainsi d'éviter des blâmes inutiles lorsque les IND n'ont pas les réflexions ou la conduite escomptées (Laskowski-Jones et Castner, 2022). Celles-ci ont un réel impact sur la socialisation des IND et qu'elles ont un rôle à jouer dans l'intégration de la relève dans les urgences (Stewart, 2021). Le soutien qu'elles apportent doit être cohérent avec les stades de transition des novices et ne pas aller à l'encontre de leurs besoins (Duchscher, 2008).

Un manque de compréhension des stades et du choc de transition peut avoir un impact négatif sur celles-ci au niveau des compétences cliniques (Duchscher, 2009; Duchscher et Painter, 2021). Un mentorat approprié et lié au stade de transition augmente la satisfaction des IND et renforce le professionnalisme.

Actuellement, malgré l'importance du soutien par les pairs, celui-ci a peu été étudié et les stratégies utilisées sont manquantes (Rush et al., 2018). De plus, lorsque des programmes formels de mentorat sont offerts, les personnes mentores ont des heures de disponibilités restreintes et ne concordant pas toujours avec l'horaire de travail de l'IND qui se retrouve alors laissée à elle-même (Elias et Day, 2020). Un soutien devrait être offert en tout temps aux IND, et ce, peu importe l'heure du jour (Duchscher et Windey, 2018; Elias et Day, 2020; Innes et Calleja, 2018). De plus, les infirmières qui côtoient les IND et qui ont un rôle de soutien pour celles-ci devraient recevoir eux aussi de la formation et de l'encadrement (Innes et Calleja, 2018).

Les programmes d'intégration doivent inclure des stratégies favorisant un véritable partenariat entre les IND et les infirmières expérimentées du milieu de soins qui agissent actuellement comme personnes mentores informelles. Les IND doivent se sentir soutenues par les infirmières expérimentées et ne pas avoir peur de les consulter et de collaborer avec celles-ci lorsqu'elles se questionnent sur des situations complexes et veulent valider leur jugement clinique (Duchscher et Windey, 2018). Ces stratégies permettent de favoriser la rétention et la satisfaction des IND (Innes et Calleja, 2018; Santé Canada, 2024).

À la suite de l'analyse de la problématique, il a été possible d'émettre des pistes de solutions. La valorisation du soutien par les pairs dans les urgences permettrait de favoriser la socialisation des IND dans ces milieux et ainsi d'augmenter leur satisfaction au travail et donc leur rétention (Bea, 2023; Innes et Calleja, 2018; Henderson, 2015). L'implantation d'un processus formel, soit l'ajout du mentorat par les pairs dans les programmes d'intégration pour les IND est la solution proposée. Le programme de mentorat par les pairs devra inclure une formation en lien avec le choc et les stades de transition et inclure différents éléments qui permettraient de bonifier le soutien offert aux IND dans les urgences (Duchscher et Painter, 2021; Laskowski-Jones et Castner, 2022). Cela permettrait

de fournir une expertise en tout temps dans les milieux et de s’assurer de la standardisation des méthodes utilisées (Innes et Calleja, 2018).

CADRE THÉORIQUE

Cette section de l'essai sera consacrée à la présentation du cadre théorique. C'est celui-ci qui a permis de guider l'élaboration du projet. Premièrement, le choix du cadre sera expliqué. Il sera par la suite décrit en détail. Cette section se terminera par l'explication de la cohérence entre le cadre théorique et le projet de cet essai.

Sélection du cadre

La première année d'une IND est particulièrement éprouvante pour celle-ci, surtout dans les milieux d'urgence. La théorie des stades de transition et le modèle du choc de transition, qui ont été élaborés par la Dre Duchscher, permettent d'approfondir en détail l'expérience de transition des IND. Le modèle du choc de transition permet de comprendre ce que vivent les IND lorsqu'elles sont confrontées à la divergence entre le milieu académique et le milieu professionnel et dans quelles sphères se produisent les impacts (Duchscher, 2009). Les stades de transition de leur côté permettent de comprendre les stades par lesquels les IND passent pendant la première année de leur développement professionnel. La compréhension de ceux-ci permet aux infirmières qui soutiennent les IND d'adapter le soutien selon ces stades et de moduler leurs attentes envers elles (Duchscher et Painter, 2021). Trois stades sont présentés dans cette théorie, soit le stade du *doing*, celui du *being* et celui du *knowing* (Duchscher, 2008).

Le choix s'est arrêté sur cette théorie, car elle est spécifique à la discipline infirmière et est concrète. Celle-ci est applicable dans les milieux de soins et a permis de dégager des recommandations et d'élaborer des guides cliniques basés sur celle-ci (Duchscher, 2009). Elle fait donc partie des théories propres aux situations (McEwen et Wills, 2019). De plus, comme elle a été développée par une infirmière canadienne, elle représente bien le développement réel de celles-ci dans le contexte du pays. Finalement, comme elle est relativement récente, soit dans les années 2000, elle reflète la réalité des IND d'aujourd'hui et de leurs besoins actuels (Duchscher, 2008).

Description du modèle théorique

Le passage du milieu académique à celui professionnel confronte l'IND à l'appropriation de leur nouveau rôle, à de nouvelles responsabilités et à une nouvelle réalité (Duchscher, 2008). La théorie des stades de transition met en relation les différents stades que les IND traversent dans la première année de leur intégration. Ceux-ci sont entrecoupés d'un choc de transition et d'une crise de transition qui permettront aux IND de se développer (Duchscher, 2008). Le modèle du choc de transition est un processus non linéaire par lequel les IND transitent lorsqu'elles sont confrontées à la discordance entre le milieu académique et professionnel (Duchscher, 2009).

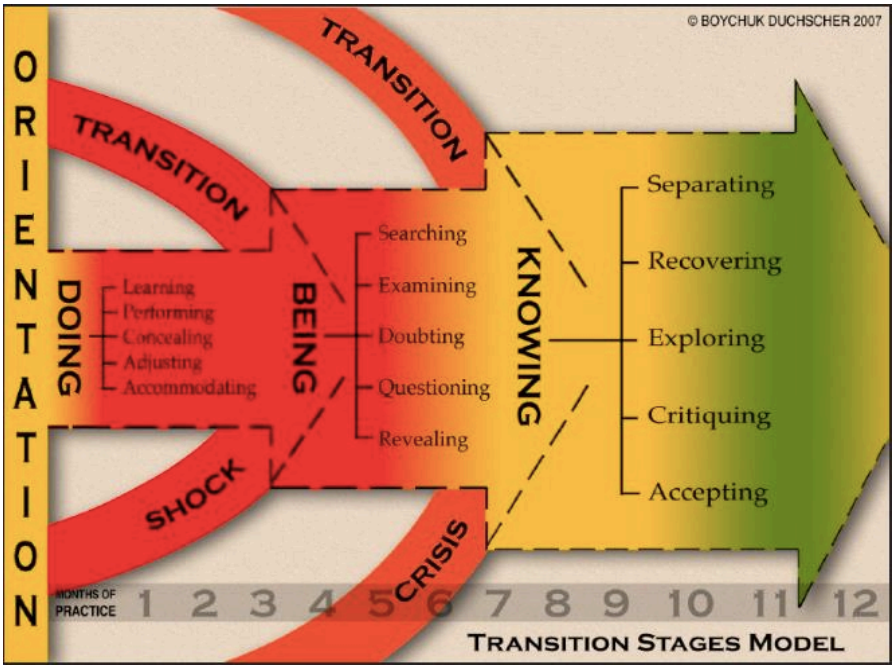
Le but visé par Duchscher en développant sa théorie était d'améliorer l'intégration des IND en respectant leurs besoins, de comprendre l'expérience de transition de celles-ci et de favoriser leur développement optimal. De façon plus concrète, l'utilisation de cette théorie lors de l'élaboration de programme d'intégration permet que ceux-ci soient mieux adaptés aux besoins réels des IND. De plus, elle permet d'encadrer les programmes et d'appuyer certains éléments de la structure de ceux-ci (Duchscher, 2008).

Postulats de la théorie. La théorie de Duchscher intègre deux postulats qui n'ont pas été testés dans le développement de la théorie, mais qui exercent une influence sur celle-ci et qui facilite l'utilisation de celle-ci. Le premier postulat est que toutes les IND ne transitent pas au travers des stades de transition de la même manière. Le second est que leur développement est propre à chacune d'elle et la transition dans et au travers des stades dépend de leur histoire personnelle et expérientielle ainsi que du contexte situationnel (Duchscher, 2008). Ces deux éléments dictent leurs propres attentes envers la profession, le rôle qu'elles souhaitent acquérir, les valeurs professionnelles et l'éthique de travail qu'elles développeront. La théorie des stades de transition démontre comment les IND traversent le processus de transition, mais l'intensité de celui-ci ainsi que du choc de transition dépend de certaines caractéristiques propres aux IND et du contexte de pratique (Duchscher, 2008).

Concepts de la théorie. La théorie contient cinq concepts, soit les trois stades de transition (*doing*, *being* et *knowing*), le choc de transition et la crise de transition. Ces

différents concepts sont illustrés à la Figure 1 et seront approfondis dans les prochaines sections. L'ensemble des stades se déroule sur une durée approximative de 12 mois. Bien que les IND ne se développent pas toutes au même rythme, elles passeront toutes par les trois stades (Duchscher, 2008). Le passage au travers de ces stades permettra aux IND de s'approprier leur nouveau rôle et responsabilités, de développer leur autonomie et leur jugement clinique et de consolider leurs connaissances et leurs compétences.

Figure 1.
Modèle des stades de transition (Reproduit avec la permission de l'auteure, voir Annexe 10)



Stade du *doing*. Le premier stade selon la théorie de Duchscher est celui du *doing* et se situe environ dans les quatre premiers mois de pratique. Ce stade s'amorce par la transition du milieu académique structuré et prévisible vers le milieu professionnel (Duchscher et Windey, 2018). Il correspond à un mélange d'excitation et d'anticipation. C'est à ce moment que les IND doivent apprendre à composer avec leur nouveau rôle, s'ajuster à une pratique clinique différente et s'intégrer dans un milieu inconnu. Leur anxiété augmente tout au long de la découverte des différents aspects de la pratique

professionnelle avec lesquels elles ne sont pas familières. Les IND s'ajustent et s'adaptent constamment tout au long de ce stade et il y a continuellement un nouveau cycle d'apprentissage (Duchscher, 2008).

Pendant cette période, les IND se concentrent principalement sur les nouvelles tâches à accomplir et à bien les accomplir, leur apprentissage est fonctionnel. Leur confiance est en dent de scie et leur savoir expérientiel est quasi inexistant en fonction de leurs expériences personnelles et professionnelles antérieures comparativement aux infirmières expérimentées. Leur jugement clinique est donc limité et les situations complexes sont difficiles à décortiquer. Leur capacité d'anticipation est faible, car elles ne sont pas en mesure de construire un schème mental en lien avec les différentes situations cliniques. Les schèmes mentaux se construisent avec les connaissances théoriques, mais aussi avec l'expérience clinique et l'exposition aux différentes prises en charge clinique. En effet, les IND revêtent un nouveau rôle professionnel et elles sont confrontées pour la première fois à certaines situations cliniques. Leur niveau de stress tend à être plus élevé et accompagné d'une crainte de mal faire les choses. Elles peuvent craindre d'exposer leur incompétence aux autres professionnels. Elles veulent être acceptées par l'équipe de soins et amorcent leur socialisation, ce qui ajoute un stress supplémentaire. Le soutien revêt donc une importance capitale tout au long de ce stade, pour guider les IND au travers de leurs décisions cliniques et dans l'acquisition d'une routine (Duchscher, 2008; Duchscher et Windey, 2018).

Ce stade mène à un choc de transition, qui a été illustré sous forme de modèle par Duchscher (Duchscher, 2009). Celui-ci se produit environ deux mois après la période d'intégration et il correspond au passage du rôle connu, familier et confortable de personne étudiante vers le nouveau rôle d'une infirmière professionnelle (Duchscher, 2009). Les IND doivent alors intégrer un nouveau rôle, de nouvelles responsabilités et compétences cliniques, acquérir de nouvelles connaissances, gérer les attentes des autres envers elle-même et s'approprier un nouvel environnement physique. La discordance entre le milieu académique et professionnel et les besoins constants de s'ajuster, jumelés à l'anxiété grandissante amène les IND vers un état de chaos interne, de désorientation et de confusion d'intensité variable (Duchscher et Windey, 2018). Celles-ci peuvent ressentir qu'elles

perdent le contrôle d'elles-mêmes et certaines d'entre elles peuvent même remettre en question leur choix professionnel.

Le choc de transition peut avoir des impacts aux niveaux émotionnel, physique, socioculturel et développemental et intellectuel. Sur le plan émotionnel, certaines IND se sentiront terrifiées et vivront des émotions négatives. Elles peuvent se sentir submergées, parfois même incompétentes, et peuvent aussi avoir peur de ne pas être à la hauteur et avoir la fausse impression de créer du tort aux patients (Duchscher et Windey, 2018). Au niveau de l'aspect physique, il est possible qu'elles vivent un épuisement, un isolement dû au déferlement émotif qu'elles vivent, ce qui peut créer des problèmes de santé physique (Duchscher et Windey, 2018). Sur le plan intellectuel, elles peuvent avoir l'impression que leurs connaissances ne concordent pas avec la pratique et qu'elles sont limitées. Finalement, du point de vue socioculturel et développemental, elles essaient de faire leur place dans le milieu, de se forger un nouveau réseau social, certaines d'entre elles ont une certaine gêne à interagir avec les autres professionnels et à poser des questions (Duchscher et Windey, 2018).

En résumé, lors de ce stade, les IND doivent acquérir de nouvelles connaissances, tout en s'intégrant dans un nouveau milieu et en s'appropriant leur nouveau rôle. Leur capacité d'adaptation et l'anxiété générée par cette mer de nouveauté mènent à un choc d'intensité variable, selon l'expérience des IND et le soutien reçu tout au long de cette phase (Duchscher, 2009). L'impact de ce choc se produit au niveau émotionnel, physique, intellectuel, socioculturel et développemental.

Stade du *being*. À la suite du choc de transition, les IND naviguent au travers du deuxième stade, du *being*. Il se déroule du 4-5ème mois après intégration au 7-8ème mois, au moment où se produit la crise de transition. Ce stade se caractérise par un avancement relativement rapide de la pensée critique, du niveau de connaissances et des compétences cliniques. La majorité des IND acquièrent un certain niveau de confort dans leurs rôles et responsabilités. Elles sont aussi en mesure de mieux développer leur jugement clinique, mais ont encore besoin de clarification et de confirmation de leurs réflexions. Elles oscillent entre la stabilité et le besoin de défis et de se dépasser. La stabilité est encore

nécessaire pour mieux se développer et consolider leurs nouveaux acquis. Elles ont besoin de familiarité et de constance afin de se sentir compétentes dans leur nouveau rôle. Il est aussi essentiel qu'elles puissent récupérer de la fatigue émotionnelle et physique générée par le choc de transition, dépendamment de l'intensité avec laquelle elles l'ont vécu.

Ce stade s'ouvre sur la crise de transition, qui est similaire au choc, mais d'intensité et de durée moins élevées (Duchscher et Windey, 2018). Comme les IND sont moins concentrées sur la tâche, elles sont en mesure de comprendre pour quelles raisons elles doivent intervenir et avoir une meilleure vision d'ensemble du patient. Elles peuvent être confrontées aux incohérences du système en lien avec leur pratique et les soins aux patients. Il est possible qu'elles vivent une frustration et une certaine désillusion face à leur rôle et à leur impact dans l'organisation des soins comme infirmières (Laskowski-Jones et Castner, 2022). Certaines d'entre elles peuvent se remettre à nouveau en doute face à la profession, ce qui déclenche une nouvelle remise en question. Celle-ci permet à l'IND de faire une introspection et de se questionner sur ses réelles aspirations. L'issue de cette crise favorise le développement professionnel et amène les IND à affronter de nouveaux défis (Duchscher, 2009).

Stade du *knowing.* Le dernier stade par lequel les IND vont transiter est celui lié au concept du *knowing*. Ce stade apparaît vers le 9ème mois après la période d'intégration et se termine environ au 12ème mois. C'est pendant cette phase que se concrétise le développement professionnel des IND. Celles-ci sont maintenant en mesure de répondre rapidement aux questions, d'organiser leur temps, d'aider les autres et de renforcer les liens interprofessionnels. Leur jugement clinique est bien développé, elles sont donc en mesure de prioriser certaines interventions et d'avoir une meilleure gestion des cas complexes (Duchscher, 2008). Elles ont un grand besoin d'équilibre entre la vie professionnelle et personnelle, ce qui peut créer un certain stress, voire des frustrations envers les conditions de travail ou certaines lacunes de la profession (Duchscher et Windey, 2018). Leur sens critique se développe et elles sont maintenant en mesure de porter un regard critique général sur la profession. C'est finalement, au terme de cette phase, que la plupart des IND se considèrent comme des infirmières et qu'elles sont prêtes à évoluer dans la profession (Duchscher et Windey, 2018; Laskowski-Jones et Castner, 2022).

Liens entre le modèle théorique et le sujet d'essai

Les trois stades définis dans le modèle de Duchscher font partie intégrante du développement des IND tout au long de leur première année. La compréhension de ceux-ci par les infirmières permet de bien accompagner les IND lors de leur intégration dans un milieu et d'assurer un soutien optimal et adapté au stade dans lequel elles se situent. De plus, le fait de bien comprendre les modèles des stades et du choc de transition permettra aux personnes mentores de moduler leurs attentes face aux IND et à leurs capacités (Laskowski-Jones et Castner, 2022). Il sera donc possible pour les personnes mentores d'établir des objectifs réalistes et atteignables pour les IND tout en diminuant le risque de blâme. La compréhension du modèle du choc de transition permettra également aux personnes mentores d'anticiper certaines réactions liées au stress et ainsi de mieux accompagner les IND à travers cette anxiété (Laskowski-Jones et Castner, 2022). Comme le niveau de stress est encore plus grand dans les urgences, l'utilisation et la compréhension des modèles du choc et des stades de transition rendront l'accompagnement encore plus adapté et permettront aux IND de développer tout leur potentiel. L'utilisation de ce modèle influencera donc l'intervention qui sera faite lors du stage et permettra de mettre certaines balises à celle-ci, comme la durée du programme et certains éléments de la structure de celui-ci.

RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Une recherche documentaire a été menée afin de retrouver dans la littérature les programmes de mentorat par les pairs soutenant les IND. Cette recension avait comme objectif plus spécifique d'identifier les éléments nécessaires à l'élaboration et à la structuration d'un tel programme. La recherche a été guidée par cette question : comment la structure des programmes de mentorat par les pairs pour les IND facilitent-ils la transition et favorisent-ils la socialisation dans les milieux de soins critiques ?

Recherche documentaire sur les éléments nécessaires à l'élaboration d'un programme de mentorat par les pairs

Afin de répondre à la question de recherche, une recherche documentaire a été menée. Un PICO (Population, Intervention, Comparaison, *Outcomes*) a été élaboré pour identifier les mots-clés nécessaires à la recherche documentaire. Le PICO permet de faciliter les stratégies de recherche, réduit le bruit et augmente la précision des résultats de la recherche. Il est particulièrement utile lorsque l'on se questionne sur une intervention (Schiavenato et Chu, 2021). L'utilisation des mots clés déterminés à l'aide de l'acronyme PICO permet de lancer la recherche dans les banques de données. Le PICO utilisé se retrouve dans le Tableau 1.

Tableau 1

Outil PICO, choix des mots clés et opérateurs booléens

Outils PICO	**Mots clés et Opérateurs booléens**	
P (Population)	Infirmières nouvellement diplômées	Nurs* N2 (stud* OR begin* OR new* OR novic*)
I (Intervention)	Mentorat par les pairs	Peer* N2 (mentor* OR support* OR coach*)
C (Comparaison)	N/A	N/A
O (*Outcome*)	Socialisation Transition	Social* OR Transition*

La recherche a été menée dans plusieurs banques de données afin de maximiser les résultats et d'avoir le plus grand nombre d'articles possible. L'interrogation de celles se rapportant à l'éducation a permis d'agrandir le domaine de recherche et d'inclure des articles pertinents qui n'auraient pas été retrouvés sans leur inclusion. *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Littérature* (CINAHL), *MedLine, Education Ressource Information Center* (ERIC), *Education Source*, APA PsychInfo et *Academic Search complete,* sont les banques de données qui ont été interrogées. Le vocabulaire contrôlé n'a pas été utilisé, car l'interrogation de plusieurs banques de données a été préférée à une recherche plus ciblée. Les mots clés devaient nécessairement se retrouver dans le titre ou dans le résumé de l'article.

Dans le but de limiter le nombre d'articles générés par la recherche et de s'assurer que les références étaient toujours pertinentes, une limite de date (2014-2024) a été utilisée via les outils d'automatisation. Cette recherche a permis de trouver 381 articles parmi les six banques de données préalablement présentées. À la suite du retrait des doublons, 173 références ont été conservées. À la suite de l'analyse des titres et des résumés, tous les articles qui s'avéraient non pertinents ont été retirés. De plus, sept articles n'ont pas été retrouvés en texte intégral. Un total de 33 articles a été sélectionné pour une lecture approfondie.

Ces articles ont été lus en intégralité et analysés. Ils ont été critiqués à l'aide de différentes grilles selon le type d'étude. Les différentes grilles utilisées selon les articles sont présentées à l'Annexe 1. Tous ceux qui mentionnaient un type de mentorat ne correspondant pas à celui analysé, soit par les pairs, du mentorat spécifiquement et exclusivement en lien avec les habiletés cliniques seulement soit les actes techniques, du soutien par les pairs n'impliquant pas de personnes mentores ou ne permettant pas de répondre à la question de recherche ont été exclus. Le total des articles sélectionnés dans les banques de données est donc de 14 articles.

Une recherche dans la littérature grise soit sur le site de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et de la *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO) a été faite, mais sans succès.

Une recherche via google scholar et via les citations d'articles a aussi été menée et a permis de retrouver 11 articles supplémentaires. En excluant deux articles pour les mêmes raisons citées précédemment, neuf articles supplémentaires ont été sélectionnés. Au total, 23 articles ont été conservés et analysés pour la revue de la littérature. Le résumé de la recherche documentaire est présenté sous forme de PRISMA et est illustré à la Figure 2.

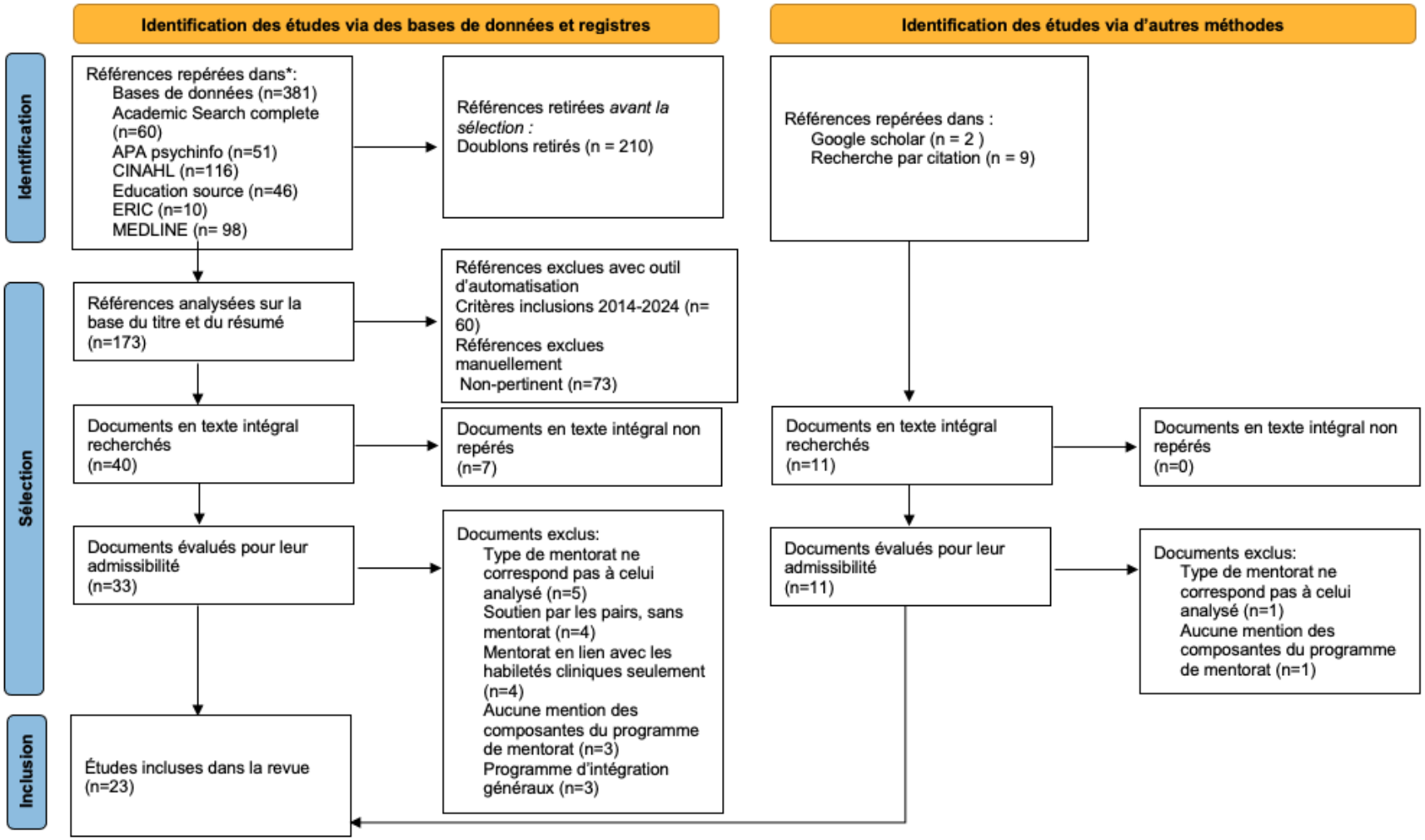
Recension critique des écrits

À la suite de la lecture et l'analyse des articles, trois thèmes principaux sont ressortis de la littérature. Le tableau synthèse des articles retenus est disponible à l'Annexe 2. Ce sont les trois thèmes suivants qui vont permettre le développement de la relation entre les personnes mentores et les IND. Chacun des thèmes est relié au précédent et favorise l'apparition et le développement du prochain. Les thèmes sont : 1) la structure du programme, 2) le soutien clinique et organisationnel, tant auprès des personnes mentores que des IND et 3) l'évaluation du programme. Avant d'aborder ces thèmes, il est nécessaire de définir ce qu'est une relation de mentorat par les pairs. Afin que celle-ci soit bénéfique, elle doit être enrichissante et basée sur la confiance et le respect (Lombardo et al., 2017; Mills et Mullins, 2008). Une certaine connexion doit s'établir entre les personnes mentores et les IND, ce qui donne lieu au développement d'un milieu d'apprentissage sécuritaire exempt de pression de performance et de crainte d'être évalué (Jacobs, 2017). C'est lorsque ce type de relation se développe que les IND et les personnes mentores évoluent ensemble et que le programme de mentorat apporte des bénéfices (Zhang et al., 2016).

Structure d'un programme de mentorat

Le premier thème est celui de la structure d'un programme de mentorat. Le mentorat par les pairs se crée souvent de façon informelle plutôt que de façon formelle dans les milieux de soins (Rush et al., 2013). Pour que le mentorat soit bénéfique et qu'il soit encadré afin de répondre aux besoins des IND, celui-ci doit être formalisé sous un programme. Il doit donc avoir une structure définie et contenir certains éléments essentiels (Verret et Lin, 2016).

Figure 2.
Diagramme PRISMA



De plus, l'élaboration de la structure d'un programme doit être basée sur des données probantes (Lombardo et al., 2017). De ce premier thème, cinq sous-thèmes ont émergé à la suite de l'analyse. Il sera question de la formation des personnes mentores, de l'explication du programme aux IND, de critères de sélection et du jumelage des personnes mentores et des IND et du contrat de mentorat.

Formation des personnes mentores

L'importance de la formation des personnes mentores est l'élément le plus fréquemment nommé dans la structure du programme. Dix études rapportent des aspects liés à la formation des personnes mentores dans le programme de mentorat. Le Tableau 2 synthétise les principaux éléments qui devraient se retrouver dans la formation des personnes mentores pour répondre aux besoins de formation. Selon la majorité des auteurs, elle est une composante critique des programmes de mentorat (Andersen et Watkins, 2018; Joubert et Villiers, 2015; Kramer et al., 2018; Mills et Mullins, 2008; Mlaba et Emmamally, 2019). La formation permet non seulement aux personnes mentores de se sentir compétentes, mais aussi en confiance dans leur rôle. Elle leur permet aussi d'apprendre et de développer des stratégies de communication et de rétroaction, de connaître de nouveaux styles d'apprentissage, des stratégies de gestion du stress et du temps et de résolution de conflits (Andersen et Watkins, 2018; Kramer et al., 2018; Mills et Mullins, 2008). Former les personnes mentores augmente la confiance des IND envers celles-ci, car elles considèrent que leurs personnes mentores ont les connaissances requises et les stratégies adéquates pour assurer un soutien optimal et bien les guider dans cette relation (Mlaba et Emmamally, 2019). De plus, l'ajout d'une formation pour les personnes mentores permet d'assurer une certaine standardisation des ressources éducationnelles (Joubert et Villiers, 2015; Mills et Mullins, 2008). Les composantes devant se retrouver dans la formation varient selon les auteurs et se divisent en trois catégories : les outils pédagogiques, le développement général de l'IND et la clarification des rôles.

Tableau 2

Tableau synthèse des éléments contenus dans la formation des personnes mentores

Catégorie	Élément	Anderson et Watkins (2018)	Joubert et de Villiers (2015)	Kramer et al. (2018)	Latham et al. (2015)	Mills et Mullins (2008)	Rohatinsky et al. (2017)	Schroyer et al. (2020)	Seshabela et al. (2020)	Verret et Lin (2016)	Zhang et al. (2016)
Outils pédagogiques	Résolution de conflits	■				■		■	■		■
	Communication	■						■	■		■
	Rétroaction			■		■		■			
	Réduction du stress/anxiété			■				■			■
	Collaboration	■									
	Habiletés cliniques						■				■
Développement général de l'IND	Choc et stade de transition										■
	Diversité générationnelle et culturelle	■				■		■			■
Clarification des rôles	Ressources disponibles			■						■	
	Explication du programme	■		■	■		■	■		■	
	Rôle et responsabilité du mentor		■	■	■		■			■	■
	Pensée systémique	■									■

Outils pédagogiques

La formation doit comprendre certains outils pédagogiques afin d'accompagner les personnes mentores dans leur rôle. Les différentes techniques de rétroaction sont des outils souvent mentionnés dans la littérature (Kramer et al., 2018; Mills et Mullins, 2008; Schroyer et al., 2020). Il est aussi important que les personnes mentores connaissent certaines techniques de résolution de conflits (Andersen et Watkins, 2018; Mills et Mullins, 2008; Schroyer et al., 2020; Zhang et al., 2016). Le fait de fournir certaines techniques de communication peut aussi aider les personnes mentores à mieux soutenir les IND (Andersen et Watkins, 2018; Schroyer et al., 2020; Zhang et al., 2016). Le fait d'intégrer certaines habiletés cliniques, soit des actes techniques ou méthodes de soins (Rohatinsky et al., 2017; Zhang et al., 2016) dans la formation se retrouvent aussi dans la littérature, mais moins fréquemment, de même que certaines notions de collaboration (Andersen & Watkins, 2018) et de techniques de réduction du stress et de l'anxiété (Kramer et al., 2018; Schroyer et al., 2020; Zhang et al., 2016).

Développement général de l'IND

Comme mentionné dans la problématique, afin de bien accompagner l'IND, les personnes mentores doivent connaître les différents stades de transition ainsi que le choc de transition lui-même (Duchscher et Painter, 2021; Laskowski-Jones et Castner, 2022). La formation des personnes mentores devrait inclure ces deux théories afin que celles-ci puissent adapter leur approche et moduler leurs attentes (Zhang et al., 2016). De plus, le fait d'intégrer certaines notions de diversité culturelle et générationnelle dans la formation permet d'ouvrir l'esprit des personnes mentores et de les exposer aux différences qui nécessitent un ajustement de leur approche (Andersen et Watkins, 2018; Mills et Mullins, 2008; Schroyer et al., 2020; Zhang et al., 2016).

Clarification du rôle et explication du programme

La formation devrait inclure une explication des rôles des personnes mentores (Joubert et Villiers, 2015; Kramer et al., 2018; Latham et al., 2016; Rohatinsky et al., 2017; Verret et Lin, 2016; Zhang et al., 2016). Les rôles principaux sont le soutien et la guidance; les personnes mentores doivent guider l'enseignement, conseiller les IND, favoriser la

pensée critique et le jugement clinique et participer à la socialisation des IND dans le milieu (Jacobs, 2017). La clarification des rôles est très importante et permet l'implication et l'engagement des deux parties dans la relation de mentorat (Andersen et Watkins, 2018; Cust et al., 2022; Jacobs, 2017; Latham et al., 2016; Lombardo et al., 2017; Mills et Mullins, 2008; Rivenes Lafontan et al., 2023; Seshabela et al., 2020). Une incompréhension du rôle de la part des personnes mentores peut les amener à devenir surprotectrices avec l'IND, à prendre des responsabilités qui ne leur reviennent pas ou à déborder de leur rôle de soutien et à agir plutôt comme des personnes préceptrices que des personnes mentores (Rivenes Lafontan et al., 2023). Si les personnes mentores deviennent surprotectrices, les IND peuvent commencer à se sentir dépendantes et constamment scrutées par celles-ci. La relation peut devenir toxique entre les deux. Il y a alors un désengagement de l'un ou de l'autre et même parfois des deux parties (Verret et Lin, 2016). Le fait de l'intégrer dans la formation permet une standardisation entre les différentes personnes mentores et uniformise les attentes (Cust et al., 2022; Latham et al., 2016; Seshabela et al., 2020). Il est nécessaire de clarifier les rôles avant même le début de la relation de mentorat, mais il est aussi important de corriger les incompréhensions en lien avec ces rôles et responsabilités. Les limites seront plus faciles à instaurer par la suite, élément qui sera abordé dans un prochain paragraphe.

De plus, il est important d'expliquer le programme, ses composantes et les bénéfices de celui-ci aux personnes mentores (Andersen et Watkins, 2018; Verret et Lin, 2016). Ce segment peut être inclus dans la formation initiale des personnes mentores. Le fait d'expliquer le programme de bien assimiler les rôles qu'elles auront à remplir. On doit aussi retrouver les ressources de soutien disponibles dans la formation (Kramer et al., 2018; Verret et Lin, 2016).

Il n'y a pas de consensus dans la littérature sur la durée ou le format de la formation. Toutefois la durée de celle-ci doit permettre que tous les éléments soient abordés (Zhang et al., 2016). Dans l'étude de Kramer et al. (2018), la satisfaction des personnes mentores envers la structure du programme a été évaluée lors d'entrevues informelles à la fin du programme de mentorat. La principale recommandation de l'auteur est de développer une évaluation complète du programme et des retombées pour la suite. La formation initiale a

été particulièrement satisfaisante pour les personnes mentores spécifiquement le contenu en lien avec les approches pédagogiques. De plus, le format court de la formation (entre 1,5 et 2 h) a aussi été apprécié de la part des personnes mentores, de même que les rétroactions fréquentes des formatrices. Cette formation leur a permis de développer certaines compétences avant d'assurer leur rôle de personnes mentores et de réviser certaines notions théoriques. La formation assure l'efficacité et l'excellence du mentorat et du programme (Zhang et al., 2016).

Explication du programme et des bénéfices aux IND

Le second sous-thème lié à la structure du programme est l'importance d'expliquer le programme, ses composantes et les bénéfices de celui-ci aux IND (Lombardo et al., 2017), lors d'une rencontre préparatoire. La description du programme et du soutien que les personnes mentores apporteront aura un impact positif sur les IND (Lombardo et al., 2017). Cette façon de procéder favorise l'engagement des IND dans le programme et le développement d'une relation de mentorat plus enrichissante. Elles participent donc volontairement au programme et jouent un rôle actif dans la relation avec leurs personnes mentores (Andersen et Watkins, 2018). De plus, lors de cette rencontre, les rôles des personnes mentores doivent être clarifiés pour les IND et expliqués à celles-ci. Les IND ne peuvent deviner par elles-mêmes quels sont ces rôles et il est nécessaire de les énoncer clairement (Andersen et Watkins, 2018). L'absence de clarification des rôles rend les attentes des IND irréalistes et celles-ci peuvent alors vivre des déceptions, des frustrations et se désengager de la relation de mentorat (Seshabela et al., 2020).

Sélection des personnes mentores

La sélection rigoureuse des personnes mentores basée sur des critères établis est un aspect crucial au succès du programme (Zhang et al., 2016). Il est préférable pour les IND que des critères de sélection soient mis en place afin de s'assurer de l'intérêt que les personnes mentores portent au développement d'une relation enrichissante et ainsi débuter la relation sur des bases gagnantes (Joubert et Villiers, 2015). La majorité des programmes de mentorat par les pairs ne dressent pas la liste officielle des principaux critères de sélection. Certains d'entre eux reviennent systématiquement dans la littérature lorsque cet élément est décrit. Il sera question de volontariat, d'absence de hiérarchie, de bienveillance,

des habiletés de communication et d'expérience de travail. Le fait d'établir des critères de sélection permet que les IND soient en confiance avec leurs personnes mentores et les encourage à s'investir pleinement (Ferguson, 2011).

Volontariat

Selon plusieurs auteurs, les personnes mentores doivent être volontaires pour favoriser leur implication dans la relation (Andersen et Watkins, 2018; Cust et al., 2022; Devey Burry et al., 2020; Ferguson, 2011; Joubert et De Villiers, 2015; Rohatinsky et al., 2017; Sibiya et al., 2018). Le terme volontariat se caractérise par la motivation et l'intérêt de soutenir les IND tout au long de la relation de mentorat avant même que celle-ci débute (Cust et al., 2022). Ces deux caractéristiques spécifiques permettent le développement d'une relation positive, dans laquelle la confiance est réciproque et les personnes mentores et les IND en retirent des bénéfices. Les personnes mentores sont alors plus engagées dans le soutien des IND (Rohatinsky et al., 2017). Cet engagement diminue le risque que les personnes mentores aient une attitude négative envers les IND (Devey Burry et al., 2020; Joubert et De Villiers, 2015). Lorsqu'elles ont une attitude négative, la relation de confiance est plus difficile à établir, le lien est moins solide, ce qui peut amener les IND à se désengager de cette relation (Joubert et Villiers, 2015). Une attitude négative et un manque de soutien des personnes mentores peuvent aussi créer un stress supplémentaire chez les IND (Ferguson, 2011).

Absence de hiérarchie

Pour que la confiance se développe entre les IND et les personnes mentores, la relation entre les deux doit être basée sur la confiance. Les IND ne doivent pas craindre de poser leurs questions, elles ne doivent pas se sentir jugées par les personnes mentores et l'environnement relationnel doit être sécuritaire. Les IND se sentent alors moins intimidées et sont plus propices à s'ouvrir à l'autre. Pour y arriver, le jeu de pouvoir doit être minimisé le plus possible, la relation doit être d'égal à égal et les décisions doivent se prendre de façon démocratique (Jacobs, 2017). L'une des stratégies pour éviter l'établissement d'une hiérarchie entre les deux parties est d'éviter de confier une fonction d'évaluation aux personnes mentores. Dans plusieurs organisations, les assistantes au supérieur immédiat (ASI) sont responsables de l'évaluation des IND : elles ne sont donc pas les candidates

idéales au rôle de personnes mentores. Si elles n'ont pas de rôle évaluatif, le canal de communication et la relation restent ouverts sans que les IND craignent les conséquences. Comme les IND doivent être évaluées pendant leur période d'essai dans la pratique, il est nécessaire de confier cette évaluation à une personne externe à la relation afin de conserver la confiance dans la relation et le partage de pouvoir. L'idéal est que celle-ci ne soit pas celle qui agit à titre de soutien pour les personnes mentores. Cependant, dans le contexte actuel des milieux de soins, il est possible que la personne assume les deux rôles. Le cas échéant, une attention particulière doit être prise afin d'éviter une violation de confidentialité entre les personnes mentores et les IND et ainsi briser la relation de confiance (Andersen et Watkins, 2018).

Attitude bienveillante

Il est nécessaire que les personnes mentores aient une attitude bienveillante (Ferguson, 2011; Jacobs, 2017; Joubert et De Villiers, 2015; Lombardo et al., 2017; Seshabela et al., 2020; Sibiya et al., 2018). Les IND ont besoin de se sentir accueillies, comprises et de sentir que leur mentor ne les juge pas (Joubert et De Villiers, 2015). Le fait de reconnaître et d'accepter le manque d'expérience des IND permet aux personnes mentores de moduler leurs attentes et d'être bienveillantes envers celles-ci. Il est donc nécessaire que celles-ci aient cette capacité lors de leur sélection (Sibiya et al., 2018). Les IND seront en mesure de développer leur confiance et de se sentir plus à l'aise dans leur rôle (Ferguson, 2011).

Habiletés de communication

Les personnes mentores doivent aussi posséder de bonnes habiletés de communication avant même de débuter le programme de mentorat (Joubert et De Villiers, 2015; Seshabela et al., 2020; Zhang et al., 2016). Elles doivent posséder la capacité de transmettre l'information et de bien la vulgariser (Joubert et De Villiers, 2015). Le fait que les habiletés de communication des personnes mentores ne soient pas optimales a été nommé comme une entrave au développement d'une relation de mentorat enrichissante (Andersen et Watkins, 2018). L'écoute active permet aussi que les IND se sentent comprises, ce qui rend la relation de mentorat réellement efficace (Seshabela et al., 2020).

Expérience de travail

Le dernier critère que doivent posséder les personnes mentores est en lien avec l'expérience de travail. Celles-ci doivent avoir une certaine expérience dans le milieu de soins dans lequel elles agissent à titre de personnes mentores (Ferguson, 2011; Joubert et De Villiers, 2015; Latham et al., 2016; Sibiya et al., 2018; Zhang et al., 2016). Le nombre d'années d'expérience qu'elles doivent posséder n'est pas nommé précisément dans la littérature, mais l'expérience dans le milieu doit être suffisante pour bien connaître le milieu lui-même, la clientèle, les protocoles et les autres professionnels y exerçant. Des personnes mentores expérimentées sont donc en mesure de transmettre plus d'informations aux IND en lien avec ces éléments et d'y intégrer les normes et les connaissances spécifiques du milieu (Ferguson, 2011; Sibiya et al., 2018). Si les personnes mentores sont expérimentées et connaissent bien le milieu de soins, les IND auront tendance à avoir une plus grande confiance en celles-ci et ainsi développer une relation de mentorat plus enrichissante (Latham et al., 2016; Zhang et al., 2016).

Jumelage des personnes mentores avec les IND

Le quatrième élément qui doit faire partie de la structure du programme est le jumelage des personnes mentores avec les IND. (Andersen et Watkins, 2018; Cust et al., 2022; Devey Burry et al., 2020; Ferguson, 2011; Latham et al., 2016; Lombardo et al., 2017; Majors et al., 2022; Mills et Mullins, 2008; Rohatinsky et al., 2017; Zhang et al., 2016). Il sera question des critères possibles de jumelage ainsi que des méthodes de jumelage qui sont deux éléments distincts, mais tout aussi importants.

Méthode de jumelage

Tout d'abord, il est important de déterminer la méthode de jumelage au tout début de l'élaboration du programme de mentorat par les pairs (Zhang et al., 2016). Plusieurs méthodes sont possibles et dans la littérature, elles diffèrent selon les programmes.

Une étude de Devey Burry et al. (2020) s'est intéressé exclusivement aux méthodes de jumelage des personnes mentores avec les IND, afin de déterminer la plus bénéfique. Plusieurs méthodes ont été analysées : le jumelage aléatoire, le fait de jumeler une IND avec plusieurs personnes mentores et le jumelage intentionnel par le gestionnaire. Toutes les méthodes de jumelage ont leurs avantages ainsi que leurs limites. La conclusion des

auteurs est que la méthode la plus efficace parmi toutes celles qui ont été analysées est le jumelage intentionnel, fait par un gestionnaire qui connaît bien ses personnes mentores et qui peut les jumeler selon leurs compétences et objectifs de mentorat avec les besoins et objectifs des IND. Les résultats des auteurs sont qualitatifs et ciblent un petit échantillonnage (n=31) dans un milieu n'étant pas une urgence ni des soins critiques. Même si les données sont transférables, il est possible que selon certaines contraintes des urgences, ce ne soit pas la meilleure méthode de jumelage pour ce milieu.

Une autre méthode de jumelage qui a été utilisée dans un programme est celle où les IND choisissent elles-mêmes leurs personnes mentores via une banque. Elles les sélectionnent selon leur description, leurs compétences et leurs objectifs et attentes. Cette méthode augmente la confiance des IND envers les personnes mentores et ainsi leur engagement dans la relation. Les IND se sentent alors plus confortables dans la relation. Ce type de jumelage nécessite d'avoir plusieurs infirmières pouvant agir comme personnes mentores et des stratégies doivent être mises en place afin d'éviter que toutes les IND choisissent les mêmes personnes mentores, ce qui peut engendrer des frustrations (Latham et al., 2016).

Lors de l'élaboration du programme de mentorat, il est important de se pencher sur cette question et de déterminer quelle méthode de jumelage correspond le mieux aux besoins et aux contraintes du contexte. Il faut considérer toutes les options et les analyser afin de choisir celle qui correspond le mieux au milieu dans lequel le programme sera implanté (Andersen et Watkins, 2018; Devey Burry et al., 2020).

Critères de jumelage

Lorsque le jumelage est intentionnel, il est nécessaire d'établir des critères qui guideront le responsable de celui-ci. Ces critères permettront d'assurer un jumelage qui répond bien aux besoins des IND, ce qui facilitera l'établissement d'un lien de confiance avec leurs personnes mentores (Andersen et Watkins, 2018; Cust et al., 2022; Lombardo et al., 2017).

Il est possible de jumeler les IND et les personnes mentores en se basant sur les besoins des IND et les compétences spécifiques des personnes mentores. Le fait que le jumelage prend en considération ces deux éléments permet d'assurer une certaine cohérence entre ceux-ci (Andersen et Watkins, 2018). La connexion est facilitée entre les personnes mentores et les IND, ce qui améliore la relation entre les deux. Moins de mises à jour régulières sont nécessaires et le lien de confiance est plus fort (Devey Burry et al., 2020; Lombardo et al., 2017). Cela favorise l'adoption d'un rôle actif et d'un engagement sincère dans la relation tant du côté des personnes mentores que des IND (Lombardo et al., 2017).

L'ajout des données démographiques dans l'équation permet aux IND ayant certaines caractéristiques particulières (membre de la communauté LGBTQ+, minorité visible, statut socioéconomique, etc.) d'être jumelés avec des personnes mentores ayant les mêmes caractéristiques. Ce jumelage permet aux IND de se sentir comprises et permet que l'approche des personnes mentores soit mieux adaptée à celles-ci, car elles peuvent avoir vécu les mêmes enjeux et difficultés (Cust et al., 2022; Majors et al., 2022). Il est donc nécessaire que les personnes mentores et les IND établissent des objectifs avant que le jumelage entre les deux parties ne soit fait.

Outre l'alignement des besoins des IND avec les compétences des personnes mentores et les données démographiques, l'horaire de travail et l'unité sont également à considérer dans le jumelage des deux parties. Le fait que les personnes mentores et les IND travaillent sur la même unité et sur le même quart de travail facilite les interactions et favorise le développement d'une relation optimale entre les deux (Zhang et al., 2016).

Contrat de mentorat

Les éléments principaux permettant le développement optimal de la relation de mentorat doivent être négociés avant même de l'initier. Ils doivent être officialisés via une entente afin d'éviter un désengagement et des frustrations de part et d'autre (Rohatinsky et al., 2017). Cette entente peut être officialisée sous forme de contrat de mentorat (Seshabela et al., 2020). Les éléments qui doivent être à l'intérieur du contrat de mentorat sont la confidentialité, la planification de rencontres, l'établissement d'objectifs ainsi que les limites et les attentes.

Confidentialité

Le premier élément qui doit être abordé et encadré par un contrat de mentorat formel est la confidentialité. Celle-ci est primordiale à l'établissement d'un lien de confiance, ce qui permet le développement d'une relation enrichissante entre les deux. Elle doit donc être discutée au début de la relation et approuvée par les deux parties (Seshabela et al., 2020).

Planification de rencontres

Le contrat doit aussi inclure la planification de rencontres à intervalles réguliers ainsi que les modalités de celles-ci (Jacobs, 2017; Kramer et al., 2018; Rohatinsky et al., 2017; Zhang et al., 2016). Il n'y a pas de lignes directrices quant à la fréquence, la durée ou la modalité des rencontres de mentorat (Rohatinsky et al., 2017). Planifier au tout début de la période de mentorat des rencontres à intervalle régulier favorise l'engagement constant des personnes mentores et des IND et renforce ainsi la relation entre les deux parties. Le fait de réserver un moment précis permet de faire des rétroactions supplémentaires et les IND obtiennent du soutien plus formel (Zhang et al., 2016). Les personnes mentores doivent trouver des stratégies afin que la charge de travail n'interfère pas avec ce temps et que les IND puissent bénéficier d'une rétroaction constructive si elles en ressentent le besoin. La rétroaction constructive permet de valider certaines décisions cliniques, certains aspects du jugement clinique et de discuter de certains enjeux clinique ou éthique. La planification de rencontres régulières est l'une de ces stratégies. (Jacobs, 2017). Verret et al. (2018) propose une fréquence de deux fois durant le premier mois et ensuite une fois par mois jusqu'à la fin du programme. Cette fréquence a permis aux IND de recevoir de la rétroaction plus fréquemment au début. Lorsque le besoin de soutien et de rétroaction constructive a diminué, l'espacement des séances a permis aux IND d'avoir une plus grande autonomie. Pour ce qui est des modalités, celles-ci peuvent se dérouler à distance, en présentiel, dans un endroit formel ou non.

Pour que la rencontre soit bénéfique pour les IND, il doit avoir une préparation préalable à cette rencontre. Pour ce faire, l'élaboration d'un plan de rencontre avant chacune d'entre elles peut être faite. De plus, une description claire de la préparation à celle-ci et des lectures préalables s'il y a des enseignements lors de celle-ci est nécessaire.

Finalement, les IND doivent être en mesure de discuter de leurs accomplissements et de leurs points à améliorer. La méthode pour amener ces éléments peut se faire sous forme de journaux de bord ou réflexifs ou de simples notes, mais la modalité choisie doit elle aussi faire l'objet d'une entente formelle. Cette entente officialise l'engagement des IND et démontre son professionnalisme (Kramer et al., 2018).

Établissement d'objectifs

Un autre élément qui doit se retrouver dans le contrat de mentorat initial et qui doit être mis à jour fréquemment est l'établissement des objectifs de chacun. Ceux-ci doivent être établis avant d'amorcer la relation de mentorat et ils assurent une cohérence entre les besoins de l'IND et ce que les personnes mentores désirent offrir (Joubert et Villiers, 2015). De plus, le fait d'arrimer les objectifs et de les adapter permet aux personnes mentores et aux IND de construire leur relation selon des points communs. La relation progressera donc à mesure que le besoin de soutien des IND diminuera (Andersen et Watkins, 2018).

Limites et attentes

Pour éviter les frustrations, des limites doivent être mises en place et les attentes des deux côtés doivent être exprimées en tout début de relation (Andersen et Watkins, 2018; Cust et al., 2022; Devey Burry et al., 2020; Majors et al., 2022; Mlaba et Emmamally, 2019; Rivenes Lafontan et al., 2023; Seshabela et al., 2020). La relation professionnelle entre les IND et les personnes mentores doit être basée sur des règles et des limites claires. Elles sont essentielles pour prévenir la surcharge des personnes mentores et instaurer le respect entre les deux. Il est important que les personnes mentores établissent une liste de limites que les IND ne doivent pas dépasser, que ce soit en lien avec des sujets de discussion, le rôle professionnel, le temps de mentorat ou les disponibilités de celles-ci. Il n'y aura pas de fausses attentes du côté des IND, diminuant les frustrations et le risque de conflit. Lorsque les limites sont établies rapidement au début de la relation, il y a une distinction claire entre la vie personnelle et professionnelle (Rivenes Lafontan et al., 2023).

Il est important de considérer les attentes et les besoins tant des personnes mentores que des IND. Le fait de valider les besoins et les attentes des IND démontre que les personnes mentores se préoccupent réellement de celles-ci. Elles démontrent qu'elles

comprennent que les IND n'ont pas toutes les mêmes besoins et qu'elles sont uniques, elles se sentent donc prises en considération. Cela permet aussi d'adapter le soutien afin qu'il soit optimal pour les IND (Majors et al., 2022). Les attentes des personnes mentores doivent être nommées pour que les IND soient en mesure de répondre à celles-ci et éviter des frustrations chez la mentore. Une incohérence entre les agissements des IND et les attentes des personnes mentores pourrait mener à un désengagement de celles-ci et une perte de connexion avec les IND (Mlaba et Emmamally, 2019). Les attentes peuvent comprendre les enseignements recherchés, les stratégies d'enseignement, le type de communication et la façon d'intervenir de la mentore. Elles permettent que les interventions et le soutien soient pertinents et que les deux parties soient satisfaites. La relation de mentorat devient alors enrichissante et les enseignements et interventions concordent avec les besoins de chacun (Seshabela et al., 2020).

Ces cinq composantes, soit la formation des personnes mentores, l'explication du programme et des bénéfices aux IND, la sélection et le jumelage des personnes mentores avec les IND et le contrat de mentorat doivent faire partie intégrante de la structure d'un programme de mentorat spécifiquement par les pairs. C'est lorsqu'il est encadré par une structure que le mentorat par les pairs devient formel.

Soutien organisationnel

L'implication de l'organisation dans le programme est un point important. Les organisations doivent assurer le soutien nécessaire aux personnes mentores afin de solidifier leur engagement et la rétention de celles-ci dans le programme. Il est important de fournir les ressources adéquates pour mieux appuyer les pairs qui agissent comme personnes mentores (Lombardo et al., 2017). Un soutien optimal des personnes mentores leur permet de s'impliquer activement dans la relation de mentorat, d'acquérir de nouvelles habiletés de communication, d'intervenir avec plus de sensibilité et d'être plus proactifs dans la résolution de problèmes (Latham et al., 2016). Il y a plusieurs façons d'assurer un soutien organisationnel, il sera donc question dans les prochains paragraphes de la détermination de personnes-ressources, de disponibilité des outils pédagogiques et de la culture de mentorat.

Personne-ressource

Il faut d'abord s'assurer que les personnes mentores aient accès en tout temps à une personne-ressource s'ils ont des questionnements ou des enjeux particuliers (Andersen et Watkins, 2018; Cust et al., 2022; Latham et al., 2016; Lombardo et al., 2017; Mills et Mullins, 2008; Mlaba et Emmamally, 2019; Sibiya et al., 2018). Déterminer une personne-ressource démontre aux personnes mentores qu'elles bénéficient d'un appui de l'organisation, ce qui augmente la confiance en leurs capacités. Il est nécessaire d'avoir une ou plusieurs personnes qui seront disponibles selon la nature du problème (Mills et Mullins, 2008), qui peut être administratif, pédagogique ou autre.

Au niveau administratif, les personnes mentores doivent pouvoir s'appuyer sur une personne qui pourra les guider. Cette personne peut faire partie des cadres ou des gestionnaires et doit connaître suffisamment le programme pour pouvoir soutenir les personnes mentores lorsque celles-ci se questionnent sur des éléments structuraux ou administratifs comme les horaires, le jumelage ou la libération pour des rencontres (Andersen et Watkins, 2018).

Au niveau pédagogique, il est nécessaire qu'une personne-ressource soit disponible pour les personnes mentores pour répondre à leurs préoccupations en lien avec les approches pédagogiques, les méthodes de communication, la résolution de conflit ou simplement si les personnes mentores veulent valider certaines interventions ou stratégies utilisées (Andersen et Watkins, 2018). Si celles-ci nécessitent du soutien individualisé, il doit y avoir l'implication d'une personne qui pourra les guider de façon continue dans leur rôle.

Il y a d'autres façons d'apporter le soutien nécessaire aux personnes mentores tout au long de leur relation de mentorat. Il est possible de créer et de développer un groupe de soutien dans lequel les personnes mentores se rencontreront entre eux et discuter des enjeux rencontrés et des techniques de mentorat utilisées (Latham et al., 2016). Ce type de groupe permet aux personnes mentores de travailler ensemble et de trouver certaines solutions à des difficultés vécues. Cela leur permet aussi de valider d'autres méthodes d'intervention et d'autres approches qui sont utilisées. Le groupe de soutien leur amène un sentiment

d'appartenance et augmente la confiance en leur propre capacité. Elles sont alors plus investies dans la relation et celle-ci devient plus bénéfique pour les IND (Latham et al., 2016). Il est aussi possible d'intégrer une personne-ressource dans ces rencontres dans le but de renforcer les apprentissages et d'apporter du soutien supplémentaire en répondant aux questions et en réactivant certaines connaissances des personnes mentores. Si des questions émergent spontanément, elles pourront les poser et assurer le suivi avec la personne-ressource lors de la rencontre (Mills et Mullins, 2008).

L'utilisation des médias sociaux peut aussi être utile pour développer un groupe de soutien. Il est possible de créer un groupe via différents médias sociaux et d'y intégrer des capsules éducationnelles, des forums de discussion entre personnes mentores et faire des rappels administratifs aux personnes mentores concernant des évaluations ou des échéanciers. L'utilisation des réseaux sociaux diminue l'obligation des rencontres en présentiel et permet un soutien entre les personnes mentores en tout temps (Verret et Lin, 2016).

L'organisation doit assurer du soutien aux personnes mentores afin qu'elles se sentent préparées et soutenues face aux enjeux qu'elles peuvent rencontrer (Mlaba et Emmamally, 2019). De plus, la liste des personnes-ressources, leurs coordonnés et les moments pour les contacter doivent être disponibles en tout temps et facile d'accès (Cust et al., 2022). Advenant le cas où les personnes mentores ne peuvent partager leurs doutes et discuter de leurs enjeux, il est possible que celles-ci se désengagent de la relation, qu'elles aient des doutes sur leur façon d'intervenir et que le soutien aux IND devienne moins efficace. Cela peut mener à l'attrition des personnes mentores à plus long terme (Latham et al., 2016).

Disponibilité des outils pédagogiques

Un autre élément important qui assure le soutien aux personnes mentores est d'avoir une banque d'outils et de stratégies en lien avec la pédagogie. Ils doivent être rendus disponibles aux personnes mentores. Ceux-ci doivent se retrouver dans une banque de données selon le milieu ou dans une pochette disponible en permanence (Mills et Mullins, 2008). Ces éléments ne sont pas nommés explicitement dans la littérature. Par contre

plusieurs auteurs s'entendent pour dire que ce qui est abordé dans la formation des personnes mentores doit se retrouver dans une banque de ressources et être disponibles en tout temps par la suite pour les personnes mentores (Mills et Mullins, 2008; Verret et Lin, 2016; Zhang et al., 2016).

Le fait d'avoir à disposition ces outils permet aux personnes mentores de se référer au besoin, d'avoir accès aux ressources et d'éviter de déranger systématiquement la personne-ressource lorsqu'elles ont des questionnements en lien avec les approches pédagogiques. Leurs interventions peuvent alors être améliorées, même en l'absence d'une personne-ressource dans le milieu (Kramer et al., 2018).

Culture de mentorat

Un levier important à la participation des personnes mentores dans le programme et à leur implication est le fait que le mentorat fasse partie intégrante du milieu. Lorsque l'organisation valorise et encourage le mentorat et l'intègre dans les valeurs de celle-ci, elle développe une culture de mentorat. Le soutien des personnes mentores est favorisé et l'encadrement de celles-ci est optimal (Andersen et Watkins, 2018; Kramer et al., 2018; Verret et Lin, 2016). Pour développer cette culture dans les milieux, il est nécessaire d'incorporer le mentorat par les pairs dans les programmes d'intégration, et ce, de façon officielle.

Les objectifs stratégiques et les valeurs du milieu doivent intégrer le mentorat et le promouvoir (Andersen et Watkins, 2018; Verret et Lin, 2016). Une implication des gestionnaires permet que le projet devienne une norme à atteindre dans le milieu. Il est donc nécessaire que celles-ci participent activement à l'élaboration du programme et au soutien des personnes mentores (Napierkowski et Migliore, 2022). De plus, le fait d'impliquer et de libérer les infirmières qui agiront comme personnes mentores favorise leur engagement dans le programme par la suite et assure la mise en œuvre du programme. Il est aussi essentiel de libérer et de rémunérer du temps de mentorat pour les infirmières expérimentées du milieu, tant pour la formation des personnes mentores que pour planifier des rencontres entre les personnes mentores et les IND (Andersen et Watkins, 2018; Mills et Mullins, 2008).

Il doit y avoir la formulation de règles de respect et l'absence de tolérance envers l'intimidation dans le milieu. Ces éléments permettront au milieu de développer une culture de mentorat spécifiquement par les pairs (Andersen et Watkins, 2018). Le mentorat doit être reconnu par l'organisation et le rôle des personnes mentores doit être valorisé (Mlaba et Emmamally, 2019)

L'environnement doit en devenir un d'apprentissage et de soutien afin de cultiver la culture du mentorat. Une des façons d'y arriver est d'impliquer aussi les autres professionnels du milieu dans le soutien des nouveaux orientés. Lorsque l'approche devient interdisciplinaire, un milieu sécuritaire d'apprentissage se développe et l'accueil du nouveau personnel est fortement amélioré. Impliquer l'équipe complète du milieu permet de considérer le mentorat comme une normalité et que celui-ci soit utilisé d'emblée comme approche auprès des IND (Sibiya et al., 2018).

Les gestionnaires doivent aussi expliquer le projet aux personnes impliquées ainsi que les bénéfices afin de favoriser leur participation et leur engagement dans celui-ci. Il peut être nécessaire de développer un plan de marketing pour le projet afin que celui-ci soit présenté de façon officielle aux différents acteurs du milieu. Cette façon de faire assure encore une fois l'engagement des personnes mentores et participe au développement de la culture du mentorat dans le milieu (Mills et Mullins, 2008).

L'implication des organisations et le soutien administratif contribuent de façon positive au programme de mentorat par les pairs. Cela assure sa viabilité et augmente la qualité du programme d'intégration dans le milieu. Le soutien organisationnel augmente la rétention des personnes mentores dans le programme et leur satisfaction face à leur nouveau rôle (Verret et Lin, 2016)

Évaluation de programme

Lors de la recension de la littérature, peu d'évaluations de programmes de mentorat ont été faites. Pourtant, la majorité des auteurs recommandent qu'elles soient systématiques et en continu (Mills et Mullins, 2008; Rohatinsky et al., 2017). De ce thème, deux composantes plus spécifiques sont ressorties et doivent être utilisées lors de

l'évaluation de programme soit, l'évaluation de la structure du programme et l'évaluation des retombées du programme.

Évaluation de la structure du programme

L'évaluation du programme est une composante essentielle de la continuité de celui-ci et permet son amélioration. Une évaluation continue de la structure est nécessaire. Celle-ci permettra d'améliorer le programme en cours de route et d'augmenter la satisfaction des participants (Mlaba et Emmamally, 2019; Rohatinsky et al., 2017). Elle peut comprendre les éléments de la formation, les méthodes de jumelage, les critères de sélection et le soutien disponible pour les personnes mentores. Les éléments qui sont dépendants de la dyade, comme les modalités de rencontre de mentorat, peuvent aussi être évalués à la fin pour déterminer si des modifications doivent être faites (Mlaba et Emmamally, 2019; Verret et Lin, 2016). Verret et Lin (2016) ont démontré l'importance de l'évaluation de programme continue, afin de mieux structurer le programme et d'améliorer certains éléments en cours de route, et ce, par l'utilisation de questionnaires mensuels. Il a été déploré par les personnes mentores et les IND de ne pas avoir d'explications du programme et un manque de formation pour les personnes mentores. Il est aussi ressorti de ces évaluations qu'il n'y avait pas de rencontres planifiées entre les personnes mentores et les IND et que cet élément devrait être mieux structuré. Rapidement, une formation a été élaborée et mise en place et les rencontres entre les dyades ont été planifiées de façon régulière. Lors des évaluations subséquentes, ces deux éléments ne sont pas ressortis dans les améliorations souhaitées. Ces améliorations ont permis d'augmenter la satisfaction des participants envers le programme et de répondre à leurs besoins réels. Le principal enjeu des évaluations mensuelles est la perte d'intérêt des personnes mentores et des IND envers la complétion des évaluations. Il est nécessaire de motiver les participants à remplir les questionnaires afin que ceux-ci soient représentatifs des forces et des points à améliorer du programme.

Évaluation des retombées

Deuxièmement, il importe d'évaluer les retombées pour les IND, les personnes mentores et les organisations (Andersen et Watkins, 2018; Bowers, 2022.; Mills et Mullins, 2008; Rohatinsky et al., 2017). L'évaluation des retombées permet de mettre l'accent sur

les perceptions de différents acteurs du programme et d'avoir leur propre point de vue sur l'utilité et les bénéfices du programme.~~I~~

Il est recommandé d'évaluer les retombées amenées par le programme, s'il est bénéfique qu'il perdure et s'il doit être implanté dans d'autres établissements. Il est aussi nécessaire de pousser plus loin l'évaluation advenant le cas où des retombées négatives sont ressorties afin de déterminer les raisons pour lesquelles ces retombées sont négatives et éviter de reproduire les mêmes erreurs (Rohatinsky et al., 2017). L'évaluation des retombées permet aussi de vérifier si l'objectif du programme de mentorat a été atteint en vérifiant les données de rétention et les différences de coût d'attrition (Mills et Mullins, 2008).

Chez les IND, les retombées qui seront évaluées à l'aide d'outils de collecte de données sont la confiance et l'anxiété ressentie dans leur rôle d'infirmière, l'estime de soi, la satisfaction au travail, la socialisation, les habiletés de communication et la transition dans le milieu (Andersen et Watkins, 2018; Bowers, 2022; Mills et Mullins, 2008; Mlaba et Emmamally, 2019; Rohatinsky et al., 2017; Verret et Lin, 2016). Du côté des personnes mentores, les retombées évaluées peuvent être la confiance professionnelle et l'estime de soi, l'engagement dans leur milieu, le développement professionnel, l'évolution de la pensée critique et l'acquisition de nouvelles habiletés (pédagogie, communication, gestion de conflit) (Andersen et Watkins, 2018; Mills et Mullins, 2008; Mlaba et Emmamally, 2019; Rohatinsky et al., 2017). Finalement du côté des organisations, les retombées qui seront évaluées sont la rétention et l'attrition des IND, l'attraction du nouveau personnel et la qualité du milieu de soin (Andersen et Watkins, 2018; Mills et Mullins, 2008; Schroyer et al., 2020)

Plusieurs types d'outils de collecte de données peuvent être utilisés pour évaluer les retombées et obtenir des données qualitatives provenant des personnes mentores et des IND. Il est possible d'utiliser des questionnaires, des rétroactions écrites, des groupes de discussion et même des journaux réflexifs (Cust et al., 2022; Rohatinsky et al., 2017). Certains questionnaires déjà élaborés et validés peuvent être utilisés afin d'obtenir des données quantitatives en lien avec les retombées. Il est important d'utiliser l'outil qui évalue le critère voulu que ce soit la satisfaction au travail des IND, la confiance ou

l'intention de rester (Bowers, 2022). Lors de l'évaluation du projet de mentorat qui a été implanté dans un milieu clinique, Bowers (2022) a utilisé des outils déjà existants qui ont été créés et validé par l'*Academy of medical -Surgical Nurses,* soit le *Confidence-Scale for New Nurses (CSNN),* l'*Intent-to-stay survey* et le *Job satisfaction scale*. Ces questionnaires évaluent spécifiquement la satisfaction au travail, l'intention de rester et la confiance des IND envers ses compétences. Ceux-ci ont été complétés avant l'implantation du programme et à la fin de celui-ci, soit 3 mois après le début du programme. Par la suite, il y a eu extraction de données quantitatives et analyse de celles-ci. L'utilisation de ces questionnaires a permis de démontrer que les IND ayant participé au programme de mentorat ont augmenté de façon statistiquement significative la confiance en leur compétence ($p<0.001$) et la satisfaction au travail ($p=0.012$). Cependant, l'augmentation de l'intention de rester n'était pas statistiquement significative et ne permettait pas d'affirmer que certaines variables externes n'avaient pas influencé le résultat ($p=0.068$).

De son côté l'étude menée par Rogers (2022) a permis de déterminer si le programme était bénéfique ou non. L'auteur a distribué le questionnaire *Casey-Fink Graduate Nurse Experience*. Les participants ont rempli le questionnaire avant la participation au programme et 16 semaines après le début de celui-ci. Ce questionnaire évalue principalement le niveau de performance lors de procédures, la confiance de l'IND envers ses compétences, la satisfaction au travail et les difficultés en lien avec la transition de rôle et l'environnement de travail. Cet outil a été créé en 1999 et a été validé de nombreuses fois depuis pour s'assurer qu'il soit toujours valide malgré l'évolution et les changements rapides des programmes. Sa cohérence interne a d'ailleurs été évaluée en 2021 et a permis de déterminer la fidélité du questionnaire, avec un alpha de Cronbach à 0,86. Les résultats de cette étude ne sont pas statistiquement significatifs au niveau de la satisfaction au travail ($p = 0,203$) et au niveau de la confiance des IND ($p = 0,367$). L'utilisation de cet outil a donc permis de déterminer que le programme de mentorat par les pairs n'avait pas d'impact sur ces éléments (Rogers, 2022).

Pour récolter les données organisationnelles, il est possible d'analyser les données numériques provenant des ressources humaines. Schroyer et al. (2020) ont utilisé ces données afin d'évaluer l'impact du programme de mentorat après six mois, en comparant

les taux de rétention avant et après l'implantation du programme. Les résultats démontrent une rétention plus significative des IND (Mentorée=91 % versus non-mentoré=66 %, p =0,009) à la suite de l'implantation du programme. Cependant, ces résultats peuvent avoir été influencés par un changement de politique à l'intérieur du programme pendant la mise en place du programme. Comme cette étude a été faite dans des milieux de soins critiques, les outils utilisés peuvent l'être lors de l'implantation d'un projet similaire dans ce même type de milieu.

Il est nécessaire de déterminer si la structure du programme permet de répondre aux besoins de l'organisation, des personnes mentores et des IND. Il importe donc d'obtenir le point de vue des gestionnaires, de l'organisation en lien avec la structure du programme (Andersen et Watkins, 2018; Kramer et al., 2018; Rohatinsky et al., 2017; Verret et Lin, 2016). Le contenu des formations, l'accompagnement et le soutien des personnes mentores ainsi que les rencontres planifiées entre les personnes mentores et les IND doivent être évalués pour déterminer s'ils comblent les besoins des personnes mentores (Rohatinsky et al., 2017; Verret et Lin, 2016). Il est aussi pertinent d'utiliser certains outils pour vérifier si la structure du programme a permis de répondre aux besoins des IND (Andersen et Watkins, 2018; Kramer et al., 2018). La satisfaction des personnes mentores et des IND envers le programme permet aussi de déterminer si le programme répond à leurs besoins (Schroyer et al., 2020).

Tiew et al. (2016) ont mené leur étude sur le développement et la validation d'un instrument de mesure qui permet d'évaluer la perception des infirmières face au programme de mentorat par les pairs qui a été implanté et de l'impact de leurs personnes mentores sur certains éléments de leur développement professionnel. L'outil d'évaluation créé par ces auteurs a été nommé le *National University Hospital Mentorship Evaluation (NUH ME).* La conclusion de l'étude est que cet outil a une bonne cohérence interne. Celle-ci a été testée à l'aide de l'alpha de Cronbach (α=0,92) et par la méthode du test-retest (R=0,81). L'outil est fidèle et valide et peut être utilisé pour évaluer la perception des IND face au programme de mentorat.

Un autre type d'évaluation qui permet d'évaluer les retombées est d'évaluer les bénéfices et les défis rencontrés tout au long de l'élaboration et de la mise en place de celui-ci. Il faut impliquer les personnes mentores, les IND, l'organisation et les personnes-ressources assurant le soutien des personnes mentores afin d'avoir une vision d'ensemble des éléments facilitants et des enjeux spécifiques aux composantes du programme (Andersen et Watkins, 2018; Mlaba et Emmamally, 2019).

Un élément qui peut fortement influencer la participation aux questionnaires est le mode de transmission de ces questionnaires. Il est nécessaire d'ajuster celui-ci afin d'optimiser le taux de réponse selon les générations et de favoriser la complétion des questionnaires. Il est important d'expliquer aux participantes les raisons pour lesquelles elles doivent remplir les questionnaires. La sélection de la voie de transmission adéquate (courriel, poste, groupe sur les médias sociaux ou format papier dans le milieu) permet de rejoindre un plus grand nombre de participantes et favorise un plus grand taux de participation (Cust et al., 2022; Rohatinsky et al., 2017). L'évaluation complète de programme à l'aide d'outils valides et fidèles est une composante essentielle lors de l'implantation d'une intervention dans un milieu. À elle seule elle pourrait faire l'objet d'une recension d'écrit unique afin de rechercher dans la littérature toutes les évaluations et les outils possibles.

Les évaluations de la structure du programme et celle des retombées permettent donc d'améliorer le programme, d'assurer sa continuité et de promouvoir l'élaboration et l'implantation de ce programme dans d'autres milieux (Kramer et al., 2018; Mills et Mullins, 2008). Le contenu des différents questionnaires, les composantes qu'ils évaluent et à qui ils s'adressent sont résumés dans le Tableau 3.

Tableau 3

Résumé des différents outils de collecte de données

Éléments généraux à évaluer	**Outils**	**Variables**	**À qui s'adresse-t-il**	**Traduit en français**
Structure du programme	Questionnaire développé par l'organisation spécifique aux critères que l'on veut évaluer	Satisfaction envers le programme général Formation Jumelage Relation Outils pédagogiques Éléments administratifs	IND Personnes mentores	N/A
	National University Hospital Mentorship Evaluation (NUH ME)	Perception des infirmières face au programme de mentorat Impact de leur mentor	IND	Non
Retombées IND	*Casey-Fink Graduate Nurse Experience*	Niveau de confiance envers la performance lors de procédures Confiance envers compétences Satisfaction au travail Transition de rôle et environnement de travail	IND	Non
	National University Hospital Mentorship Evaluation (NUH ME)	Perception des infirmières face au programme de mentorat Impact de leurs personnes mentores	IND	Non
	Social Self-Efficacy Scale	Socialisation	IND	Non
	Provenant de AMSN mentor program			
	Confidence-Scale for New Nurses (CSNN)	Confiance envers ses compétences	IND	Oui
	Intent-to-stay survey.	Intention de rester	IND	Non

	Job satisfaction scale	Satisfaction au travail	IND	Oui
Retombées personnes mentores	Groupe de discussion Journal de bord Questionnaire développé et validé par l'organisation	Confiance professionnelle Engagement dans le milieu Développement professionnel Estime de soi Pensée critique	Personnes mentores	N/A
Retombées organisationnelles	Donnée numérique ressources humaines	Rétention Attraction	IND	N/A
	Intent-to-stay survey	Intention de rester	IND Personnes mentores	Non
	Partie IV du *Casey-Fink Graduate Nurse Experience*	Qualité du milieu	IND	Non

Synthèse critique des écrits recensés

La majorité des écrits recensés se situe à de bas niveaux sur la pyramide des niveaux d'évidence (LoBiondo-Wood et al., 2021). Une grande partie des données sont qualitatives et très peu sont mixtes. Les données obtenues l'ont été jusqu'à saturation des données et la rigueur de la méthode a été respectée pour chacune des études. Les années de publications sont relativement récentes. Comme celles-ci faisaient partie des critères d'inclusion et d'exclusion, seulement deux articles ont une date de publication antérieure à 2013, mais ont été conservés en raison de la qualité et la pertinence des études. Cinq études datent de moins de deux ans.

Quatre études sont quantitatives, incluant une étude descriptive. De ces données quantitatives, seulement trois études quasi expérimentales ont été retrouvées et analysées. Une seule étude a utilisé un groupe contrôle pour recueillir les données. Les groupes n'ont pas été randomisés et les résultats peuvent avoir été influencés par des facteurs externes diminuant donc la validité. Une seule revue systématique a pu être utilisée et analysée, ainsi qu'une revue de portée et une revue de littérature.

La principale limite commune à chacune des études est le type d'échantillonnage. Les échantillons sont petits et l'échantillonnage a majoritairement été fait par convenance, ce qui rend les résultats difficilement généralisables. La majorité des études explorait seulement les perceptions, soit des personnes mentores, soit des IND. De plus, plusieurs études ont été limitées dans le délai de prise de données. Il aurait été préférable de prolonger la durée de l'étude pour obtenir des résultats plus longitudinaux.

Seulement six études impliquent des IND dans leur milieu de pratique. Les autres études ont toutes été menées dans les milieux académiques en sciences infirmières, analysant les relations de mentorat entre des personnes étudiantes de troisième année et de première année. Le mentorat est spécifiquement par les pairs, mais le milieu académique diffère du milieu professionnel et les résultats sont moins transférables.

Des 23 articles qui ont été analysés, trois études ont spécifiquement été faites dans les milieux de soins critiques. De celles-ci, une seule a été menée auprès des IND. Les deux autres études ont été faites auprès des personnes étudiantes en sciences infirmières lors de leur placement clinique, ce qui correspond à l'externat. Le mentorat a été fait soit par les

infirmières expérimentées du milieu ou par des personnes étudiantes de troisième année n'étant pas dans le milieu, ce qui ne correspond pas réellement au mentorat par les pairs.

Six études ont été menées au Canada et sept ont été faites aux États-Unis. Les autres études ont été menées dans des pays occidentaux ou orientaux. Les milieux académiques et professionnels sont très différents de ceux du Canada, ce qui diminue la transférabilité des résultats. Il est tout de même possible de les utiliser, mais certaines interventions devront être adaptées aux milieux de soins canadiens.

Principaux constats

À la suite de la lecture et de l'analyse des articles, quatre constants principaux ont été ressortis et ont guidé l'élaboration du programme de mentorat par les pairs. Ils guideront aussi l'élaboration des objectifs et des activités de stage dans le milieu.

Premièrement, la relation de mentorat enrichissante est la pierre angulaire de la socialisation et de la transition facilitée dans les milieux. L'accent doit donc être mis sur l'établissement d'une relation enrichissante entre les personnes mentores et les IND.

Deuxièmement, il est nécessaire d'avoir une structure prédéterminée dans le programme afin de favoriser l'implication autant des personnes mentores que des IND dans celui-ci. La structure du programme est ce qui rend le mentorat par les pairs formel.

Troisièmement, afin de développer une relation enrichissante entre les deux parties, il doit y avoir une absence de jugement de la part des personnes mentores et une absence de hiérarchie dans la relation. Pour ce faire, il est nécessaire que les personnes mentores n'aient aucun rôle d'évaluation et de cibler une personne extérieure à la relation pour exécuter cette fonction.

Finalement, un levier important à l'implantation du programme et à l'engagement des participants est la présence d'une culture de mentorat par les pairs dans l'organisation. Celle-ci se cultive et s'entretient pour qu'elle se développe et perdure. L'implication des gestionnaires, des infirmières du milieu et du soutien clinique est le facteur favorisant le développement de ce type de culture.

ANALYSE DE LA DÉMARCHE PRATIQUE RÉALISÉE

La prochaine section expliquera le processus de la démarche pratique qui a été réalisée tout au long du stage de maîtrise en pratique avancée. Ce stage d'une durée de 30 jours a comme cible principale d'intervenir dans une perspective de pratique avancée en sciences infirmières en réalisant un projet et des activités visant à résoudre une problématique clinique, de formation ou de gestion clinique et réfléchir à l'actualisation de ce rôle. Les activités de stage présentées ont permis de développer des compétences infirmières en pratique avancée, soit, le leadership, la collaboration, la pratique clinique directe, le coaching et la pratique basée sur les évidences. Plus spécifiquement, lors de ce stage, il a été possible de travailler à améliorer la transition des IND à l'urgence en développant un programme de mentorat par les pairs. Tout d'abord, le milieu de stage sera décrit. Par la suite, les objectifs spécifiques du stage seront nommés et les activités de stage réalisées seront décrites. Finalement, cette démarche clinique sera analysée de façon critique.

Choix et description du milieu de stage

En lien avec la problématique et les informations recensées lors de la revue de littérature, le milieu devait être un milieu de soins critiques, plus spécifiquement une urgence. À des fins géographiques, il était préférable que le milieu fasse partie du Centre intégré universitaire de santé et service sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSSE-CHUS). La vision du CIUSSSE-CHUS pour les prochaines années est de contribuer au mieux-être de la population et de la communauté interne. L'orientation stratégique vise à offrir des milieux de travail qui contribuent au développement et à l'épanouissement des employés (CIUSSSE-CHUS, 2024). La démarche pratique du stage qui est de développer et d'amorcer l'implantation un programme de mentorat par les pairs afin de mieux encadrer et soutenir les IND s'aligne parfaitement avec le nouveau plan stratégique du CIUSSSE-CHUS.

La supervision de stage a été faite par la conseillère cadre clinicienne secteur compétences, soutien et encadrement clinique (CCC-CSEC), avec la collaboration de la CCC du secteur des Urgences du CIUSSSE-CHUS (CCC-Urgence). Ces deux rôles sont distincts

et il est important de les définir pour assurer une bonne compréhension. Les deux secteurs sont une division de la direction des soins infirmiers. La CCC-CSEC assure le développement professionnel des infirmières, le maintien de la qualité des soins et encadre la relève. Le rôle de la CCC-Urgence est spécifique à l'urgence et elle assure le développement professionnel de la pratique en soins infirmiers et l'élaboration de certains protocoles spécifiquement au milieu. Comme les rôles des CCC[1] sont transversaux, les différentes CCC couvrent tous les établissements de leur secteur respectif (CSEC et Urgence). À la suite d'une rencontre conjointe avec ces deux CCC, il a été possible de déterminer une urgence qui correspondait aux objectifs et à la démarche pratique du stage.

Le milieu de stage sélectionné est une urgence d'un centre hospitalier secondaire situé en milieu rural. L'urgence compte cinq civières avec moniteur situées dans une section d'observation, une salle de triage, trois salles à vocation ambulatoire et une salle de stabilisation. Attenant à la salle d'urgence, il y a trois lits de soins intensifs avec moniteur cardiaque. Au niveau du personnel, les mêmes infirmières travaillent tant à l'urgence qu'aux soins intensifs, il y a entre quatre et cinq infirmières sur chacun des quarts de travail, une agente administrative de jour et aucun préposé aux bénéficiaires (PAB). La cheffe de service collabore étroitement avec son personnel, est disponible pour celui-ci et s'implique activement sur le terrain en collaboration avec les ASI. Celles-ci ont comme rôle d'assister la personne ayant la fonction de supérieur immédiat dans leurs fonctions cliniques et administratives. Elles voient au bon déroulement des opérations de leur secteur d'activité en l'absence de cette personne. Ces responsabilités sont définies ainsi : coordonner les soins de l'unité de soins ou du service, gérer le personnel, les soins et l'environnement, créer un environnement sécuritaire, assurer le suivi de la qualité des soins et services, promouvoir la satisfaction des usagers, faire preuve d'exemplarité dans la tenue de son rôle, incarner les responsabilités inhérentes à sa fonction.

En plus des CCC, deux conseillères en soins infirmiers (CSI) ont collaboré à certains éléments du stage. Ces CSI sont toutes deux associées à la CSEC, la première est responsable du volet préceptorat (CSI-Préceptorat). Celle-ci a une fonction d'accompagnement au

[1] Pour simplifier le texte, le terme CCC sera utilisé tout au long de celui-ci et inclura les deux CCC, soit la CCC-CSEC et la CCC-urgence

développement professionnel et agit comme mentore auprès de l'IND lorsque celle-ci nécessite un soutien supplémentaire notamment au niveau du savoir-être. Cet accompagnement débute quatre mois après l'embauche et se poursuit pendant six rencontres ou à la suite d'un changement de poste. Cette fonction est directement en lien avec le programme de préceptorat du CIUSSSE-CHUS. Celui-ci favorise un environnement adapté à l'apprentissage et au développement professionnel en intégrant des activités de soutien cliniques pour les IND. Il facilite l'intégration professionnelle, le développement des compétences et améliore les interventions professionnelles des IND. Dans la terminologie du CIUSSSE-CHUS, le terme « préceptorat » est un modèle de fonction professionnelle où une relation est établie entre une infirmière expérimentée (personne préceptrice) et une infirmière moins expérimentée. Ce modèle vise à encourager le développement des connaissances et le jugement clinique en utilisant des stratégies d'accompagnement et d'apprentissage reconnus dans un temps déterminé (CIUSSSE-CHUS, 2022). Il ne faut pas confondre la signification du terme préceptorat avec celle établie dans la littérature qui a été définie dans la problématique. Celui-ci correspond plutôt à la définition de la personne tutrice qui a été définie par le CIUSSSE-CHUS soit : personne expérimentée qui accompagne une personne novice dans l'apprentissage de ses tâches, l'acquisition du savoir-faire et l'intégration dans un milieu de travail selon un processus de progression prédéterminée. La personne tutrice est la référence de l'IND dans l'organisation durant la période d'orientation. Celles-ci sont jumelées avec les IND au tout début de leur intégration (CIUSSSE-CHUS, 2022). La deuxième est associée au volet soutien clinique secteur urgence (CSI-Urgence). Elle a une fonction de soutien clinique, et ce, tout au long de la carrière de la personne infirmière (CIUSSSE-CHUS, 2022).

La CSI-Préceptorat est physiquement au Centre hospitalier où le stage a été effectué environ une journée par semaine, mais elle couvre les autres établissements du CIUSSSE-CHUS. Le rôle de la CSI-Urgence est transversal et couvre les huit départements d'urgence de l'ensemble des réseaux locaux de services du CIUSSSE-CHUS incluant le CHUS. Sa présence dans le milieu est donc restreinte et celle-ci est nouvelle dans ses fonctions[2].

[2] Le terme CSI qui sera utilisé tout au long du texte inclura donc ces deux CSI, sauf lorsque la distinction est nécessaire.

Une analyse préalable a été faite dans le milieu afin de déterminer les principaux enjeux prioritaires. Une rencontre avec les CCC a permis de déterminer les éléments sur lesquels mettre l'accent tout au long du stage. Un des enjeux prioritaires constatés est que les ASI doivent porter plusieurs chapeaux dans le milieu : en plus de leurs tâches de gestion, elles sont impliquées dans l'intégration de la relève à titre de tutrice, formatrice et responsable du soutien clinique par la suite, et ce, sans jamais être libérées de leurs tâches. Les seules personnes ayant reçu la formation de soutien et d'accompagnement de la relève sont les ASI. Elles sont donc les seules ressources adéquatement formées dans le milieu spécifique pour l'encadrement et ce sont donc elles qui assument entièrement ce rôle. Elles peuvent référer les IND au programme de préceptorat si celles-ci rencontrent des enjeux de progression ou des écarts de compétences. Elles occupent aussi la fonction d'évaluation des compétences des IND conjointement avec la cheffe de service. Ce sont elles qui déterminent si les IND sont adéquates dans le milieu et prêtes à fonctionner de façon autonome à la suite des dix jours d'orientation à la tâche.

Étant donné les enjeux actuels dans le milieu et le faible nombre d'infirmières présentes et disponibles, il a été décidé de mettre en place les conditions favorables au mentorat par les pairs afin d'être en mesure de développer le programme par la suite. Deux points principaux ont donc été visés. Premièrement, il doit y avoir une redistribution des rôles et cibler qui seront les meilleures personnes pour agir à titre de personnes mentores dans le projet. Deuxièmement, il est impératif de combler l'écart de connaissances et d'élaborer une formation rapide qui permettra de clarifier les rôles des personnes mentores et de leur fournir les outils pertinents à l'accompagnement de la relève. Le soutien des infirmières qui agiront à titre de personnes mentores sera aussi un élément à réfléchir et à déterminer pour la suite du projet.

Objectifs de la démarche

Les objectifs de stage avaient été développés à la suite de la recension des écrits et contextualisés avec le milieu de stage. À la suite de l'analyse préalable du milieu de stage et la problématique du milieu ciblé, ces objectifs ont été revus et adaptés. L'accent a donc été mis sur l'évaluation des besoins des différents acteurs qui étaient impliqués dans le projet, la

planification du projet et des éléments principaux qui y sont associés, l'élaboration et la diffusion de la formation des personnes mentores et la mise en place de recommandations pour assurer la pérennité du projet. Les objectifs de stage adaptés sont donc ceux-ci :

1. Analyser les besoins des infirmières expérimentées du milieu et déterminer les ressources accessibles dans le milieu
2. Définir la structure du programme de mentorat par les pairs qui sera implanté dans le milieu
3. Planifier l'implantation du programme dans le milieu

L'atteinte de ces objectifs a nécessité plusieurs activités de stage qui seront séparées en différentes étapes et qui seront décrites dans la prochaine section.

Description des activités réalisées

Objectif 1 : Analyse des besoins et détermination des ressources accessibles

Comme plusieurs activités ont été menées pour atteindre ce premier objectif, soit explorer et analyser les besoins des infirmières expérimentées et déterminer les ressources accessibles dans le milieu, celles-ci ont été séparées afin d'assurer une meilleure compréhension. Les différentes activités effectuées sont l'exploration du programme d'intégration actuel, l'exploration des perceptions générales du personnel infirmier en lien avec le programme d'intégration actuel, l'analyse de la formation actuellement disponible sur l'environnement numérique d'apprentissage (ENA) et des outils disponibles sur l'intranet, l'évaluation des besoins de formation du personnel infirmier qui agiront comme personnes mentores, l'évaluation des besoins de soutien organisationnel de celles-ci, une rencontre avec les CSI et l'exploration d'un programme de mentorat par les pairs développé dans un autre milieu de soins critiques. Par la suite, l'analyse des données collectées a permis de guider le développement des différents éléments en lien avec la structure du programme de mentorat par les pairs.

Exploration du programme d'intégration actuel

Une exploration du programme d'intégration actuel a d'abord été effectuée. Plus spécifiquement, le soutien offert après la période de préceptorat a été exploré et analysé. Des

questions spécifiques en lien avec l'intégration et le processus formel ont été posées aux ASI et à la cheffe de service afin de déterminer les mesures actuellement en place pour soutenir et accompagner la relève dans le milieu. Les principaux éléments ressortis sont que les ASI sont responsables en grande partie de l'intégration des IND et qu'il y a une absence de suivi par la suite. Ce sont les ASI qui jouent le rôle de tutrice auprès des IND et elles agissent aussi comme soutien et référence pour la suite. Elles sont considérées comme les meilleures personnes pour assurer tous ces rôles. L'évaluation des compétences fait partie du rôle des ASI, mais elles ne complètent pas de documents formels. Elles mentionnent seulement à la cheffe de service si les IND sont prêtes à fonctionner de façon autonome ou si elles nécessitent un préceptorat prolongé.

Évaluation de la perception générale du personnel infirmier face au programme d'intégration actuel

Toujours dans le but d'analyser les besoins du personnel infirmier du milieu clinique, quelques entrevues ont été faites afin d'évaluer la perception générale du personnel infirmier en lien avec le soutien et l'accompagnement offert aux IND dans le milieu. Ces discussions ont permis de comprendre certains enjeux en lien avec le continuum d'intégration, le soutien reçu, l'évaluation des compétences et le suivi assuré par la suite. Les principaux éléments qui en sont ressortis sont le manque de soutien tout au long de l'intégration, l'absence de personne-ressource désignée après la période de tutorat et la composante anxiogène de poser des questions directement à l'ASI vu son rôle d'évaluation.

Formation actuellement offerte sur l'ENA et outils disponibles via l'intranet

La formation actuellement offerte sur l'ENA a été analysée afin de déterminer quels éléments essentiels ou pertinents pour le projet s'y retrouvaient. Cette formation est séparée en trois volets : 1) principe, vision et théorie pour découvrir la réalité de nos recrues, 2) découvrir, comprendre et utiliser des stratégies efficaces d'accompagnateur et 3) approfondir et s'approprier les différentes approches d'accompagnement. Celle-ci est axée sur l'encadrement des stagiaires, mais elle fournit des outils pédagogiques qui peuvent convenir tant aux stagiaires qu'aux IND. Le contenu du premier bloc de formation, d'une durée de deux heures, couvre la pensée systémique, les enjeux générationnels, la théorie de Benner, celle des stades et du choc de transition de Duchscher, le rôle d'accompagnement et une

définition de tous les termes utilisés au CIUSSSE-CHUS. Le deuxième bloc, qui dure lui aussi deux heures, aborde plutôt les éléments pédagogiques. On y retrouve les stratégies d'accompagnement, l'utilisation de l'approche réflexive, le coaching clinique et la rétroaction constructive. Le dernier bloc est d'une durée de sept heures et renvoie au site de formation continue de l'Université d'Ottawa (UO). Ce volet couvre toutes les stratégies gagnantes en supervision, mais est très axé sur les stagiaires. On y ajoute, notamment, l'apprentissage aux adultes et les différents rôles et approches possibles d'un éducateur. À la suite de l'exploration du site de formation de l'UO, quelques capsules pertinentes ont été repérées dans l'éventualité où les personnes mentores souhaiteraient recevoir de la formation supplémentaire sur certains sujets. Il est question des stratégies de résolution de conflits, de la construction du lien de confiance et de l'apprentissage de certaines habiletés de communication. Les participants ne sont pas rémunérés à la suite de la complétion de la formation ni du visionnement des capsules, mais celles-ci sont reconnues comme de la formation continue et sont donc accréditées à la suite de la complétion de jeux-questionnaires finaux.

Par la suite, les outils disponibles dans l'intranet du CIUSSSE-CHUS ont été analysés. Parmi ceux-ci, on retrouve des documents explicatifs sur le choc et les stades de transition, les rôles et responsabilités des ASI ainsi que celles des différents acteurs du soutien clinique et des CEPI et des outils de rétroaction.

Finalement, afin de valider la perception de la pertinence de la formation de soutien clinique actuelle et des outils disponibles, des infirmières ont été rencontrées. Ces rencontres ont permis d'obtenir non seulement des réponses supplémentaires aux questionnaires qui seront expliqués dans la prochaine partie, mais aussi des éléments complémentaires comme l'utilisation de l'intranet et l'opinion des infirmières en lien avec une possible formation incluant le format et les modalités de diffusion. Ces rencontres avec les infirmières du milieu ont permis de déterminer que la formation actuelle de l'ENA était trop longue. Qu'elle ne soit pas rémunérée et que la durée soit de 11 heures au total freine les infirmières et celles-ci n'ont pas d'ouverture à la faire en dehors de leurs heures de travail. Cet élément a aussi eu de l'influence sur le contenu de la formation pour les personnes mentores qui sera offerte aux infirmières qui rempliront ce rôle et sur la méthode de diffusion de celle-ci. De plus, lors

de ces rencontres, il a aussi été nommé qu'elles n'utilisent pas l'intranet pour trouver des outils pédagogiques. La localisation de certains éléments est contre-intuitive et il n'y a pas de boîte à outils simple et facile d'utilisation. Cette analyse a donc aussi eu de l'influence sur la création d'une pochette d'outils dont le contenu sera abordé dans la prochaine section.

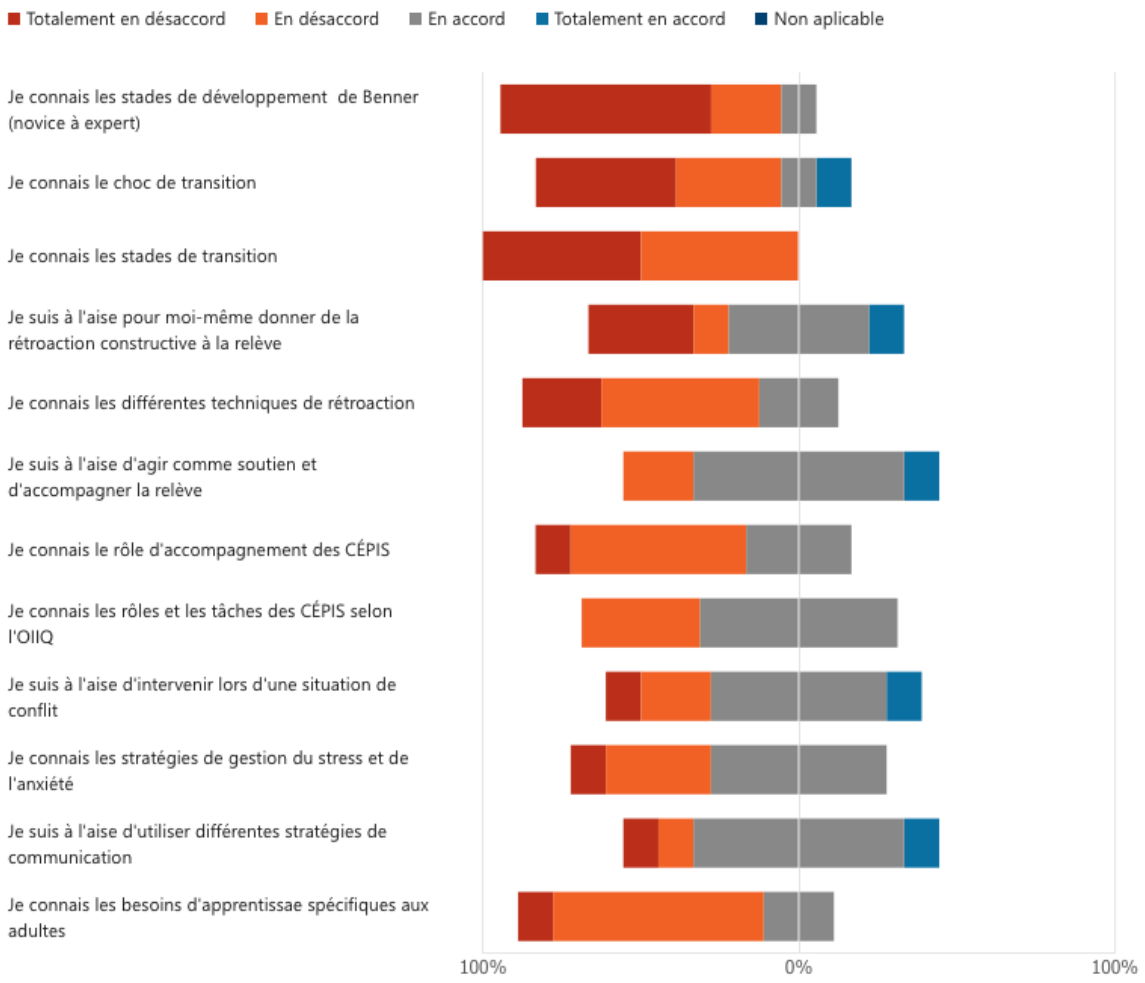
Évaluation des besoins de formation et de soutien des infirmières pouvant agir comme personnes mentores

À la suite de l'analyse de la formation actuelle et des outils disponibles, il était important de procéder à une évaluation des besoins des infirmières ayant un potentiel d'agir à titre de personnes mentores dans le milieu. Pour ce faire, un questionnaire a été élaboré à partir de la recension de la littérature (voir l'Annexe 3). Le questionnaire a été adapté en fonction de l'analyse de la formation de l'ENA et était divisé en trois parties. La première partie permettait de collecter des données en lien avec le niveau d'expertise, soit l'expérience de travail général et en soins critiques et de l'information sur la complétion de la formation d'accompagnement de la relève offerte sur l'ENA. La deuxième partie visait à déterminer les besoins des infirmières en lien avec une potentielle formation de personnes mentores. La troisième partie consistait à déterminer les besoins de soutien face au rôle de personnes mentores. La pertinence et la fréquence de rencontres entre les personnes mentores seules, entre une CSI et les personnes mentores et entre celles-ci et un supérieur hiérarchique (ASI ou cheffe de service) ont été explorées. Ce questionnaire a été développé sur la plate-forme Microsoft Forms et a été diffusé de trois façons différentes pour rejoindre le plus d'infirmières possible et augmenter le taux de participation. Il a été envoyé par courriel aux vingt-cinq infirmières détentrices d'un poste sur l'unité, tout quart de travail confondu, un code QR a été affiché dans la salle des employés avec une lettre de présentation et une introduction au projet et le lien a été déposé sur le groupe Facebook qui regroupe les infirmières travaillant à l'urgence du centre hospitalier partenaire pour le stage. La motivation, l'implication des infirmières du milieu et l'influence positive des ASI ont permis d'atteindre un taux de participation au questionnaire de 36 % (n=9), ce qui est acceptable considérant le nombre limité d'infirmières détentrices de poste.

Les résultats de cette analyse des besoins de formation démontrent qu'au niveau de la formation, les principaux éléments avec lesquels les infirmières n'étaient pas à l'aise sont

notamment la théorie de Benner (88,9 %), la théorie des stades (100 %) et du choc de transition (77,7 %), les différentes techniques de rétroaction (75 %), les rôles d'accompagnement des IND (66,7 %) et les besoins d'apprentissages spécifiques aux adultes (77,9 %). La Figure 3 présente les résultats spécifiques en lien avec les besoins de formation.

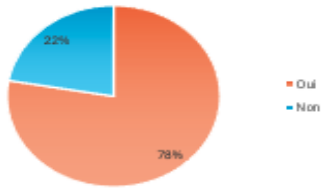
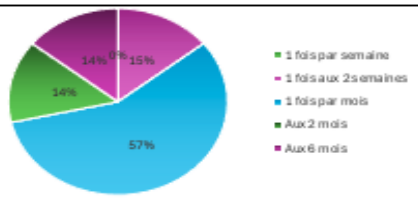
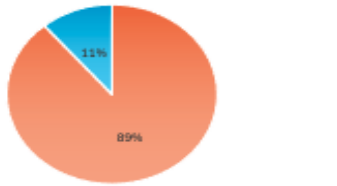
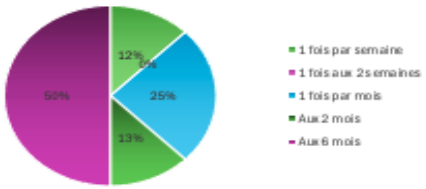
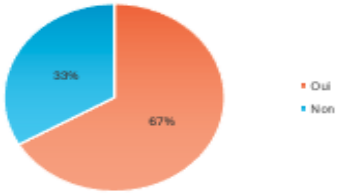
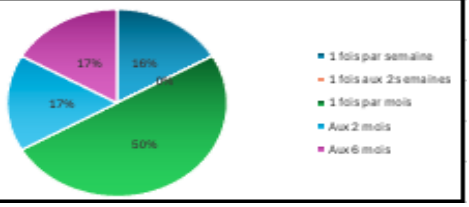
Figure 3.
Résultat des besoins de formation des infirmières du milieu



Les résultats quant aux besoins de soutien ont permis de déterminer que la majorité des infirmières croient bénéfiques d'obtenir du soutien, soit par leurs pairs (78 %), par une CSI ou une CCC (89 %), ou par l'ASI ou le supérieur immédiat hiérarchique (67 %). La fréquence souhaitée des rencontres diffère selon les personnes impliquées. Il sera nécessaire

de déterminer les modalités de ces rencontres avec la cheffe de service lors de l'élaboration des grandes lignes du programme. La Figure 4 démontre les résultats plus complets en lien avec le besoin de soutien.

Figure 4.
Résultats des besoins de soutien des infirmières du milieu (N=9)

Question	Choix de réponse	Nombre de participants	Graphique
Serait-il bénéfique pour vous de discuter des défis rencontrés dans votre relation d'accompagnement avec des collègues qui ont le même rôle que vous?	Oui	7	
	Non	2	
À quelle fréquence?	1 fois par semaine	0	
	1 fois aux 2 semaines	1	
	1 fois par mois	4	
	Aux 2 mois	1	
	Aux 6 mois	1	
Serait-il bénéfique pour vous de discuter des défis rencontrés dans votre relation d'accompagnement avec des conseillères en soins ou des conseillères cadres?	Oui	8	
	Non	1	
À quelle fréquence?	1 fois par semaine	1	
	1 fois aux 2 semaines	0	
	1 fois par mois	2	
	Aux 2 mois	1	
	Aux 6 mois	4	
Serait-il bénéfique pour vous de discuter des défis rencontrés dans votre relation d'accompagnement avec une ASI ou un supérieur immédiat hiérarchique?	Oui	6	
	Non	3	
À quelle fréquence?	1 fois par semaine	1	
	1 fois aux 2 semaines	0	
	1 fois par mois	3	
	Aux 2 mois	1	
	Aux 6 mois	1	

Disponibilité des CSI pour le soutien

Les CSI ont été rencontrées individuellement. Le but était de déterminer leur rôle actuel en lien avec l'accompagnement et le soutien de la relève qui est intégré à l'urgence et de valider leur disponibilité dans le soutien des personnes mentores. Deux rencontres ont donc été faites, la première via la plate-forme Microsoft Teams et la seconde en présentiel au centre hospitalier. Les rôles généraux des CSI ont été discutés et validés. De plus, elles sont ouvertes à assurer le suivi du projet qui sera développé et implanté. Elles sont aussi ouvertes à assurer le coaching des personnes mentores au niveau des approches pédagogiques comme la rétroaction constructive, certaines habiletés de communication, de l'aide aux stratégies de résolution de conflits et l'utilisation de l'approche réflexive, selon le programme qui sera développé. Il sera donc possible, avec ces données, d'élaborer l'algorithme de soutien pour les personnes mentores de façon claire afin qu'elles sachent quelle CSI contacter à quel moment.

Analyse d'un programme de mentorat par les pairs

Finalement, comme un programme de mentorat par les pairs a été développé récemment sur une unité de soins intensifs médicaux d'un autre centre hospitalier au sein du CIUSSSE-CHUS, celui-ci a été analysé. Une rencontre avec la CSI de cette unité visait à déterminer comment le programme avait été élaboré, quelle formation a été utilisée, quelle est l'évaluation du programme et quelles sont les retombées. Les résultats principaux sont que le programme est plutôt informel et n'a pas été élaboré avec une structure précise. Des personnes mentores nommées marraines ont été identifiées par la CSI sans critères de sélection et sont jumelées selon leurs compétences avec des IND intégrées dans le milieu par la CSI. Un suivi dont la fréquence n'est pas déterminée est fait par la CSI tout au long de la relation de mentorat. La relation se poursuit tant que les IND en ressentent le besoin et n'a pas de date de début ni de date de fin. La formation utilisée pour les personnes mentores est celle d'accompagnement et de soutien de la relève actuellement disponible dans l'ENA, aucune nouvelle formation n'a été élaborée. Il a été impossible de valider la satisfaction des personnes mentores en lien avec la formation reçue vu la sollicitation excessive de celles-ci pour d'autres projets. Selon la CSI la satisfaction des IND a augmenté, mais aucune évaluation officielle n'a été menée dans le milieu. L'analyse des données a permis de

conclure que le programme n'a pas de structure et que la formation utilisée n'est pas spécifique au rôle de personnes mentores. Le programme semble avoir des retombées positives, mais il n'a pas été évalué.

En résumé, l'analyse des besoins des infirmières du milieu et des ressources accessibles permet d'arriver aux conclusions suivantes. Il est impératif de s'assurer que ce sont les meilleures personnes dans le milieu qui occuperont le rôle des personnes mentores. Pour ce faire, il sera nécessaire de discuter avec la cheffe de service et des infirmières du milieu en lien avec le rôle des ASI dans l'intégration de la relève. De plus, celles-ci remplissent plusieurs rôles dont le soutien de la relève, ainsi que l'évaluation, en plus d'assumer les tâches administratives et d'assurer la prise en charge de leurs patients. Selon la cheffe de service et les infirmières du milieu, les ASI sont les seules personnes pouvant assurer le soutien de la relève et ainsi agir comme personnes mentores. Cela fait effectivement partie de leur rôle selon le référentiel des compétences des assistantes au supérieur immédiat élaboré par le CIUSSSE-CHUS, mais d'autres infirmières qualifiées sont aussi en mesure de s'impliquer auprès de la relève (CIUSSSE-CHUS, 2023). De plus, comme elles assurent la fonction d'évaluation, elles ne sont pas égalitaires et n'occupent pas le même rang dans la hiérarchie professionnelle, elles ne sont donc pas des pairs. Elles ne correspondent pas à la définition de personnes mentores par les pairs et ne peuvent donc pas occuper ce rôle auprès des IND. C'est donc cette opinion qu'il faudra déconstruire tout au long du stage. Il sera aussi nécessaire que les outils soient facilement accessibles afin d'assurer un soutien et un accompagnement optimal, soit de mettre en place les meilleures conditions possibles lors de la définition de la structure du programme de mentorat par les pairs.

Objectif 2 : Définir la structure du programme de mentorat par les pairs qui sera implanté dans le milieu

Pour l'atteinte du deuxième objectif, soit de définir la structure du programme de mentorat par les pairs qui sera implanté dans le milieu, plusieurs activités ont été réalisées. Tout d'abord, les critères de sélection et de jumelage pour les personnes mentores ont été élaborées. Les rôles des différentes actrices impliquées dans le programme (personnes mentores, IND, cheffe de service, CSI) ont été définis. Par la suite, une formation spécifique

aux personnes mentores a été développée, de même qu'une capsule informative pour les IND. L'accessibilité des outils de référence a été améliorée et un outil résumé a été développé. Finalement, deux outils supplémentaires ont été développés, soit le contrat de mentorat et le journal de bord des IND.

Critères de sélection et de jumelage des personnes mentores

Les critères de sélection et de jumelage des personnes mentores ont été élaborés à l'aide de la littérature. Ces critères ont été vérifiés et validés avec la cheffe de service afin de s'assurer que ceux-ci étaient réalistes selon les contraintes du milieu. Le Tableau 4 montre la comparaison des critères de sélection et de jumelage des personnes mentores provenant de la littérature et ce qui a été appliqué selon les contraintes du milieu. L'élaboration de ces critères a mené à la sélection des personnes mentores avec l'aide de la cheffe de service. Cette étape sera expliquée dans la section trois.

Tableau 4

Critères de sélection et de jumelage des personnes mentores

	Provenant de la littérature	**Applicables au milieu**
Critères de sélection des personnes mentores	Volontariat Lien non hiérarchique Expérience de travail (suffisante) Habiletés de communication Attitude bienveillante	Volontariat Lien non hiérarchique Expérience de travail > 5 ans Habiletés de communication Attitude bienveillante
Critères de jumelage des personnes mentores et des IND	Objectifs communs Données démographiques (âge/sexe/statut socioéconomique/communauté LGBTQ) Même quart de travail Même unité de soins	Même quart de travail Même unité de soins

Définition des rôles des différents acteurs

Avant d'élaborer la formation pour les personnes mentores et de diffuser l'explication du programme, les rôles de chacune des actrices du projet ont été définis en lien avec celui-ci. Ceux-ci ont été définis à l'aide de ce qui est nommé dans la littérature, mais aussi en lien avec ce qui est déjà explicité dans les documents d'intégration et d'encadrement de la relève du CIUSSSE-CHUS.

Les rôles des personnes mentores et des ASI ont donc été clarifiés et intégrés dans un document résumé qui sera remis aux personnes mentores. Pour ce qui est des personnes mentores, leur rôle est plutôt axé sur le soutien, la guidance et l'accompagnement. Elles se détachent du rôle d'expert et peuvent questionner leurs ASI ou une CSI lorsqu'elles n'ont pas la réponse à certaines questions plus cliniques. Elles n'ont pas de fonction évaluative, elles doivent guider l'enseignement et conseiller les IND face à certaines décisions cliniques en utilisant l'approche réflexive et la rétroaction constructive. Elles agissent comme modèle de rôle auprès des IND, participent à leur socialisation dans le milieu et s'assurent en tout temps de préserver la confidentialité de leurs discussions et de leur relation. Elles doivent aussi connaître les différentes actrices de soutien du CIUSSSE-CHUS afin de référer les IND à la bonne personne selon l'enjeu. Pour ce qui est des ASI, leur rôle est complémentaire à celui des personnes mentores, elles agissent elles aussi comme modèle de rôle et soutiennent les IND dans leur appropriation du rôle et leur développement professionnel. Celles-ci ont une fonction évaluative et peuvent référer les IND directement au soutien clinique ou à la cheffe de service advenant un écart de compétence ou un enjeu de progression.

Les rôles de la CSI-Préceptorat, de la cheffe de service ainsi que de l'apprenante ont eux aussi été définis et intégrés seulement dans la formation. Le rôle de la CSI qui a été défini est surtout celui en lien avec le soutien des personnes mentores. À la suite de la rencontre avec celle-ci, il a donc été décidé qu'elle serait disponible pour offrir du soutien aux personnes mentores au niveau de la pédagogie, de l'approche réflexive et de la rétroaction et qu'elle pourrait offrir du coaching au besoin. Son rôle de personne préceptrice auprès des IND reste le même, c'est-à-dire qu'elle est la référence en cas d'écart de compétence ou d'enjeu de progression, si les IND ont des enjeux personnels qui impactent leur développement professionnel ou si celles-ci demandent à avoir du soutien supplémentaire.

La cheffe de service sera celle qui nommera de nouvelles personnes mentores selon les critères de sélection établis, qui les jumèlera avec les IND et qui fera le suivi avec les personnes mentores face à leur désir de continuer à s'impliquer dans le projet. Elle est aussi une actrice clé du soutien des personnes mentores et elle est disponible pour soutenir et encadrer celles-ci au besoin.

Développement de la formation spécifique aux personnes mentores

À la suite de la définition des rôles de toutes les actrices du programme, le développement et l'élaboration de la formation ont pu être amorcés. Les besoins de formations nommés par les infirmières ont été triangulés avec la littérature et ce qui était actuellement disponible dans les formations de l'ENA. Les éléments contenus dans la formation ont été décidés à l'aide de ce tableau de triangulation de données disponibles à l'Annexe 4. La pertinence de chacun des éléments a été vérifiée à plusieurs reprises et certains éléments ont été ajoutés malgré leur présence dans la formation de l'ENA. Le fait d'ajouter un bref résumé de certaines approches pédagogiques permettra aux infirmières d'avoir une base pédagogique si elle décide de ne pas suivre la formation de l'ENA. Le visionnement des capsules a tout de même été fortement recommandé malgré le fait que les infirmières ne sont pas rémunérées. Ce sera certainement une limite au visionnement de la formation complète d'où l'importance de faire un bref résumé dans la capsule formative. Le contenu final inclut donc les rôles et responsabilités des personnes mentores ainsi que ceux des ASI, l'explication du programme et ses objectifs, la description de la théorie de Benner et de la théorie des stades et du choc de transition, un retour sur certaines approches pédagogiques utilisées au CIUSSSE-CHUS comme l'approche réflexive, la rétroaction constructive à l'aide d'un outil créé dans le cadre d'un autre projet de maîtrise et certains principes et stratégies d'enseignement aux adultes (Robitaille, 2023). Certains enjeux ont été rencontrés avec la formation, notamment en lien avec les modalités de diffusion de celle-ci. Il est actuellement difficile de libérer le personnel ou de les rémunérer à un taux supplémentaire pour une formation. De plus, les infirmières préfèrent ne pas avoir de formation en présentiel sur leur milieu de travail, car elles considèrent être moins concentrées et être toujours en alerte d'un changement d'état de leur patient ou de l'arrivée de nouveaux patients. Il a donc été décidé, à la suite de rencontres avec la cheffe de service, d'enregistrer la formation sous forme de PowerPoint narré et de la diffuser aux personnes mentores et aux ASI via leur adresse courriel. De cette façon, il sera aussi possible de conserver la capsule et de la réutiliser lors de la sélection de nouvelles personnes mentores. Elle a aussi été transmise aux CSI afin que celles-ci puissent l'utiliser lors de l'expansion du projet à d'autres urgences et milieux du CIUSSSE-CHUS.

Développement d'une capsule informative pour les IND

Comme mentionné par la littérature, il est important d'expliquer le programme de mentorat par les pairs aux IND qui y participeront afin de favoriser leur engagement. Une capsule informative a donc été élaborée. Celle-ci inclut une explication du programme et les bénéfices à y participer. Les rôles des différentes actrices y ont aussi été intégrés afin d'assurer la compréhension des IND face à leur propre rôle, mais aussi face à celui des personnes mentores.

Accessibilité des outils de référence

Lors de l'analyse des besoins, il a été nommé que les infirmières utilisaient peu l'intranet du CIUSSSE-CHUS comme outil de référence. La décision a donc été prise de développer une pochette d'outils pédagogiques et d'y intégrer un résumé de la formation reçue. Celle-ci sera remise aux personnes mentores à la suite de l'envoi du courriel contenant la capsule. Un document résumé d'une page a aussi été conçu, plastifié et sera remis aux personnes mentores, mais aussi aux ASI afin qu'elles puissent bien clarifier leur rôle dans le projet et bien soutenir les personnes mentores dans leur propre rôle. Ce document contient les explications du programme de mentorat par les pairs, les rôles des personnes mentores et des ASI, l'algorithme de soutien et les coordonnées des différentes ressources, les théories de Benner et des stades de transition et à quel endroit trouver chacun des outils pédagogiques. Il se retrouve à l'Annexe 5. Les autres éléments contenus dans la pochette sont le guide de rétroaction, un résumé de l'approche réflexive, le référentiel de compétence et les activités autorisées des CEPI et les rôles de toutes les actrices disponibles pour le soutien clinique dans le continuum d'intégration. Ces éléments ont aussi été déterminés à l'aide du tableau de triangulation qui se trouve à l'Annexe 4.

Développement d'outils supplémentaires

Les deux derniers éléments qui ont été développés afin de répondre aux critères de la littérature et d'assurer une structure au projet pour le rendre formel sont le contrat de mentorat et le journal de bord des IND. Le contrat de mentorat contient une entente de confidentialité, les objectifs des personnes mentores et des IND ainsi que les attentes et limites de chacun en lien avec la relation de mentorat. Celui-ci démontre l'engagement des deux parties et devra être signé par ceux-ci. Il est disponible à l'Annexe 6.

Le journal de bord, de son côté, permet aux IND de développer des objectifs et de les ajuster tout au long de la relation de mentorat. C'est aussi un outil qui sera utilisé lors de certaines demandes de rétroactions de la part des IND et permettra à celle-ci de noter certains éléments pour en discuter plus tard avec leurs personnes mentores. Il se retrouve à l'Annexe 7. Le Tableau 5 résume le programme et ses différentes composantes.

Tableau 5
Résumé du programme et de ses composantes

Description du programme	Identifier des infirmières d'expériences qui agiront comme personnes mentores auprès des personnes apprenantes nouvellement intégrées dans le milieu de soins
Objectifs	Meilleur accompagnement de la relève infirmière Devenir un milieu accueillant pour les personnes apprenantes (augmenter la rétention) Fournir les outils aux personnes mentores et les soutenir dans leur rôle
Composantes mises en place	Définition des rôles (personnes mentores, IND, ASI, cheffe de service, CSI) Formation pour les personnes mentores (capsule) Explication du programme pour les IND (capsule) Critères de sélection et de jumelage des personnes mentores Algorithme de soutien clinique Outils cliniques et pédagogiques (pochette) Outil résumé *(One pager)*
Composante à intégrer	Contrat de mentorat Journal de bord Planification de rencontres régulières

Objectif 3 : Mise en œuvre de l'intervention

Pour atteindre le troisième objectif, plusieurs rencontres avec différents intervenants ont été nécessaires tout au long du processus d'implantation. Les activités qui ont été faites pour l'atteinte de cet objectif ont été d'analyser les barrières et les facteurs facilitants, de déployer l'intervention dans le milieu, d'assurer la continuité de celle-ci, de présenter le programme de mentorats aux différents acteurs de la CSEC ainsi qu'en congrès et d'émettre des recommandations à la cheffe de service et à la CCC-CSEC.

Analyse des barrières et des facteurs facilitants et déploiement de l'intervention

Avant d'amorcer le déploiement de l'intervention, il a été nécessaire d'évaluer les barrières et les facteurs facilitants. Les principaux leviers qui ont été identifiés sont l'influence positive des ASI sur l'équipe, la volonté des CSI de s'impliquer, l'intérêt de certaines infirmières envers l'intervention et l'ouverture de la cheffe de service pour le projet. Les ASI ont donc été rapidement intégrés dans le déploiement de l'intervention. La capsule formative leur a été envoyée et l'outil résumé leur a été remis. Leurs questions ont été répondues rapidement et le projet leur a été expliqué précisément lors de rencontres individuelles. Cela a permis de leur fournir les outils pour soutenir les personnes mentores et qu'elles puissent elles-mêmes répondre à certaines questions et favoriser la participation des personnes mentores au projet. Ce sont les infirmières intéressées au projet qui ont été sélectionnées comme personnes mentores à l'aide de la cheffe de service et leur intérêt a été validé à nouveau à la suite de la sélection. Comme elles étaient initialement intéressées à s'impliquer, elles ont accepté rapidement leurs nouveaux rôles et se sont donc engagées à participer à la formation. Les CSI étaient très motivées à participer au projet et à assurer le suivi et la continuité par la suite. Cependant, les infirmières du milieu avaient une méconnaissance du rôle de la CSI-Urgence. De plus, celle-ci étant nouvelle dans ses fonctions, elle ne connaissait pas le milieu. À la suite d'une rencontre avec celle-ci, elle a décidé d'aller se présenter dans le milieu et de faire un premier contact avec l'équipe. Il a aussi été mentionné aux infirmières qu'elle serait l'une des CSI qui prendraient la relève du projet pour la suite et qu'elles pouvaient se référer à elle au besoin.

Des rencontres avec la cheffe de service ont ensuite eu lieu afin de planifier le déploiement de l'intervention. Selon certaines contraintes, soit la difficulté de libérer les infirmières pour une formation et les préférences de celles-ci en lien avec le fait d'avoir une formation sur leur temps de travail, les modalités de la formation ont dû être adaptées. Il a donc été décidé, conjointement avec la cheffe de service que la capsule serait diffusée par courriel aux personnes mentores et aux ASI afin que celles-ci puissent assurer un meilleur soutien aux personnes mentores et au programme. À la suite du visionnement de la capsule, de la disponibilité a été offerte pour valider la compréhension de celles-ci et répondre aux questions. Les pochettes d'outils ont aussi été remises aux personnes mentores comme

recommandé par la littérature. Les éléments contenus à l'intérieur de celle-ci ont été expliqués aux personnes mentores. Celles-ci ont par la suite été jumelées avec les IND selon les quarts de travail.

Finalement, la capsule informative pour les IND a elle aussi été diffusée par courriel pour les mêmes raisons de difficulté de libération de personnel.

Continuité du projet

Pour assurer la continuité du projet, des rencontres ont aussi eu lieu avec les différentes CSI. Comme elles prendront conjointement en charge le projet, il a été nécessaire de discuter de leurs rôles et responsabilités envers le projet afin que le suivi soit optimal. Le matériel pédagogique et les documents importants leur ont été transmis par courriel pour qu'il puisse être utilisé et modifié au besoin. Cette intervention permettra donc de mieux assurer le suivi et de faire en sorte que les infirmières développent le réflexe de les interpeller au besoin. De plus, ce transfert de document permettra d'étendre le programme de mentorat par les pairs à d'autres milieux d'urgence. Des rencontres supplémentaires ont eu lieu afin de favoriser le travail conjoint entre les différentes CSI.

Présentation du projet

Pour assurer le développement du projet et favoriser son implantation non seulement dans les soins critiques, mais aussi dans d'autres milieux, plusieurs activités ont été réalisées. Deux présentations via la plate-forme Teams ont été planifiées avec l'aide de la CCC-CSEC afin de présenter le projet. La première a été faite aux CSI lors d'une communauté de pratique. La seconde a été faite lors d'une rencontre de coordination rassemblant les CCC du CIUSSSE-CHUS. Le projet a été résumé en incluant la problématique à résoudre, l'explication claire et précise du projet développé, le déroulement de l'intervention et la suite de celle-ci. Une période de questions a ensuite été réservée pour répondre aux principales questions des auditeurs. Finalement, une présentation lors du congrès de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec a été faite en lien avec la recension des écrits afin de démontrer l'impact d'un programme de mentorat par les pairs à l'urgence sur la socialisation et l'intégration des IND. Comme ce congrès était canadien, cette présentation a

rejoint plusieurs milieux francophones et a démontré à d'autres institutions l'importance de développer et d'implanter un programme de mentorat par les pairs.

Émission des recommandations

La dernière activité qui a été accomplie consiste à émettre des recommandations dans le milieu pour assurer la continuité du projet. Un compte rendu a donc été fait sous forme de lettre qui a été envoyée à la cheffe de service. Celle-ci se terminait par les recommandations pour le milieu. Elle a aussi été envoyée à la CCC-Urgence afin que celle-ci puisse assurer la suite du projet et mettre en place certains éléments pour l'évaluer, l'améliorer et assurer la pérennité du programme. Cette lettre est disponible à l'Annexe 8.

Des recommandations ont aussi été amenées à l'organisation, plus spécifiquement à la CCC-CSEC afin d'améliorer le continuum d'intégration au CIUSSSE-CHUS, et ce, selon le même format de lettre. Celle-ci est aussi disponible à l'Annexe 9. Les recommandations émises au milieu ont été élaborées pour assurer la continuité du projet dans le milieu et aussi pour répondre aux besoins de soutien nommé par les personnes mentores. La cheffe de service devra donc travailler en collaboration avec la DSI afin de poursuivre le projet dans son milieu, mais aussi de l'améliorer. Les recommandations étaient claires et axées sur la poursuite et le développement du projet. Il a été fortement recommandé de planifier une évaluation des retombées du programme à d'outils de collecte de données. De plus, il sera nécessaire de faire des évaluations continues de la structure du programme dans un souci d'amélioration continue.

Les recommandations organisationnelles faites à la CCC-CSEC permettront au projet de perdurer non seulement dans le milieu, mais aussi dans l'organisation. Comme certains éléments du continuum d'intégration ne sont pas clairs et que les termes utilisés se contredisent parfois, il a été nécessaire d'élargir les recommandations à l'organisation. Elles permettront aussi de clarifier certains termes du continuum d'intégration et aussi d'ajuster le cadre de référence du CIUSSSE-CHUS afin d'y intégrer le mentorat par les pairs et de favoriser la culture de mentorat dans les différents milieux de soins.

Analyse critique de la démarche

L'atteinte de chacun des objectifs a exigé des adaptations en raison de certains enjeux rencontrés. Très peu de données ont été récoltées au niveau des IND vu le nombre peu élevé d'IND intégrées dans le milieu. De plus, il a été impossible de valider la pertinence et les éléments à modifier dans la formation pour les personnes mentores étant donné l'impossibilité de récolter les données provenant de celles-ci. Ces données auraient été aidantes lors de l'élaboration de la formation et elle aurait pu être adaptée selon la satisfaction réelle des personnes mentores en lien avec la formation. De plus, lors de l'exploration du programme d'intégration actuel, plusieurs lacunes dans celui-ci sont ressorties. Que les ASI agissent comme tutrice en plus de leurs propres tâches et qu'il n'y ait pas de suivi à la suite de la période de tutorat sont deux éléments qui devraient être révisés dans le milieu.

Certains éléments du projet ont été difficiles en raison de certaines opinions divergentes. Tout au long du projet et particulièrement lorsque les critères de sélection des personnes mentores ont été élaborés et mis en application, plusieurs croyances ont dû être déconstruites avec les personnes impliquées directement. La perception était que les ASI étaient les meilleures personnes pour agir comme personnes mentores auprès de la relève. Effectivement, celles-ci assurent le soutien de la relève, mais elles ne correspondent pas à la définition d'un pair vu leur rôle hiérarchique. Elles ne sont donc pas les meilleures personnes pour assurer ce rôle auprès des IND. Elles conserveront toutefois leur rôle de soutien auprès de la relève et auprès des personnes mentores, comme décrit dans le référentiel de compétences des ASI (CIUSSSE-CHUS, 2023). Au niveau organisationnel, l'argumentaire a été basé sur les différents éléments de la littérature en lien avec la définition du mentorat par les pairs, du rôle des personnes mentores et des fonctions des ASI dans le CIUSSSE-CHUS. Des faits concrets provenant du milieu ont aussi être amené pour assurer sa compréhension du rôle des personnes mentores. Le fait que ses ASI nomment qu'elles sont surchargées, que certaines personnes autres que les ASI agissent déjà comme personnes-ressources informelles auprès des IND sans avoir la formation sont deux arguments qui ont été apportés. De plus, le rôle de soutien à l'équipe qui est prôné par le CIUSSSE-CHUS a permis à la cheffe de service de revoir sa vision des différents rôles et de sélectionner des infirmières n'étant pas des ASI comme personnes mentores. Du côté des infirmières, les

arguments visaient à démontrer qu'elles aussi peuvent assumer le rôle de personnes mentores. Premièrement, elles agissent déjà comme personnes-ressources pour les IND. Deuxièmement, le projet ne consiste pas à augmenter leur charge de travail et à les définir comme une référence, il permet de les cibler comme personne-ressource afin de diminuer le stress des IND. Elles peuvent en tout temps se référer à leurs ASI s'il y a des questionnements. Finalement, ce projet leur permettra d'avoir la formation et de bien définir leur rôle afin de mieux les outiller pour un rôle qu'elles remplissent déjà. À la suite de plusieurs semaines, les personnes mentores se sentaient plus en confiance et étaient prêtes à accomplir pleinement leur rôle.

Malgré l'ouverture du milieu face au projet, de la résistance a été rencontrée en lien avec certains éléments. Effectivement, les infirmières étaient fermées à l'idée d'augmenter leur charge administrative et à visionner la formation déjà disponible dans l'ENA. Le contrat de mentorat et le journal de bord ont été mis de côté temporairement afin de favoriser la participation des infirmières au projet. La capsule informative a aussi été adaptée aux besoins nommés par les infirmières, les éléments prioritaires de la formation de l'ENA en lien avec le mentorat par les pairs ont été résumés. La capsule devait être courte et accessible en tout temps.

Certains changements organisationnels au sein de la DSI ont amené un réajustement de l'algorithme de soutien. Dû à des rotations de poste de différentes CSI, il a été nécessaire d'assurer un suivi plus serré en lien avec le soutien des personnes mentores afin de s'assurer que l'une d'entre elles soit disponible malgré la rotation de personnel. Ces changements ont aussi eu un impact dans la continuité et le suivi du projet. Vu l'impossibilité de réunir toutes les CSI simultanément, seule celle qui quittait son poste au centre hospitalier a été rencontrée. Cela a permis d'assurer la continuité en lien avec le soutien et l'encadrement dans le milieu. De plus, un document résumé lui a été transmis. Celui-ci contenait l'explication du projet, les rôles attendus des CSI et les attentes envers la DSI dans le cadre du projet de mentorat par les pairs.

Lors de l'implantation du projet dans le milieu, une barrière importante s'est présentée. Aucune IND ne serait orientée dans le milieu pour la période estivale. Il était

nécessaire que les personnes mentores puissent s'approprier leur rôle rapidement après la formation et mettre en pratique l'apprentissage des différentes approches d'accompagnement. Des réajustements ont été faits et le programme a été élargi à des infirmières qui ne correspondaient pas à la définition d'une IND. Conjointement avec la DSI et la cheffe de service, la décision a été prise de jumeler une infirmière orientée dans les prochains jours avec la mentore de soir, et ce, malgré le fait que celle-ci cumule plusieurs années d'expérience dans une autre urgence. Les bénéfices au niveau de la socialisation et de l'intégration dans le milieu seront tout de même positifs. Cependant, l'accompagnement fourni par la mentore sera différent, notamment en lien avec le développement du jugement clinique. Celle-ci a donc été avisée d'adapter son accompagnement et de mettre l'accent sur l'intégration et la socialisation. Pour la mentore de nuit, celle-ci a été jumelée avec l'IND intégrée dans les derniers mois. Même si l'attribution d'une personne-ressource et d'un soutien accru est ajoutée tardivement, cela répond tout de même à un besoin qui avait été nommé par celle-ci lors de l'évaluation des besoins.

La dernière barrière au développement et à l'intégration complète du projet est la durée du stage en pratique avancée. Comme celui-ci est d'une durée de trente jours, il est difficile de planifier, d'implanter et d'évaluer par la suite. L'emphase a donc été mise sur l'analyse des besoins, dans la définition de la structure du programme et sur l'amorce du déploiement de celui-ci dans le milieu. La littérature est sans équivoque, il doit y avoir une évaluation continue de la structure du programme et des retombées de celui-ci. Cet aspect a donc été inclus dans les recommandations émises à la DSI et au milieu, mais n'a pas pu être planifié ni même mis en place vu le délai très court.

Les forces du milieu ont été exploitées tout au long de la démarche pour favoriser l'engagement des différentes personnes dans le projet. L'ouverture de la cheffe de service a permis une intégration plus facile à l'équipe et sa participation a été active dans le développement des grandes lignes et dans l'implantation du projet. L'attitude positive des ASI et leur désir profond d'améliorer l'intégration des IND ont influencé l'intérêt et la participation des infirmières à toutes les étapes du projet. Les utiliser comme levier a fortement aidé l'atteinte des objectifs et a permis au projet d'avancer rapidement. La motivation des CSI et de la DSI dans le projet a permis de développer une bonne

collaboration et d'assurer le suivi et la continuité de celui-ci par la suite. Cette collaboration permettra aussi l'extension du projet à d'autres milieux.

Malgré ces forces et en tenant compte des barrières, certains éléments auraient pu être faits différemment. Premièrement, le choix du milieu aurait pu être révisé en raison de l'absence d'intégration d'IND. S'assurer de la présence d'IND lors de la période d'intégration dans le milieu au tout début du stage aurait été pertinent. Il aurait été possible, par la suite, de modifier le milieu afin que le projet puisse être appliqué à la clientèle visée. Comme une seule IND y avait été intégrée récemment, le choix d'un autre milieu aurait possiblement permis de récolter plus de données en lien avec le besoin de soutien et l'expérience d'intégration de ces IND dans leur milieu. De plus, comme le programme d'intégration complet est à revoir complètement dans ce milieu, il est possible que le programme de mentorat par les pairs ait été plus bénéfique dans un autre milieu. Ces éléments n'avaient pas été nommés lors de la sélection du milieu et sont ressortis au moment de l'analyse des besoins. Il a été décidé de poursuivre dans ce milieu et de modifier quelques activités de stages, mais que le projet serait bénéfique malgré ces difficultés. Cette barrière a aussi permis d'émettre des recommandations en lien avec le programme d'intégration actuel afin d'optimiser le soutien de la relève dans le milieu. Deuxièmement, l'approche initiale avec la cheffe de service en lien avec le rôle des personnes mentores et celui des ASI aurait pu être différente. Des rencontres planifiées plus tôt en début de stage avec la cheffe de service auraient permis d'exposer les arguments et ainsi amorcer plus rapidement un changement de vision du rôle des personnes mentores. Le processus de sélection des personnes mentores aurait donc été accéléré. Finalement, la cheffe de service, malgré son ouverture au projet, aurait pu être mobilisée plus activement. Il aurait été bénéfique que celle-ci soit présente lors de l'explication du projet et qu'elle rencontre chacune des personnes mentores sélectionnées afin de s'assurer de leur volontariat et de leur aisance à jouer ce rôle. Comme la cheffe de service semblait exercer une influence positive sur son personnel, ceux-ci auraient eu tendance à plus s'engager dans le développement des grandes lignes plutôt que de seulement recevoir la formation à la toute fin.

Développement de compétences en pratique infirmière avancée (PIA)

Plusieurs compétences en pratique avancée ont été mises de l'avant lors de ce stage. Il sera question dans les prochains paragraphes de leadership, de collaboration, de recherche, de raisonnement éthique, de guidance et coaching et de pratique clinique directe.

La première compétence qui a été mise en pratique est celle du leadership. Le fait de s'intégrer rapidement à l'équipe, d'agir avec autonomie, de développer rapidement des liens avec le personnel en place et de prendre en considération les besoins et les ressources du milieu a sollicité rapidement cette première compétence. Les perspectives ont été prises en compte tout au long du stage, que ce soit au niveau du contenu de la formation ou des modalités de celle-ci. Les barrières du milieu ont aussi été prises en compte, ce qui démontre un bon leadership dans le milieu. Cette compétence a aussi été fortement sollicitée lors des différentes rencontres avec la cheffe de service ayant comme objectifs d'influencer sa perception du rôle des ASI dans le projet. Finalement, la sollicitation des ASI et l'implication de celles-ci tout au long du projet démontre un bon leadership. Cette compétence doit tout de même être constamment développée afin d'assurer un leadership non seulement lors de la mise en place d'un programme, mais aussi en tout temps dans ma pratique. Il sera aussi nécessaire de mobiliser plus rapidement les infirmières en leur démontrant les bénéfices réels d'un projet afin d'assurer un meilleur leadership.

La deuxième compétence qui a été développée est celle de la collaboration. Elle a été nécessaire tout au long du stage et plusieurs acteurs ont été impliqués. Au commencement du stage il a été nécessaire de collaborer avec les infirmières du milieu, les ASI et la cheffe de service pour déterminer leurs principaux besoins du milieu. Les CSI ont aussi été impliquées afin de valider leur disponibilité et leur intérêt face au programme. Lors du développement du projet, j'ai collaboré avec la cheffe de service afin de déterminer si les critères de sélection et de jumelage étaient applicables au milieu. J'ai aussi travaillé avec les CSI pour développer l'algorithme de soutien, déterminer les rôles de chacune des CSI et développer les bonnes trajectoires. En toute fin du stage, il y a eu une grande collaboration avec les CSI pour assurer le suivi et la continuité du projet. Il aurait été possible de mieux collaborer avec la cheffe de service lors du déploiement de l'intervention. Celles-ci étant en

congé, les communications se sont faites par courriel avec un certain délai dans les échanges. Le fait d'arrimer le déploiement avec la disponibilité de la cheffe de service aurait été bénéfique et serait à prendre en considération lors d'un prochain projet.

La troisième compétence qui a été développée est celle de la recherche. Tout au long du stage, les données probantes ont été utilisées. L'élaboration du questionnaire d'évaluation des besoins de formation et de soutien a été basée sur la littérature et sur les données probantes et sur ce qui existait déjà comme formation. Lors du développement des grandes lignes du projet, toutes les composantes de la structure ont été basées sur la littérature et adaptées par la suite au milieu. Finalement, les recommandations qui sont émises ont été basées non seulement sur les caractéristiques du milieu, mais aussi sur la littérature, notamment les outils d'évaluation de programme qui peuvent être utilisés. Il sera tout de même nécessaire dans ma pratique future de continuer à utiliser les données probantes pour justifier mes affirmations et ne pas craindre les utiliser plus régulièrement.

La quatrième compétence sollicitée tout au long du stage est celle du raisonnement éthique. Cependant, je n'ai pas reconnu immédiatement l'utilisation de cette compétence, car celle-ci est, selon moi, plus implicite que les autres dans l'élaboration d'un projet. Tout d'abord, le développement des grandes lignes du programme a permis de développement mon raisonnement éthique. En gardant en tête que l'objectif ultime était d'assurer la qualité des soins aux patients, l'éthique a été respectée. Un grand respect des besoins des infirmières ainsi que de tous les intervenants m'a aussi permis de développer cette compétence. Les répondants au questionnaire d'évaluation des besoins de formation et de soutien ont été avisés de l'utilisation des données et de la diffusion des résultats. Lors de la rédaction et du dépôt de l'essai, je me suis assuré que les données divulguées ne permettaient pas d'identifier les personnes et ne causeraient aucun préjudice. Tous les éléments permettant d'identifier des personnes ont été retirés afin d'assurer la confidentialité, incluant les noms et les lieux spécifiques, de même que les adresses courriels. Cette compétence nécessitera encore beaucoup d'effort et de travail de ma part. Cette protection de la confidentialité des données n'est pas innée et il m'a fallu de l'aide externe afin de bien comprendre cette sphère et de m'assurer que l'éthique d'un projet clinique soit respectée. Je m'assurerai d'aviser clairement les personnes participantes, lors d'entrevue non formelle que les données seront

utilisées et m'assurerait de leur accord advenant le cas où elles pourraient être identifiées. Le stage ainsi que le processus de maîtrise de voir la compétence de l'éthique sous un autre angle, soit celui de la confidentialité et de la protection de données.

La cinquième compétence qui a été développée est celle de la guidance et du coaching. Cette compétence a été sollicitée en deuxième moitié du stage. C'est lors du déploiement de l'intervention que j'ai pu la mettre en pratique. Lors de la diffusion de la capsule formative pour les personnes mentores et pour les ASI, elles ont toutes été rencontrées individuellement afin de s'assurer de la clarté de la formation. J'ai renforcé l'idée que les personnes mentores accomplissent déjà leur rôle de façon informelle. Elles auront maintenant les outils nécessaires pour bien accomplir ce rôle et assurer un meilleur soutien. De plus, j'ai pris en considération la demande des infirmières de ne pas ajouter de charge administrative en n'implantant pas immédiatement le contrat de mentorat ce qui a été apprécié des infirmières. Cette compétence aurait pu être mise de l'avant si la formation avait été en présentiel. Vu les contraintes du milieu, cela n'a pas été possible. Cependant, il aurait été plus bénéfique pour les personnes mentores de bénéficier d'un meilleur accompagnement dans leur rôle, ce que j'ai essayé de leur donner en offrant une disponibilité pour répondre à leurs questions.

La sixième et dernière compétence que j'ai développée lors du stage est la pratique clinique directe. Celle-ci a aussi été développée tout au long du stage, mais majoritairement lors du déploiement de l'intervention. J'ai été physiquement très présente dans le milieu lors de la période de complétion du questionnaire afin d'expliquer le projet et l'importance de compléter l'évaluation des besoins. J'ai démontré à l'équipe que je me souciais de leurs intérêts. Je me suis assuré d'être présente sur chacun des quarts de travail à plusieurs moments de la semaine pour couvrir les postes sur chacune des fins de semaine. Lors du déploiement de l'intervention et de la diffusion des capsules, j'ai offert ma disponibilité à chacune des personnes mentores sélectionnées et à chacune des ASI. Il aurait été difficile d'être plus présente, mais j'aurais pu maximiser l'efficacité de ma présence en l'adaptant selon les moments. Déterminer les meilleurs moments de présence lors de l'élaboration d'un projet sera à réfléchir dans ma pratique.

RECOMMANDATIONS ET RETOMBÉES

La démarche pratique faite dans le milieu a permis de dégager des recommandations tant pour le milieu que pour la DSI. Celles-ci ont comme objectif principal de faciliter l'intégration des IND dans les milieux de soins en ajoutant un programme de mentorat par les pairs après la période de préceptorat qui est de dix jours. Il est aussi attendu que la démarche ait des retombées positives sur les IND, sur les personnes mentores et dans l'organisation. La dernière section présentée expliquera les recommandations émises et discutera des retombées anticipées de la démarche pratique faites en stage.

Recommandations

Les premières recommandations ont été faites spécifiquement pour le milieu afin d'assurer la continuité et le développement du programme de mentorat par les pairs. La première était de planifier des rencontres entre les personnes mentores, entre les personnes mentores et une CSI et entre les personnes mentores et un supérieur hiérarchique (ASI ou cheffe de service) à des fréquences respectant les besoins nommés par les infirmières du milieu. La deuxième était d'identifier et de former trois autres personnes mentores, soit un par quart de travail sur la fin de semaine inverse à celles déjà sélectionnées pour assurer une banque de personnes mentores et ainsi favoriser un jumelage optimal avec les IND. La troisième recommandation était d'intégrer la capsule informative pour les IND au moment le plus opportun de l'intégration, soit lors de l'orientation théorique ou lors d'une rencontre entre les IND et la cheffe de service. Finalement, il a été recommandé d'utiliser le programme de mentorat par les pairs qui a été développé et implanté dans le milieu pour promouvoir celui-ci, le rendre plus accueillant et favoriser l'attraction de la relève. Une autre recommandation qui a émergé à la suite de la démarche pratique et la remise en perspective de tous les éléments du milieu est de revoir le programme d'intégration complet, de déterminer les meilleures ressources pour les périodes de tutorat et d'assurer un suivi à la suite de cette période par la cheffe de service.

D'autres recommandations plus générales ont été faites à la DSI afin d'améliorer le continuum d'intégration complet dans le CIUSSSE-CHUS. Tout au long du stage plusieurs termes s'entrecroisaient et n'étaient pas les mêmes que ceux utilisés dans la littérature. De

plus, il était fréquent qu'un même terme ait plusieurs définitions, il a donc été recommandé de revoir les termes utilisés dans le continuum et le document d'intégration du CIUSSSE-CHUS. Une autre recommandation qui visait à améliorer l'intégration des IND dans le CIUSSSE-CHUS est d'ajouter le mentorat par les pairs au continuum d'intégration déjà en place. Afin d'adapter les atteintes envers les IND spécifiquement au milieu des urgences, il est aussi recommandé d'élaborer et de mettre en place un référentiel de compétences pour les urgences. Dans le but de favoriser le déploiement de projets qui améliore l'intégration des IND dans tous les milieux, une recommandation a été faite en lien avec la collaboration des différentes CSI. L'objectif de cette recommandation est que les CSI des différents volets travaillent conjointement pour assurer le développement, le déploiement et le suivi de différents projets plutôt qu'en silo. Finalement, il a été recommandé de revoir les programmes d'intégration dans certains milieux afin de les optimiser et d'y intégrer un programme de mentorat par les pairs, et ce, pour une durée de deux ans suivant la période initiale d'intégration.

La dernière recommandation qui a été émise à la DSI est conjointe à la CCC-Urgence et la CCC-CSEC. Il s'agit de planifier l'évaluation de l'intervention, de sa structure et de ses retombées sur les IND, les personnes mentores, le milieu et l'organisation. Cette évaluation devra se faire à l'aide des différents outils d'évaluation validés par la littérature et à l'aide de questionnaires élaborés par l'organisation pour évaluer certains critères spécifiques. Un tableau résumé des différents outils de collecte de données a été élaboré et est joint à la lettre de recommandation qui as été remise à la DSI. Cette évaluation permettra d'améliorer le programme, de déterminer si les retombées sont positives et s'il sera bénéfique de le déployer à d'autres milieux.

Retombées anticipées

À la suite du développement et de l'implantation de ce projet de mentorat par les pairs, il est possible de dégager et d'anticiper plusieurs retombées possibles. Celles-ci seront certainement positives tant auprès des IND, des personnes mentores ainsi que de l'organisation.

Retombées sur les IND. L'objectif du programme de mentorat par les pairs est d'améliorer et de faciliter l'intégration des IND particulièrement dans les urgences. Le projet permettra d'offrir une meilleure expérience d'intégration en améliorant la socialisation, donc en facilitant le développement de relation positive et bénéfique avec les collègues. De plus, la transition du rôle d'étudiante vers le rôle d'infirmière sera facilitée pour les IND. Leur confiance sera donc elle aussi améliorée et le stress relié à cette transition sera diminué. Il est aussi anticipé que le choc de transition soit de moins grande intensité si les IND sont soutenues tout au long de leur processus d'intégration.

Retombées sur les personnes mentores. Le projet aura aussi des retombées sur les personnes mentores qui y participeront et celles-ci en bénéficieront tout autant que les IND. En révisant certaines notions théoriques et pratiques à la suite de certains questionnements des IND, les personnes mentores amélioreront leurs connaissances et développeront positivement leur pensée critique. De plus, en s'appropriant le rôle de personnes mentores et certaines aptitudes d'accompagnement, d'approche réflexive et de rétroaction constructive, il y aura un certain développement professionnel chez les personnes mentores. Ce nouveau rôle leur permettra de se sentir plus impliquées dans l'organisation et favorisera aussi leur engagement. Ainsi, elles développeront un sentiment d'appartenance envers celle-ci. Finalement, en sentant qu'elles font une différence dans l'intégration des IND et qu'elles rendent positive leur socialisation, les personnes mentores sentiront une gratification personnelle. Ce sentiment positif aura comme impact d'améliorer leur confiance en elles et en leurs capacités d'accompagnement.

Retombées sur l'organisation. Pour terminer, l'organisation bénéficiera elle aussi du projet de mentorat par les pairs. Le fait que les urgences possèdent un programme de mentorat participera à l'attraction de la relève et peut être un argument pour attirer la relève spécifiquement dans ces milieux. De plus, ce programme favorisera la rétention des IND dans les milieux en améliorant fortement leur intégration. Une meilleure rétention des IND permettra donc de diminuer le taux de roulement de personnel dans l'organisation et de diminuer les coûts y étant reliés (Mills et Mullins, 2008; Schroyer et al., 2020).

CONCLUSION

L'expérience de transition des IND est particulièrement difficile dans les urgences (Duchscher et Painter, 2021). Afin d'améliorer leur expérience et d'assurer la rétention des IND dans ces milieux, il est nécessaire de développer des programmes d'intégration qui comprennent du mentorat formel par les pairs (Innes et Calleja, 2018; Rush et al., 2013). Ces programmes de mentorat doivent être structurés et inclure plusieurs composantes essentielles afin que les personnes mentores soient en mesure d'apporter un soutien adéquat aux IND, de moduler leurs attentes envers celles-ci et de se sentir elles-mêmes soutenues (Innes et Calleja, 2018; Santé Canada, 2024). Ces programmes de mentorat peuvent s'imbriquer dans des programmes de résidence en sciences infirmières, toujours dans le but d'améliorer l'expérience de transition des IND (Charette et al., 2020; Santé Canada, 2024).

La démarche pratique a permis d'élaborer un programme de mentorat et de l'adapter en fonction de la réalité d'une urgence. Plusieurs éléments de la littérature ont dû être modifiés ou conservés pour un moment ultérieur afin de respecter certaines contraintes et assurer l'engagement du personnel infirmier. Différentes personnes ont été impliquées dans ce projet et assureront la continuité et le développement futur de celui-ci. Elles participeront à étendre le programme de mentorat par les pairs dans d'autres milieux afin que celui-ci fasse partie intégrante de la transition des IND dans le CIUSSSE-CHUS. Pour déterminer les bénéfices de ce programme, l'améliorer et assurer sa pérennité, des évaluations devront être faites. Des recommandations ont donc été transmises dans ce sens.

Il est souhaitable que de plus en plus d'établissements développent des programmes de ce type. Il est important de prendre en considération les besoins des IND et de s'assurer que les programmes d'intégration évoluent à la même vitesse que celles-ci. Ainsi, une réévaluation constante de l'efficacité et de l'appréciation de ces programmes est nécessaire et permettra de retenir plus d'IND dans le réseau public.

RÉFÉRENCES

Andersen, T., & Watkins, K. (2018). The Value of Peer Mentorship as an Educational Strategy in Nursing. *Journal of Nursing Education*, *57*(4), 217-224. https://doi.org/10.3928/01484834-20180322-05

Bae, S.-H. (2023). Comprehensive assessment of factors contributing to the actual turnover of newly licensed registered nurses working in acute care hospitals : A systematic review. *BMC Nursing*, *22*(1), 31. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01190-3

Baumann, A., & Crea-Arsenio, M. (2023). The Crisis in the Nursing Labour Market : Canadian Policy Perspectives. *Healthcare*, *11*(13), 1954. https://doi.org/10.3390/healthcare11131954

Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (2019). *Fundamentals of clinical supervision* (Sixth edition). Pearson.

Bowers, T. B. (2022). *Establishing a New Graduate Nurse Peer Mentoring Program*.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. (2024). *Allier nos forces et nos savoirs pour le mieux-être-Stratégie 23-27*. Santé Estrie. https://www.santeestrie.qc.ca/ciusss/fondements

Charette, M., Goudreau, J., & Bourbonnais, A. (2020). Soutenir les infirmières nouvellement diplômées. Une résidence en soins infirmier? *Perspective infirmière*, *17*(5), 54-59.

CIUSSSE-CHUS. (2022). *Programme de préceptorat en soins infirmiers*.

CIUSSSE-CHUS. (2023). *Référentiel des compétences des assistantes aux supérieurs immédiats*.

Cloutier, N., St-Pierre, J., Fontaine, G., & Lapierre, A. (2021). *LA PERSPECTIVE UNIQUE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS D'URGENCE DU QUÉBEC*. Association des infirmiers et infirmières d'urgence du Québec.

Cust, F., Cope, L., Brown, L., & Baker, T. (2022). Evaluation of a pilot study of peer mentoring in undergraduate nursing programmes. *Journal of Practice Teaching & Learning*, *19*(3), 72-83.

DeGrande, H., Liu, F., Greene, P., & Stankus, J.-A. (2018). The experiences of new graduate nurses hired and retained in adult intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, *49*, 72-78. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.005

Devey Burry, R., Stacey, D., Backman, C., Donia, M. B. L., & Lalonde, M. (2020). Exploring pairing of new graduate nurses with mentors : An interpretive descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(15-16), 2897-2906. https://doi.org/10.1111/jocn.15360

Duchscher, J. B. (2008). A Process of Becoming : The Stages of New Nursing Graduate Professional Role Transition. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, *39*(10), 441-450. https://doi.org/10.3928/00220124-20081001-03

Duchscher, J. B., & Windey, M. (2018). Stages of Transition and Transition Shock. *Journal for Nurses in Professional Development*, *34*(4), 228-232. https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000461

Duchscher, J. E. (2009). Transition shock : The initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *65*(5), 1103-1113. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x

Duchscher, J. E., & Painter, S. (2021). Proceed With Caution : Integrating Newly Graduated Nurses Into an Emergency Department. *Advanced Emergency Nursing Journal*, *43*(1), 53-70. https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000334

Elias, C. E., & Day, T. (2020). Experiences of Newly Qualified Nurses in Critical Care : A qualitative systematic review. *Journal of the Intensive Care Society*, *21*(4), 334-343. https://doi.org/10.1177/1751143720926794

Emergency Nurse Association. (2017). *Executive synopsis : Emergency nurse retention*. Emergency nurse association. https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/other/emergency-nurse-retention-executive-synopsis.pdf?sfvrsn=b8b1a708_4

Ferguson, L. M. (2011). From the perspective of new nurses : What do effective mentors look like in practice? *Nurse Education in Practice*, *11*(2), 119-123. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.11.003

Flarity, K., Gentry, J. E., & Mesnikoff, N. (2013). The Effectiveness of an Educational Program on Preventing and Treating Compassion Fatigue in Emergency Nurses. *Advanced Emergency Nursing Journal*, *35*(3), 247-258. https://doi.org/10.1097/TME.0b013e31829b726f

Ganz, F. D., Levy, H., Khalaila, R., Arad, D., Bennaroch, K., Kolpak, O., Drori, Y., Benbinishty, J., & Raanan, O. (2015). Bullying and Its Prevention Among Intensive Care Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, *47*(6), 505-511. https://doi.org/10.1111/jnu.12167

Glynn, P., & Silva, S. (2013). Meeting the Needs of New Graduates in the Emergency Department : A Qualitative Study Evaluating a New Graduate Internship Program. *Journal of Emergency Nursing*, *39*(2), 173-178. https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.10.007

Henderson, A., Ossenberg, C., & Tyler, S. (2015). 'What matters to graduates' : An evaluation of a structured clinical support program for newly graduated nurses. *Nurse Education in Practice*, *15*(3), 225-231. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.01.009

Hörberg, A., Lindström, V., Scheja, M., Conte, H., & Kalén, S. (2019). Challenging encounters as experienced by registered nurses new to the emergency medical service : Explored by using the theory of communities of practice. *Advances in Health Sciences Education*, *24*(2), 233-249. https://doi.org/10.1007/s10459-018-9862-x

Hunter, K., & Cook, C. (2018). Role-modelling and the hidden curriculum : New graduate nurses' professional socialisation. *Journal of Clinical Nursing*, *27*(15-16), 3157-3170. https://doi.org/10.1111/jocn.14510

Innes, T., & Calleja, P. (2018). Transition support for new graduate and novice nurses in critical care settings : An integrative review of the literature. *Nurse Education in Practice*, *30*, 62-72. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.03.001

Jacobs, S. (2017). A Scoping Review Examining Nursing Student Peer Mentorship. *Journal of Professional Nursing*, *33*(3), 212-223. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.09.004

Joubert, A., & Villiers, J. de. (2015). The learning experiences of mentees and mentors in a nursing school's mentoring programme. *Curationis*, *38*(1), Article 1.

Kramer, D., Hillman, S. M., & Zavala, M. (2018). Developing a Culture of Caring and Support Through a Peer Mentorship Program. *Journal of Nursing Education*, *57*(7), 430-435. https://doi.org/10.3928/01484834-20180618-09

Kramer, M. (1974). *Reality shock; why nurses leave nursing*. C. V. Mosby Co.

Laskowski-Jones, L., & Castner, J. (2022). The Great Resignation, Newly Licensed Nurse Transition Shock, and Emergency Nursing. *Journal of Emergency Nursing*, *48*(3), 236-242. https://doi.org/10.1016/j.jen.2022.03.010

Latham, C. L., Singh, H., Lim, C., Nguyen, E., & Tara, S. (2016). Transition Program to Promote Incoming Nursing Student Success in Higher Education. *Nurse educator*, *41*(6), 319-323. https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000262

LoBiondo-Wood, G., Haber, J., Singh, M., Thirsk, L., Stahlke, S., & Venkatesaperuma, R. (2021). *Lobiondo-wood and haber's nursing research in canada* (4e éd.). Elsevier, Inc.

Lombardo, C., Wong, C., Sanzone, L., Filion, F., & Tsimicalis, A. (2017). Exploring Mentees' Perceptions of an Undergraduate Nurse Peer Mentorship Program. *Journal of Nursing Education*, *56*(4), 227-230. https://doi.org/10.3928/01484834-20170323-07

Majors, E., Raber, A. M., Garrigues, L., & Moceri, J. (2022). Peer-Mentoring : A Call to Create Inclusive Programs to Support All Students' Ability to Be Successful. *Journal of Nursing Education*, *61*(11), 633-635. https://doi.org/10.3928/01484834-20221010-01

Mahmoud, G. A., & Omar, A. M. (2018). The effect of maternity nursing logbook on internship students' skills at woman's health hospital, Assiut Governorate. *Journal of Nursing*

Education and Practice, *8*(10), 130. https://doi.org/10.5430/jnep.v8n10p130

Marleau, D. (2020). *Portrait de la relève infirmière 2019-2020*. Ordre des infirmiers et infirmières du Québec.

Marleau, D. (2021). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2020-2021*. Ordre des infirmiers et infirmières du Québec.

McEwen, M., & Wills, E. M. (2019). *Theoretical basis for nursing* (5th edition, International edition). Wolters Kluwer.

Mills, J. F., & Mullins, A. C. (2008, octobre). The Califronia nurse Mentor Project : Every Nurse Deserve a Mentor. *Nursing Economic$*, 310-315.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. (2024). *Ressources humaines-Intégration des infirmières*. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-ressources-humaines/integration-des-infirmieres/

Mlaba, Z. P., & Emmamally, W. (2019). Describing the perceptions of student nurses regarding barriers and benefits of a peer-mentorship programme in a clinical setting in KwaZulu-Natal. *Health SA = SA Gesondheid*, *24*, 1118. https://doi.org/10.4102/hsag.v24i0.1118

Napierkowski, D., & Migliore, D. A. (2022). Paid Mentors Develop Leadership Skills and Promote Socialization Into Nursing. *Nursing Education Perspectives (Wolters Kluwer Health)*, *43*(6), E56-E58. https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000975

Newton, J. M., & McKenna, L. (2007). The transitional journey through the graduate year : A focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, *44*(7), 1231-1237. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.05.017

Normand, L. (2023). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2022-2023*. https://www.oiiq.org/documents/20147/13882675/Rapport_statistique_2021-2022-1.pdf

Nursing Solution Inc. (2023). *2023 NSI National Health Care Retention & Staffing Report*. NSI Nursing Solution. https://www.nsinursingsolutions.com/Documents/Library/NSI_National_Health_Care_Retention_Report.pdf

Rivenes Lafontan, S., Hougaard, P. F., Knutstad, U., Jensen, K. T., & Jerpseth, H. (2023). Caught in the Middle—Experiences of Student Peer Mentors in Nursing Education : A Qualitative Study. *Education Sciences*, *13*(3), 323. https://doi.org/10.3390/educsci13030323

Robitaille, A. (2023). *Intervention infirmière pour optimiser la rétroaction constructive donnée par les préceptrices dans les milieux de soins*. Université de Sherbrooke.

Rogers, P. L. (2022). *Implementation of a peer mentor program in new graduate pediatric intensive care unit nurses to reduce burnout : A practice change* (2022-70649-236; Numéros 11-B). ProQuest Information & Learning.

Rohatinsky, N., Harding, K., & Carriere, T. (2017). Nursing student peer mentorship : A review of the literature. *Mentoring & Tutoring: Partnership in Learning*, *25*(1), 61-77. https://doi.org/10.1080/13611267.2017.1308098

Rush, K. L., Janke, R., Duchscher, J. E., Phillips, R., & Kaur, S. (2019). Best practices of formal new graduate transition programs : An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, *94*, 139-158. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.010

Saghafi, F., Hardy, J., Leigh, M. C., & Hillege, S. (2023). Intensive care as a specialty of choice for registered nurses : A descriptive phenomenological study. *Nursing in Critical Care*, nicc.12965. https://doi.org/10.1111/nicc.12965

Santé Canada. (2024a). *Boîte à outils pour la rétention des effectifs infirmiers : Améliorer la vie professionnelle du personnel infirmier au Canada*. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/boite-outils-retention-effectifs-infirmiers-ameliorer-vie-professionnelle-personnel/introduction.html

Schiavenato, M., & Chu, F. (2021). PICO : What it is and what it is not. *Nurse Education in Practice*, *56*, 103194. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103194

Schroyer, C. C., Zellers, R., & Abraham, S. (2020). Increasing Registered Nurse Retention Using Mentors in Critical Care Services. *The Health Care Manager*, *39*(2), 85-99. https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000293

Seshabela, H., Havenga, Y., & de Swardt, H. C. (Rina). (2020). Nursing Student Peer Mentorship : The Importance of Professional Relationships. *Africa Journal of Nursing & Midwifery*, *22*(1), 1-17. https://doi.org/10.25159/2520-5293/6964

Sibiya, M. N., Ngxongo, T. S. P., & Beepat, S. Y. (2018). The influence of peer mentoring on critical care nursing students' learning outcomes. *International Journal of Workplace Health Management*, *11*(3), 130-142. https://doi.org/10.1108/IJWHM-01-2018-0003

Sides, C. H., & Mrvica, A. (2017). *Internships : Theory and practice*. Routledge.

Stacey, G., & Hardy, P. (2011). Challenging the shock of reality through digital storytelling. *Nurse Education in Practice*, *11*(2), 159-164. https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.08.003

Stewart, C. (2021). Understanding new nurses' learning experiences in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*, *67*, 103094. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103094

Tiew, L. H., Koh, C. S. L., Creedy, D. K., & Tam, W. S. W. (2017). Graduate nurses' evaluation of mentorship : Development of a new tool. *Nurse Education Today*, *54*, 77-82. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.016

Van Den Heede, K., Florquin, M., Bruyneel, L., Aiken, L., Diya, L., Lesaffre, E., & Sermeus, W. (2013). Effective strategies for nurse retention in acute hospitals : A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(2), 185-194. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.12.001

Verret, G., & Lin, V. (2016). Easing the Transition : An Innovative Generational Approach to Peer Mentoring for New Graduate Nurses. *Journal of pediatric nursing*, *31*(6), 745-756. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.08.003

Vessey, J. A., DeMarco, R. F., Gaffney, D. A., & Budin, W. C. (2009). Bullying of Staff Registered Nurses in the Workplace : A Preliminary Study for Developing Personal and Organizational Strategies for the Transformation of Hostile to Healthy Workplace Environments. *Journal of Professional Nursing*, *25*(5), 299-306. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2009.01.022

Zhang, Y., Qian, Y., Wu, J., Wen, F., & Zhang, Y. (2016). The effectiveness and implementation of mentoring program for newly graduated nurses : A systematic review. *Nurse Education Today*, *37*, 136-144. https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.027

ANNEXE 1

Résultat et analyse critique de la recherche documentaire

Type de texte	Quantité	Grille d'analyse utilisée	Auteur et année
Étude quasi expérimentale	3	JBI checklist for quasi-experimental studies	(Bowers, 2022) (Napierkowski et Migliore, 2022) (Schroyer et al., 2020)
Résumé des données probantes/avis d'experts	1	JBI checklist for text opinion	(Anderson et Watkins, 2018)
Étude qualitative descriptive	8	Grille d'analyse d'étude qualitative de l'INESSS	(Cust et al., 2022) (Devey Burry et al., 2020) (Joubert et de Villiers, 2015) (Kramer et al., 2018) (Lombardo et al., 2017) Riveness Lafontan et al., 2023) (Seshabela et al., 2020) (Verret et Lin, 2017)
Théorisation ancrée	1	Grille d'analyse d'étude qualitative de l'INESSS	(Ferguson, 2011)
Qualitative exploratoire	1	Grille d'analyse d'étude qualitative de l'INESSS	(Sibiya et al., 2018)
Revue de portée	1	Grille d'évaluation AMSTASR de l'INESSS pour les revues systématiques	(Jacobs, 2017)
Étude mixte	3	Mixed Method appraisal tool (MMAT)	(Latham et al., 2016) (Majors et al., 2022) (Mills et Mullins, 2008)
Étude quantitative descriptive	1	JBI checklist for analytical cross sectional studies	(Mlaba et Emmamally, 2019)

Revue de littérature	1	Grille d'évaluation AMSTASR de l'INESSS pour les revues systématiques	Rohatinsky et al., 2017)
Revue intégrative	1	Grille d'évaluation AMSTASR de l'INESSS pour les revues systématiques	Zhang et al., 2017)

ANNEXE 2

Synthèse des écrits recensés

Auteurs, date et lieu de publication	Devis	Population à l'étude et échantillon	Composantes du programme	Résultats	Forces et limites
Andersen, T., & Watkins, K. (2018) Canada	Revue explicative	Inconnu	Établissement d'objectifs et des attentes Explications claires du programme Critères de sélection et de jumelage des personnes mentores Formation des personnes mentores Culture et soutien organisationnel	**Personnes mentorées** Diminution de l'anxiété Meilleure intégration dans le milieu Meilleurs résultats académiques Défi : relation de pouvoir peut s'installer Habiletés de communication du mentor parfois à améliorer **Personnes mentores** Amélioration de la pensée critique Développement professionnel Défi : Manque de temps pour la rétroaction, absence de relation de pouvoir, relation enrichissante	**Forces** Perception organisationnelle Met en perspective les bénéfices du programme, mais aussi les défis rencontrés **Limites** Échantillon non décrit, méthodologie non expliquée Niveau d'évidence très bas sur la pyramide Personnes étudiantes personnes mentorées par des personnes étudiantes : certains résultats sont non pertinents ou doivent être adaptés au milieu professionnel

				Organisation Rétention Environnement apprentissage positif, attraction Défi : Soutien de la personne mentore, suivi du programme	Pas dans un milieu de soins critiques
Bowers, T. B (2022) États-Unis	Quasi expérimental	IND Groupe intervention *n*=6 Groupe témoin *n*=7	Évaluation des retombées à l'aide d'outils de collectes de données	Augmentation statistiquement significative de la confiance (p=<0,001) Augmentation statistiquement significative de la satisfaction au travail (P=0,012) Augmentation non statistiquement significative de l'intention de rester (P=0,68)	**Forces** Implique des IND N'évalue pas les composantes du programme en soi, mais l'efficacité de celui-ci sur les IND, donc les retombées Utilisation d'outils de collectes de données **Limites** Petit échantillon Fait sur un seul site Pas de perception des personnes mentores Pas dans un milieu de soins critiques
Cust, F. et al. (2022) Angleterre	Qualitatif descriptif	Personnes étudiantes	Clarification des rôles Soutien organisationnel	**Personnes mentorés** Diminution de la peur de l'inconnu	**Forces** Personnes étudiantes mentorés par des personnes étudiantes lors

		Personnes mentorées (N=20) Personnes mentores (N=19)	Établissement des limites Critères de sélection et de jumelage des personnes mentores Formation des mentores	Clarification des rôles permet de comprendre les attentes des personnes mentores Crée un espace sécuritaire pour poser des questions Diminue la peur d'échouer **Personnes mentores** Reconnaissance de leur propre connaissances et compétences Se sentent utiles Mise à jour des connaissances Augmente le sentiment d'appartenance	de l'externat, donc dans un milieu clinique Perceptions des personnes mentorées et mentores **Limites** Étude faites lors de la pandémie, a limité certaines rencontres en présentiel Petit échantillon Pas dans un milieu de soins critiques
Devey Burry R. et al. (2018) Canada	Qualitatif descriptif et interprétatif	IND (N=13) Personnes mentores (N=12)	Critères et jumelage des personnes mentores et des IND	La méthode la plus efficace parmi toutes celles qui ont été analysées est le jumelage intentionnel, fait par un gestionnaire qui connaît bien ses personnes mentores et qui peut les jumeler selon leurs compétences et objectifs de mentorat avec les besoins et objectifs des IND.	**Forces** Implique des IND Étudie tous les types de jumelage et les comparent entre eux ainsi que les critères Perceptions des IND et des personnes mentorées **Limites** Pas dans un milieu de soins critiques

				Importance que la personne mentores soit volontaire afin d'optimiser la relation Le fait d'établir une connexion initiale avant le début de la relation favorise le lien de confiance La sélection de la personne mentore par l'IND permet aussi un meilleur lien de confiance mais nécessite une grande banque de personnes mentores	
Ferguson, L. M. (2011) Canada	Théorisation ancrée	IND (N=25)	Critères de sélection et de jumelage des personnes mentores	Personnes mentores volontaires rendent la relation bénéfique Aligner les objectifs et compétences des personnes mentores avec les besoins des IND rend la relation bénéfique Meilleure intégration des IND à l'équipe La relation bénéfique favorise une meilleure socialisation	**Forces** Implique des IND Perception d'IND ayant été mentorées mais aussi de celles ne l'ayant pas été Permet de déterminer les critères de sélection des personnes mentores qui rendent la relation bénéfique **Limites** Groupe IND mentorées versus non mentorées non séparés

					Pas dans un milieu de soins critiques Pas de perception des personnes mentores
Jacobs, S. (2017) Canada	Revue de portée	Articles analysés qui examinent la relation de mentorat dans un milieu académique ou clinique (N=12)	Définition des rôles Critères de sélection des personnes mentores	Certains critères de sélection favorisent le développement d'une relation enrichissante Relation enrichissante favorise : Meilleure attraction de la relève Facilite la transition des personnes mentorées	**Forces** Permet une meilleure définition du rôle des personnes mentores **Limites** Articles utilisés pour la revue de portée inclut tant des IND et des personnes étudiantes Pas dans un milieu de soins critiques
Joubert, A., & Villiers, J. de. (2015) Afrique du Sud	Qualitatif descriptif	Personnes étudiantes Personnes mentorées (N=14) Personnes mentores (N=5)	Critères de sélection et jumelage des personnes mentores Formations des personnes mentores	Relation plus bénéfique se les personnes mentores sont volontaires et sélectionnées selon certains critères et jumelées selon la mise en commune des attentes et des objectifs Expérience de mentorat améliorée si personnes mentores ont reçu une formation Meilleur engagement des personnes mentores si participent à certains	**Forces** Étude menée dans un milieu de soins critique Perceptions des personnes mentores et mentorées **Limites** Personnes étudiantes mentorés par des personnes étudiantes Petit échantillon

				éléments de l'élaboration du programme	
Kramer, D. et al. (2018) États-Unis	Qualitatif descriptif rétrospectif	Personnes étudiantes Personnes mentorées (N =15-40) Personnes mentores(N =10-12)	Formation des personnes mentores Évaluation continue de la structure du programme	Soutien organisationnel et création d'un groupe de soutien pour les personnes mentores augmente l'engagement de celles-ci Formation des personnes mentores permet d'augmenter la confiance en leur capacités Planification de rencontres hebdomadaires avec les personnes mentorées permet d'assure une meilleure rétroaction Évaluation continue du programme permet une amélioration en continu de celui-ci	**Forces** Description complète du programme de mentorat Met en perspective l'évaluation continue du programme **Limites** Personnes étudiantes mentorés par des personnes étudiantes Échantillon très peu précis, méthode de récolte de données non mentionnée Pas dans un milieu de soins critiques
Latham, C. et al. (2016) États-Unis		Échantillon Non documenté, mais personnes mentores sont des personnes étudiantes senior et les	Critères de sélection et de jumelage des personnes mentores Formation des personnes mentores Clarification des rôles	Le programme a permis un meilleur engagement des personnes mentores dans leur organisation Personne mentores expérimenté augmente la confiance de la personne mentorée envers celle-ci Relation de mentorat diminue l'anxiété des	**Forces** Perceptions organisationnelles, des personnes mentorées et mentores Plusieurs éléments de la structure du programme décrit explicitement **Limites**

		personnes mentorées sont des personnes étudiantes universitaires de première année	Soutien organisationnel	personnes mentorées et favorise la socialisation Personnes mentores se sentent plus soutenues et plus engagées si elles ressentent un soutien organisationnel et qu'il y a création d'un groupe de soutien pour les personnes mentores	N'implique pas des IND Pas dans un milieu de soins critiques
Lombardo, C. et al. (2017) Canada	Qualitatif descriptif	Personnes étudiantes Personnes mentorées (N=41)	Clarification des rôles Rencontres planifiées Critères de sélection et de jumelage des personnes mentores Soutien organisationnel	Jumelage basé sur certaines similarités permet le une meilleure implication des personnes mentores et mentorées Critères de sélection des personnes mentores favorisent une relation enrichissante Clarification des rôles permet de moduler les attentes Personne-ressource devrait être disponible en tout temps pour les personnes mentores	**Forces** Prise en considération du choc de transition **Limites** Pas de perceptions des personnes mentores Pas d'évaluation des retombées du programme (compétence, transition) Pas dans un milieu de soins critiques
Majors, E. et al. (2022) États-Unis	Descriptif qualitatif et quantitatif	Personnes étudiantes Personnes mentorées (N=163)	Critères de jumelage Établissement d'objectifs et d'attentes	Le fait qu'un pair soit la personnes mentores permet l'établissement d'une meilleure relation de confiance	**Forces** Spécification des bénéfices que le mentorat soit fait par un pair

		Personnes mentores (N=75)		Jumelage basé sur des objectifs communs permet une relation plus enrichissante et bénéfique	Grand échantillon Perceptions des personnes mentores et mentorées **Limites** Personnes étudiantes mentorés par des personnes étudiantes Seulement 50 % des personnes mentorées et mentores ont rempli le questionnaire Pas dans un milieu de soins critiques
Mills, J. F., & Mullins, A. C. (2008) États-Unis	Descriptif qualitatif et quantitatif	IND (N=inconnu)	Formation des personnes mentores Critères de jumelage Soutien organisationnel Évaluation des retombées du programme	Facteurs de succès du programme : formation des personnes mentores, critères de jumelage, implication des personnes mentores dans l'élaboration de certains éléments Programme a permis de diminuer le taux d'attrition Relation enrichissante entre les personnes mentores et les IND a augmenté la satisfaction au travail des IND	**Forces** Implique des IND Accent sur l'importance d'évaluer le programme **Limites** Taille de l'échantillon non-connu Outil de collectes de données non-nommés Pas dans un milieu de soins critiques

				Augmentation de la rétention des IND et de la confiance professionnelle Évaluations des retombées permet de déterminer la poursuite ou non du programme	
Mlaba, Z. P., & Emmamally, W. (2019) Afrique du Sud	Non expérimental quantitatif descriptif	Personnes étudiantes Personnes mentorées (N=94) Personnes mentores (N=56)	Formation des personnes mentores Soutien organisationnel Évaluation continue de la structure du programme Critères de sélections des personnes mentores Établissement des attentes	Formation des personnes mentores améliorent les compétences de celles-ci et favorisent la confiance des personnes mentorées Soutien organisationnel permet un meilleur encadrement des personnes mentores et augment leur confiance Mise en commun des attentes permet le développement d'une relation enrichissante Programme de mentorat permet une meilleure transition de la personne étudiantes vers son rôle professionnel et meilleure capacité d'appliquer la théorie à la pratique	**Forces** Perception des personnes mentores et mentorées Plusieurs recommandations cliniques émises **Limites** Personnes étudiantes mentorés par des personnes étudiantes Faite sur un seul campus Pas de groupe contrôle Pas dans un milieu de soins critiques
Napierkowski, D., &	Quasi-expérimentale	Personnes étudiantes	Critères de sélection des	Structuration du programme permet un meilleur engagement des	**Forces** Vision organisationnelle et culture du milieu

Migliore, D. A. (2022) États-Unis		Personnes mentorées (N=20) Personnes mentores (N=17)	personnes mentores Soutien organisationnel Culture de mentorat	personnes mentores dans le milieu Culture de mentorat permet une meilleure implantation du programme et un meilleur engagement Diminution de l'attrition Meilleure socialisation Relation plus enrichissante et meilleur lien de confiance lorsque les personnes mentores sont sélectionnées selon des critères	Perception des personnes mentores et mentorées **Limites** Personnes étudiantes mentorés par des personnes étudiantes Pas de groupe contrôle Personnes mentores rémunérés Pas dans un milieu de soins critiques
Rivenes Lafontan, S. et al. (2023) Norvège	Qualitatif descriptif	Personnes mentores (N=11)	Établissement de limites Clarification des rôles Formation des personnes mentores	La définition des rôles et l'établissement de limites crée un meilleur lien de confiance La formation des personnes mentores permet de mieux développer leur compétence et augmenter la confiance en leur capacité Personnes mentorées ont le sentiment qu'elles ont facilité la transition de la personne mentorée	**Forces** Compréhension approfondie du rôle de mentor **Limites** Personnes étudiantes Pas de perception des personnes mentorées Rencontre faites en virtuel Pas dans un milieu de soins critiques

Rogers, P.L. (2022) États-Unis	Quasi-expérimental	IND (N=8) Personnes mentores (N=8)	Évaluation des retombées de programme	Augmentation de la confiance non statistiquement significative (P=0,367) Augmentation de la satisfaction au travail non statistiquement significative (P=0,203)	**Forces** Description complète des retombées Utilisation d'outils de collecte de données Perceptions des personnes mentores et des IND Implique des IND **Limites** Pas de description des éléments de la structure du programme et de leur influence sur les retombées Résultats non statistiquement significatifs Pas dans un milieu de soins critiques
Rohatinsky, N. et al. (2017) Canada	Revue de littérature	Articles analysée (N=20)	Formation des personnes mentores Planification de rencontres Évaluation continue du programme et des retombées	Formation permet meilleure confiance des personnes mentores Planification de rencontres permet d'assurer un temps de rétroaction **Bénéfices personnes mentorées** Favorise une meilleure socialisation	**Forces** Perception organisationnelle Milieux variés **Limites** Hétérogénéité des méthodes de mentorat Pas spécifiques aux soins critiques

			Critères de jumelage	Diminue l'anxiété Augmentation de la confiance et de l'estime de soi **Bénéfices personnes mentores** Augmentation de la confiance Meilleur leadership dans l'organisation Accomplissement de soi **Bénéfices organisation** Attraction dans le programme	
Schroyer, C. et al. (2020) États-Unis	Quasi-expérimental rétrospectif	Rétention IND mentorées(N=35) IND non mentorées (N=35) Satisfaction du programme Personnes mentores (N=6) IND (N=10)	Évaluation des retombées et de la structure du programme Critères de jumelage Formation des personnes mentores	Satisfaction des IND et des personnes mentorées envers le programme : la formation des personnes mentores augmenterait l'efficacité du programme L'ajout de rencontre planifiée s'assurerait un meilleur soutien des IND Le fait que les personnes soient sur le même quart de travail assure une relation plus enrichissante	**Forces** Perception des IND et des personnes mentores Étude menée dans un milieu de soins critiques Implique des IND Utilisation d'outils de collecte de données **Limites** Augmentation de la rétention peut être liée à des facteurs externes

				Augmentation de la rétention (P=0,009) stabilité de l'équipe, diminution des coûts reliés à l'attrition et augmentation de la satisfaction des patients	
Seshabela, H. et al. (2020) Afrique du Sud	Descriptif qualitatif	Personnes étudiantes Personnes mentorées (N= 16) Personnes mentores (N=4)	Établissement des attentes et des limites →contrat formel Clarification des rôles Critères de sélection des personnes mentores Formation des personnes mentores	Limites permettent de bien guider la relation de mentorat et préviennent la surcharge des personnes mentores Contrat de confidentialité favorise une meilleure relation de confiance La relation doit être encadrée pour qu'elle soit bénéfique →Contrat de mentorat Meilleure disponibilité pour la rétroaction et développement d'une relation plus enrichissante si les personnes mentores sont sur le même quart de travail Implication dans la relation de mentorat rend celui-ci plus efficace et bénéfique	**Forces** Perception des personnes mentores et mentorées Intégration de la notion de contrat, prise en compte de la confidentialité **Limites** Personnes étudiantes mentorés par des personnes étudiantes Petit échantillon Afrique du Sud = différences culturel et organisationnelles, moins applicable ou Canada Pas dans un milieu de soins critiques

Sibiya, M. N. et al. (2018) Afrique du Sud	Qualitatif exploratoire	Personnes étudiantes à l'externat en soins critiques mentorées (N=10)	Soutien organisationnel Critères de sélection des personnes mentores	La structure du programme de mentorat permet le développement d'une meilleure autonomie des personnes mentorées, augmente leur confiance et l'estime de soi et favorise le développement professionnel= meilleure socialisation et intégration dans l'équipe Les critères de sélections des mentores augmentent la confiance des personnes mentorées et favorise le développement d'une relation enrichissante =environnement sécuritaire	**Forces** Études faites en soins critiques Personnes étudiantes à l'externat (plus transférable à des IND) **Limites** Pas de perceptions des personnes mentores Personnes étudiantes mentorés par des personnes étudiantes Personnes mentores sont parfois des infirmières du milieu vu le manque de personnes mentores étudiantes (plus ou moins par les pairs)
Tiew, L.H. et al. (2017) Singapour	Quasi-expérimental	IND (N=77)	Évaluation de la structure du programme	Outil valide et fidèle qui permet d'évaluer réellement la satisfaction des IND envers un programme de mentorat selon des critères (alpha de Cronbach = 0,92 et t-test= 0,81)	**Forces** Outil de collecte de données validé Permet de conseiller ou non l'utilisation d'un outil Utilisé auprès des IND **Limites** Se concentre exclusivement sur

					l'évaluation de programme Ne met pas en perspective les éléments de la structure du programme Pas dans un milieu de soins critiques
Verret, G., & Lin, V. (2016) États-Unis	Qualitatif descriptif	IND (N=7) Pairs personnes mentores (N=5) Infirmières senior (N=5)	Culture de mentorat Formation des personnes mentores et explication du programme Clarification des rôles Évaluation continue de la structure du programme Soutien organisationnel	Évaluation continue du programme a permis l'amélioration en cours de programme L'ajout d'une formation pour les personnes mentores a augmenté la satisfaction et la confiance de celles-ci Ajout de soutien organisationnelle a augmenté les qualités du programme de mentorat L'amélioration du programme de mentorat a permis de faciliter la transition des IND, de diminuer leur anxiété et d'augmenter la rétention Amélioration du travail d'équipe	**Forces** Perception organisationnelle, des personnes mentores et des IND Faites avec des IND Milieu de soins critiques **Limites** Petit échantillon 1 seule milieu à l'étude 2 personnes mentores pour une seule IND

Zhang, Y. et al (2016) Chine	Revue systématique	Articles analysés (N=16) impliquant des IND mentorées	Formation des personnes mentores Établissement des objectifs Rencontres planifiées Critères de sélection et de jumelage	La relation de mentorat est optimisée si sélection et jumelage rigoureux des personnes mentores Personnes mentores plus efficiente si formation complète Rencontres planifiées favorisent une relation enrichissante et augmente les opportunités de rétroaction Durée du programme (entre 12 et 24 mois) diminue l'anxiété des IND et facilite la transition Programme formel et structuré augmente la satisfaction au travail, la socialisation professionnelle et la compétence infirmière	**Forces** Spécifique aux IND Articles provenant de différents pays, permettant d'avoir plusieurs perspectives Plusieurs éléments de la structure sont présents dans les résultats et sont analysés **Limites** Pas dans un milieu de soins critiques

ANNEXE 3

Questionnaire d'évaluation des besoins

Questionnaire d'évaluation des besoins

Merci de prendre le temps de compléter ce questionnaire. Celui-ci permettra de sonder votre intérêt à agir à titre de mentor auprès des infirmières nouvellement diplômées qui sont orientées sur votre unité. De plus, il permettra aussi de connaître vos besoins en matière de formation et de soutien clinique.

1. Combien d'année d'expérience totale cumulez-vous comme infirmière?

- ◯ Moins de 5 ans
- ◯ Entre 5 et 10 ans
- ◯ Entre 10 et 15 ans
- ◯ Plus de 15 ans

2. Combien d'année d'expérience totale cumulez-vous comme infirmière en soins critique?

- ◯ Moins de 5 ans
- ◯ Entre 5 et 10 ans
- ◯ Entre 10 et 15 ans
- ◯ Plus de 15 ans

3. Avez-vous déjà reçu la formation de tutorat et d'accompagnement de la relève?

- ◯ Oui
- ◯ Non

4. Vous sentez vous assez outillé pour soutenir la relève et agir comme personne de soutien pour celle-ci?

- ◯ Oui
- ◯ Non

5. Seriez-vous intéressé à recevoir une formation pour devenir mentor auprès de la relève dans le milieu de soins?

- ◯ Oui
- ◯ Non

6. Pour chacune des affirmations suivantes, énoncer votre niveau d'accord selon l'échelle suivante

	Totalement en désaccord	En désaccord	En accord	Totalement en accord	Non aplicable
Je connais les stades de développement de Benner(de novice à expert)	○	○	○	○	○
Je connais le choc de transition	○	○	○	○	○
Je connais les stades de transition	○	○	○	○	○
Je suis à l'aise pour moi-même donner de la rétroaction constructive à la relève	○	○	○	○	○
Je connais les différentes techniques de rétroaction	○	○	○	○	○
Je suis à l'aise d'agir comme soutien et d'accompagner la relève	○	○	○	○	○
Je connais le rôle d'accompagnement des CÉPIS	○	○	○	○	○
Je connais les rôles et les tâches des CÉPIS selon l'OIIQ	○	○	○	○	○
Je suis à l'aise d'intervenir lors d'une situation de conflit	○	○	○	○	○
Je connais les stratégies de gestion du stress et de l'anxiété	○	○	○	○	○
Je suis à l'aise d'utiliser différentes stratégies de communication	○	○	○	○	○

7. Serait-il bénéfique pour vous de discuter des défis rencontrés dans votre relation d'accompagnement avec des collègues qui ont le même rôle que vous?

○ Oui

○ Non

8. À quelle fréquence?

○ 1 fois par semaine

○ 1 aux 2 semaines

○ 1 fois par mois

○ Aux 2 mois

○ Aux 6 mois

9. Serait-il bénéfique pour vous de discuter des défis rencontrés dans votre relation d'accompagnement avec des conseillères en soins ou des conseillères cadres?

- ◯ Oui
- ◯ Non

10. À quelle fréquence?

- ◯ 1 fois par semaine
- ◯ 1 aux 2 semaines
- ◯ 1 fois par mois
- ◯ Aux 2 mois
- ◯ Aux 6 mois

11. Serait-il bénéfique pour vous de discuter des défis rencontrés dans votre relation d'accompagnement avec une ASI ou un supérieur immédiat hiérarchique?

- ◯ Oui
- ◯ Non

12. À quelle fréquence?

- ◯ 1 fois par semaine
- ◯ 1 aux 2 semaines
- ◯ 1 fois par mois
- ◯ Aux 2 mois
- ◯ Aux 6 mois

13. Qu'est-ce qui stimulerait votre intérêt à devenir mentor dans le cadre d'un programme de mentorat par les pairs?

14. Quels sont les éléments qui diminuerait votre intérêt à devenir mentor dans le cadre d'un programme de mentorat par les pairs?

ANNEXE 4

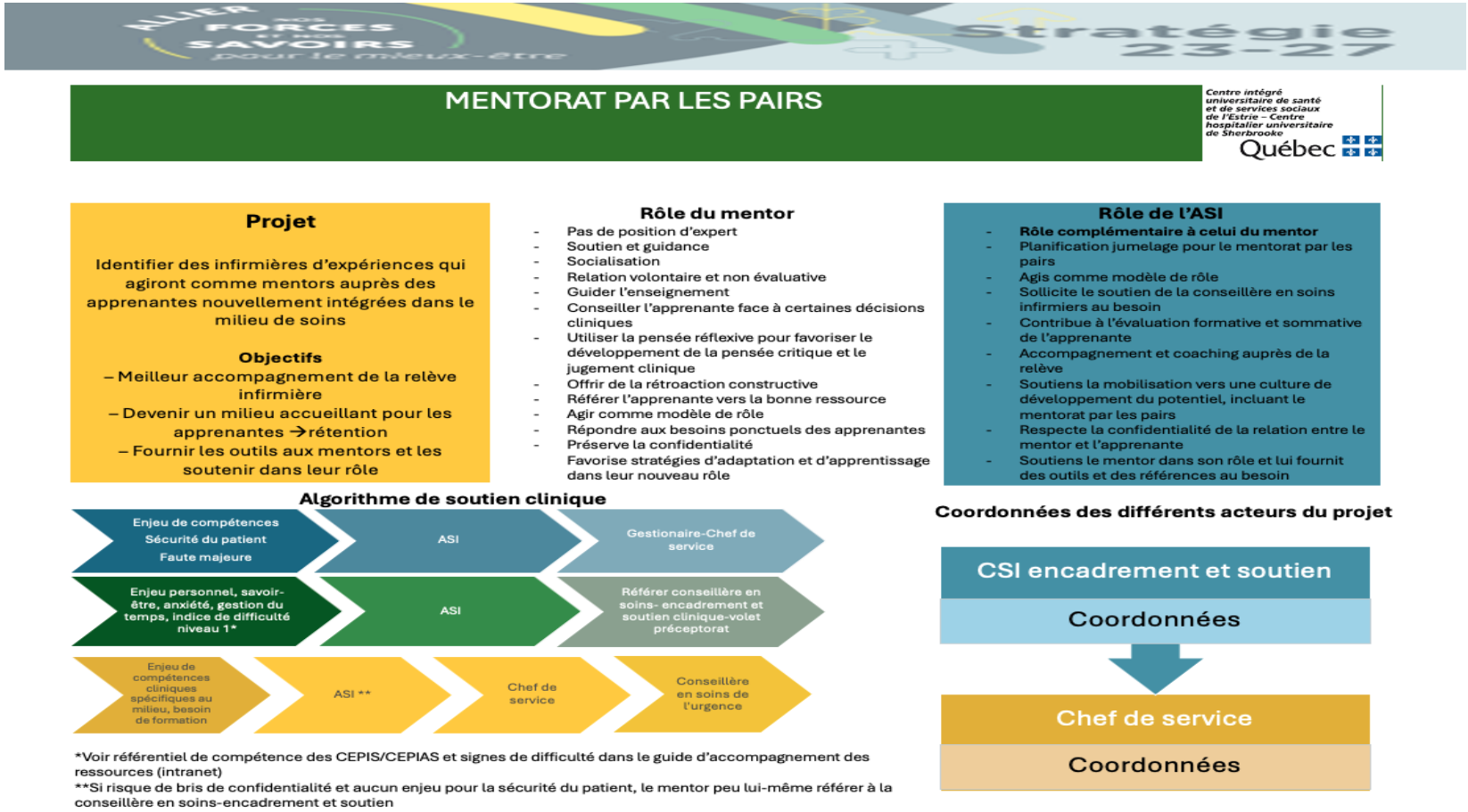
Tableau de triangulation des données

	Littérature	**Besoins nommés**	**Offre de formation actuelle (ENA)**	**Outils disponibles sur intranet et localisation**	**Capsule formative**	**Pochette d'outil**
Outils de résolution de conflits			Disponible	Préciser la localisation et comment y accéder		
Outils de communication			Disponible	Dans pochette		
Pensée systémique						
Diversité générationnelle et culturelle						
Rôle et responsabilité du mentor						
Réduction du stress/anxiété			Disponible ?			
Ressources disponibles			Partiellement	Partiellement		
Habiletés cliniques			Conseillère ?	MSI +conseillère		
Rétroaction				Sera ajouté dans intranet		
Explication du programme						

Choc et stade de transition				Programme de préceptorat en soins infirmiers		
Apprentissage spécifique aux adulte						
Rôle et responsabilité ASI				Référentiel des compétences des ASI		
Rôles et responsabilité acteurs dans le soutien clinique				Partiel (outil de référence pour gestionnaire)		
Rôles et responsabilité CÉPIS				Documents pour l'intégration du personnel infirmier →Référentiel de compétence des CEPIS-CEPIA et externes		
Légende	À ajouter/élaborer	Partiel	Présent	Possibilité d'ajout (existant)	Ajouté	

ANNEXE 5

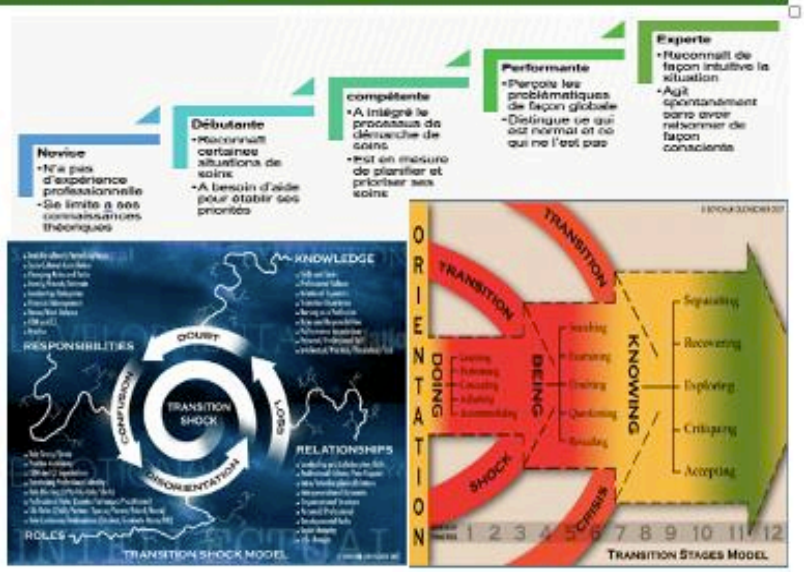
One pager



OUTILS CLINIQUES

Accompagnement tient compte de

- ✓ Enjeux générationnels
- ✓ Théorie de Benner : De novice à expert
- ✓ Théorie des stades de transition
- ✓ Choc de transition



Quelles stratégies pédagogiques utiliser ?

- ✓ Approche réflexive
- ✓ Rétroaction constructive
- ✓ Gestion de conflit
- ✓ Coaching clinique

Où je les retrouve ?

Comment accéder à certains outils pédagogiques (rétroaction, approche réflexive)
Intranet →Intégration des employés →Programmes de soutien et d'encadrement clinique →Boîte à outils

Formations supplémentaires incluant outils pédagogiques (Gestion des conflits, habiletés de communication, facteurs influençant sur l'apprentissage)
ENA →Mes formations →Adopter des stratégies gagnantes en supervision →Atelier du CNFS-Volet
Université d'Ottawa →Ateliers disponibles →Sélectionner activité voulue

Guide d'accompagnement des ressources
Intranet →Intégration des employés →Évaluation des employés →Guide à l'intention des gestionnaires pour l'accompagnement de la ressource avant la probation

Référentiel de compétence des CEPIS
Intranet →Intégration des employés →Relève en soins infirmiers →Documents pour l'intégration du personnel infirmier →Référentiel de compétence des CEPIS-CEPIA et externes

Intranet →Intégration des employés →relève en soins infirmiers →Candidate à l'exercice de la profession (CEPI) →Activités autorisées et non autorisées aux CEPIS universitaires à l'urgence

Projet : Joanie Bouchard M.Sc.Inf.(Ét.)

ANNEXE 6

Contrat de mentorat

ALLIER NOS FORCES ET NOS SAVOIRS pour le mieux-être

Stratégie 23-27

Contrat de mentorat (IND)

Nom de la personne mentorée : _____

Nom de la personne mentore : _____

Lieu de l'intégration : _____

Dates de préceptorat: Du _____ au _____

Quart de travail : _____

Externat et expérience de travail jusqu'à ce jour :

ENDROIT	DOMAINE	DURÉE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Les rencontres hebdomadaires auront lieu chaque : _____ (jour de la semaine) à _____ heure)

_____

_____

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Québec

ALLIER NOS FORCES ET NOS SAVOIRS pour le mieux-être

Stratégie 23-27

Objectifs d'apprentissage personnels	Stratégies pour atteindre ces objectifs
1.	• • •
2.	• • •
3.	• • •
4.	• •
5.	• • •
6.	• • •

Attentes de l'IND envers la personne mentore (approche pédagogique, type de communication, attitude, accompagnement souhaité)

- _____
- _____
- _____
- _____

ALLIER NOS FORCES ET NOS SAVOIRS pour le mieux-être

Stratégie 23-27

Contrat de mentorat (personne mentore)

Attentes de la personne mentore envers l'IND (attitude, question, communication, respect)

- _____
- _____
- _____

Limites pour la personne mentore (éléments à ne pas aborder, confidentialité, respect, disponibilité)

- _____
- _____
- _____

En tant que personne mentore, je m'engage à

- ❑ Être réceptif aux attentes du stagiaire
- ❑ Offrir au stagiaire le soutien et les outils nécessaires à sa réussite
- ❑ Donner de la rétroaction constructive pour améliorer son rendement

Contrat de mentorat (partie commune)

Nous, _____ (IND) et _____ (personne mentore), avons lu et compris les termes de cette entente. Nous nous engageons à les respecter et sommes conscients que des modifications pourront y être apportées si nous le jugeons nécessaire. Nous nous engageons aussi à respecter la confidentialité en tout temps et ne pas divulguer les éléments qui ont été discutés et observés, à moins d'entente contraire.

Signature (mentoré) : _____

Signature (personne mentore) : _____

Date : _____

Date de révision du contrat : _____

ANNEXE 7

Journal de bord

ALLIER NOS FORCES ET NOS SAVOIRS pour le mieux-être

Stratégie 23-27

Journal de bord

Date : _____

Activités effectuées	Compétences développées / Objectifs travaillés
Précisez toutes les informations pertinentes : nom des personnes concernées, nom de la personne soignée, examens médicaux, diagnostic, traitement, matériel utilisé, etc.	*Précisez lesquelles, comment elles ont été développées et pourquoi vous les avez appliquées.*

Quelles difficultés ai-je rencontrées? Comment les ai-je surmontées? Comment pourrais-je agir différemment la prochaine fois?

Quels sont mes bons coups? Quels commentaires ai-je reçus de ma personne préceptrice/mentore? Que puis-je faire pour m'améliorer la prochaine fois?

Réflexions, questionnements

Mes objectifs pour la semaine prochaine

(Bernard et Goodyear, 2019; Mahmoud et Omar, 2018; Sides et Mrvica, 2017)

ANNEXE 8

Lettre de recommandation au milieu

À la personne gestionnaire du milieu

Objet : Conclusion du projet d'élaboration du programme de mentorat par les pairs à l'urgence

Madame,

Je vous soumets, comme entendu préalablement, le résumé de l'intervention en lien avec mon stage de maîtrise qui s'est déroulé dans votre milieu. Vous trouverez à la toute fin, mes recommandations pour la poursuite du projet.

Entente initiale

Lors de nos premières rencontres, au mois d'avril, nous avons établi une collaboration afin de développer et d'implanter un programme de mentorat par les pairs dans votre milieu.

Nous avons discuté notamment du programme d'intégration actuellement en place dans votre milieu et d'une solution concrète pour l'améliorer. Je me suis engagée à développer les lignes directrices du programme en tenant compte des particularités de votre milieu et des ressources qui y étaient disponibles. Je devais par la suite débuter l'implantation de celui-ci avant l'intégration des nouveaux orientés au mois de mai-juin et s'assurer que tout soit en place afin de favoriser le suivi et la continuité du projet dans votre milieu.

Nous avons établi que la priorité était d'identifier des infirmières expérimentées qui agiront à titre de personnes mentores auprès des personnes apprenantes qui seront intégrées dans le milieu. Certains éléments ont par la suite été mis en place afin de les aider à progresser dans ce rôle et à bien accompagner la personne apprenante tout au long de la période de mentorat.

L'emphase a été mise sur la formation des personnes mentores et le soutien organisationnel offert à celles-ci tout au long de la période de mentorat

Déroulement de l'intervention

Au tout début du projet, une évaluation des besoins de formation et de soutien a été effectuée auprès des infirmières du milieu et a été jumelée avec ce qui a été ressorti de la littérature et ce qui était présent dans la formation du CIUSSSE-CHUS. À la suite de la triangulation de ces données, le contenu de la formation a été décidé. Il a d'abord été nécessaire de définir les rôles des différents acteurs impliqués dans le projet (ASI, cheffe de service, CSI). À cette formation a été ajouté un résumé des différents outils pédagogiques provenant de la formation de l'ENA et l'algorithme de soutien tant pour les personnes mentores que pour les personnes apprenantes, incluant les coordonnées des différentes ressources.

En se basant sur la littérature, des critères de sélection ont été établis, ainsi que des critères de jumelage entre les personnes mentores et les personnes apprenantes. J'ai conservé ceux qui sont applicables dans le contexte du milieu, soit :

	Provenant de la littérature	**Applicables au milieu**
Critères de sélection des personnes mentores	Volontariat Lien non hiérarchique Expérience de travail (suffisante) Habiletés de communication Attitude bienveillante	Volontariat Lien non hiérarchique Expérience de travail > 5 ans Habiletés de communication Attitude bienveillante
Critères de jumelage des personnes mentores et des personnes apprenantes	Objectifs communs Données démographiques (âge/sexe/statut socioéconomique/communauté LGBTQ) Même quart de travail Même unité de soins	Même quart de travail Même unité de soins

Trois personnes mentores ont par la suite été sélectionnées qui répondaient à ces critères, soit sur chacun des quarts de travail. Comme aucune CÉPIS ne seraient intégrées dans le milieu dans un avenir rapproché, il a été décider d'initier le projet avec une

infirmière d'expérience qui sera intégrée dans les prochains jour et auprès d'une infirmière ayant fait son intégration récemment.

Vu la difficulté de libérer les infirmières et d'autoriser la rémunération en heures supplémentaires, j'ai décidé de modifier le format de la formation et d'élaborer une capsule formative et de la diffuser aux personnes mentores et aux ASI via leur adresse courriel. Il est aussi fortement suggéré que les personnes mentores visionnent la formation de préceptorat disponible sur l'ENA afin de consolider certains éléments, surtout en lien avec l'approche pédagogique de soutien et d'accompagnement.

De plus, il y a eu élaboration d'un document résumé, sous forme de document résumé. Celui-ci a été remis aux personnes mentores via une pochette d'outils. Ce résumé comprend l'explication du programme, le rôle de la personnes mentores et de l'ASI, un résumé de certaines approches pédagogiques et où les retrouver sur l'intranet ou sur l'ENA. De plus, à l'intérieur de la pochette, il y aura certains documents résumés en lien avec la rétroaction, l'approche réflexive, la résolution de conflit, le référentiel de compétences des CEPIS, les activités autorisées des CEPIS et le tableau des rôles de chacun des personnes impliquées dans le soutien clinique. Cette pochette a comme objectif de rendre disponible rapidement et en tout temps ce qui a été présenté dans la capsule et qui sert comme outil pédagogique dans la relation d'accompagnement.

J'ai finalement transmis une capsule formative aux deux infirmières avec qui nous avons décidé d'initier le projet. Celle-ci explique le projet et les rôles de différents intervenants dans le projet.

Évaluation de l'intervention

Le taux de complétion du questionnaire d'évaluation des besoins est très satisfaisant, soit 40 %. Les résultats spécifiquement en lien avec le soutien démontrent un besoin des personnes mentores en ce sens. Effectivement, celles-ci apprécieraient des rencontres entre les personnes mentores afin de discuter de leur approche et de leurs enjeux, et ce, 1 fois par mois. Une rencontre avec la CSI en soins critiques ou soutien et encadrement clinique serait aussi bénéfique. La fréquence pour ces rencontres serait plutôt une fois aux six mois. Finalement, les personnes mentores ont manifesté l'intérêt d'avoir

des rencontres avec une personne supérieure hiérarchique, soit l'ASI ou la cheffe de service une fois par mois.

Le milieu actuel présente certains défis tels que le manque de ressources, la difficulté de libérer du personnel, des changements organisationnels au sein de la DSI et les différents rôles de l'ASI dans l'intégration des nouvelles ressources. Cependant, plusieurs forces internes balancent ces défis et ont rendu possible le déroulement de l'intervention et sa mise en place. Le fait que les ASI soient impliqués et veulent soutenir la relève, que les infirmières soient mobilisées et que la cheffe de service soit impliquée ont été des leviers importants dans l'implantation de l'intervention.

Suite de l'intervention

Dans le but de poursuivre l'implantation du projet non seulement dans votre milieu, mais aussi de l'élargir à d'autres urgences, il sera nécessaire d'impliquer la DSI. Voici les actions proposées

1) Impliquer la CSI soins critiques afin d'assurer la continuité de l'intervention dans votre milieu
2) Impliquer la CSI soins critiques et la CSI-CSEC afin d'élargir l'intervention dans d'autres urgences et dans d'autres secteurs de soins
3) Planifier l'évaluation de l'intervention et ses retombées sur l'organisation, le milieu, les personnes mentores et les personnes apprenantes à l'aide d'outils validés par la littérature

Recommandations

Plusieurs éléments n'ont pas pu être mis en place dans votre milieu vu la courte durée du stage. Afin de répondre aux besoins des personnes mentores et de s'accorder avec la littérature, certaines recommandations doivent être faites pour assurer la continuité de l'intervention :

1) Planifier des rencontres entre les personnes mentores, entre la CSI soins critiques et les personnes mentores et entre l'ASI ou la cheffe de service et les personnes mentores à des intervalles réguliers.

2) Identifier et former trois autres personnes mentores (Une par quart de travail, exerçant sur la fin de semaine contraire de celles déjà sélectionnés) afin d'assurer une banque de personnes mentores et de pouvoir jumeler de façon optimale les personnes mentores avec les personnes apprenantes
3) Intégrer la capsule informative pour les personnes apprenantes au moment le plus opportun de l'intégration
4) Utiliser le programme de mentorat par les pairs qui a été développé pour promouvoir le milieu, le rendre plus accueillant et favoriser l'attraction de la relève

Joanie Bouchard Inf. B. Sc. Et. M. Sc.
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
Cheminement intervention, Université de Sherbrooke
Infirmière clinicienne, CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Chargée de cours, Université de Sherbrooke

ANNEXE 9

Lettre de recommandation à la DSI

À la DSI

Objet : Conclusion du projet d'élaboration du programme de mentorat par les pairs à l'urgence

Madame,

Je vous soumets, le résumé de l'intervention en lien avec mon stage de maîtrise qui s'est déroulé à l'urgence. Vous trouverez à la toute fin, mes recommandations pour la poursuite et le développement du projet.

Entente initiale

Au début du projet, au mois d'avril, il a été décidé d'élaborer et de développer un programme de mentorat par les pairs dans une urgence du CIUSSSE-CHUS. Je me suis engagée à développer les lignes directrices du programme en tenant compte des particularités du milieu et des ressources qui y étaient disponibles. Je devais par la suite débuter l'implantation de celui-ci avant l'intégration des nouveaux orientés au mois de mai-juin et s'assurer que tout soit en place afin de favoriser le suivi et la continuité du projet dans le milieu.

Nous avons établi que la priorité était d'identifier des infirmières expérimentées qui agiront à titre de mentores auprès des personnes apprenantes qui seront intégrées dans le milieu. Certains éléments ont par la suite été mis en place afin de les aider à progresser dans ce rôle et à bien accompagner la personnes apprenante tout au long de la période de mentorat.

L'emphase a été mise sur la formation des personnes mentores et le soutien offert à celles-ci tout au long de la période de mentorat

Déroulement de l'intervention

Au tout début du projet, une évaluation des besoins de formation et de soutien a été effectuée auprès des infirmières du milieu et a été jumelé avec ce qui a été ressorti de la littérature et ce qui était présent dans la formation du CIUSSSE-CHUS. À la suite de la triangulation de ces données, le contenu de la formation a été décidé. Il a d'abord été nécessaire de définir les rôles des différents acteurs impliqués dans le projet. L'objectif principal de la formation est d'expliquer le projet aux personnes mentores et leur rôle dans celui-ci ainsi que celui des autres personnes impliqués (ASI, cheffe de service, CSI). À cette formation a été ajouté un résumé des différents outils pédagogiques provenant de la formation de l'ENA et l'algorithme de soutien tant pour les personnes mentores que pour les personnes apprenantes, incluant les coordonnées des différentes ressources.

En se basant sur la littérature, des critères de sélection ont été établis, ainsi que des critères de jumelage entre les personnes mentores et les personnes apprenantes. J'ai conservé ceux qui sont applicables dans le contexte du milieu, soit :

	Provenant de la littérature	**Applicables au milieu**
Critères de sélection des personnes mentores	Volontariat Lien non hiérarchique Expérience de travail (suffisante) Habiletés de communication Attitude bienveillante	Volontariat Lien non hiérarchique Expérience de travail > 5 ans Habiletés de communication Attitude bienveillante
Critères de jumelage des personnes mentores et des personnes apprenantes	Objectifs communs Données démographiques (âge/sexe/statut socioéconomique/communauté LGBTQ) Même quart de travail Même unité de soins	Même quart de travail Même unité de soins

Trois personnes mentores ont par la suite été sélectionnées qui répondaient à ces critères, soit sur chacun des quarts de travail.

Vu la difficulté de libérer les infirmières et d'autoriser la rémunération en heures supplémentaire, j'ai décidé de modifier le format de la formation et d'élaborer une capsule formative et de la diffuser aux personnes mentores et aux ASI via leur adresse courriel. Il est aussi fortement suggéré que les personnes mentores visionnent la formation de

préceptorat disponible sur l'ENA afin de consolider certains éléments, surtout en lien avec l'approche pédagogique de soutien et d'accompagnement.

De plus, il y a eu élaboration d'un document résumé, sous forme de document résumé. Celui-ci sera remis aux personnes mentores via une pochette d'outils que j'ai remis aux personnes mentores lors d'une de mes visites dans le milieu. Ce résumé comprend l'explication du programme, le rôle du de la personne mentore et de l'ASI, un résumé de certaines approches pédagogiques et où les retrouver sur l'intranet ou sur l'ENA. De plus, à l'intérieur de la pochette, il y aura certains documents résumés en lien avec la rétroaction, l'approche réflexive, la résolution de conflit, le référentiel de compétences des CEPIS, les activités autorisées des CEPIS et le tableau des rôles de chacun des acteurs impliqués dans le soutien clinique. Cette pochette a comme objectif de rendre disponible rapidement et en tout temps ce qui a été présenté dans la capsule et qui sert comme outil pédagogique dans la relation d'accompagnement.

Évaluation de l'intervention

Le taux de complétion du questionnaire d'évaluation des besoins est très satisfaisant, soit 40 %. Les résultats spécifiquement en lien avec le soutien démontrent un besoin des personnes mentores en ce sens. Effectivement, celles-ci apprécieraient des rencontres entre les personnes mentores afin de discuter de leur approche et de leurs enjeux, et ce, une fois par mois. Une rencontre avec la CSI en soins critiques ou volet préceptorat serait aussi bénéfique. La fréquence pour ces rencontres serait plutôt une fois tous les six mois. Finalement, les personnes mentores ont manifesté l'intérêt d'avoir des rencontres avec un supérieur hiérarchique, soit l'ASI ou la cheffe de service une fois par mois.

Le milieu actuel présente certains défis tels que le manque de ressources, la difficulté de libérer du personnel, des changements organisationnels au sein de la DSI et les différents rôles de l'ASI dans l'intégration des nouvelles ressources. Cependant, plusieurs forces internes balancent ces défis et ont rendu possible le déroulement de l'intervention et sa mise en place. Le fait que les ASI soient impliquées et veulent soutenir la relève, que les infirmières soient mobilisées et que la cheffe de service soit impliquée ont été des leviers importants dans l'implantation de l'intervention.

Suite de l'intervention

Des recommandations ont déjà été émises à la cheffe de service pour assurer la continuité et le développement futur du projet à l'urgence. Dans le but de poursuivre l'implantation du projet non seulement dans le milieu, mais aussi de l'élargir à d'autres secteurs, la DSI doit nécessairement être impliquée. Voici les actions proposées :

1) Assurer la continuité du projet dans le milieu conjointement avec la cheffe de service et avec les CSI-soutien clinique (soins critiques)
2) Favoriser le développement de ce type de projet dans d'autres milieux de soins
3) Encadrer et soutenir le mentorat par les pairs dans les milieux

Recommandations

Je me permets de faire quelques recommandations organisationnelles afin de favoriser la culture du mentorat dans les milieux et ainsi améliorer l'expérience d'intégration des personnes apprenantes :

1) Mise en place d'un référentiel de compétence spécifique aux soins critiques
2) Clarifier et redéfinir les termes utilisés dans le continuum d'intégration
3) Ajouter le mentorat par les pairs au cadre de référence et dans le continuum d'intégration
4) Favoriser la collaboration entre les CSI-volet préceptorat et CSI — soutien clinique (soins critiques) lors du développement de projet d'encadrement de la relève dans un milieu spécifique
5) Planifier l'évaluation continue de l'intervention et ses retombées sur l'organisation, le milieu, les personnes mentores et les personnes apprenantes à l'aide d'outils validés par la littérature
6) Revoir les programmes d'intégration dans certains milieux afin de les optimiser et d'y intégrer le programme de mentorat par les pairs

Joanie Bouchard Inf. B. Sc. Et. M. Sc.

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières

Cheminement intervention, Université de Sherbrooke

Infirmière clinicienne, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Chargée de cours, Université de Sherbrooke

Éléments généraux à évaluer	**Outils de collecte de données**	**Variables**	**À qui s'adresse-t-il**
Structure du programme	Questionnaire développé par l'organisation spécifique aux critères que l'on veut évaluer	- Satisfaction envers le programme général - Formation - Jumelage - Relation - Outils pédagogiques - Éléments administratifs	Personnes apprenantes Personnes mentores
	National University Hospital Mentorship Evaluation (NUH ME)	- Perception des infirmières face au programme de mentorat - Impact de leur mentor	Personnes apprenantes
Retombées IND	*Casey-Fink Graduate Nurse Experience*	- Niveau de confiance envers la performance lors de procédures - Confiance envers compétences - Satisfaction au travail - Transition de rôle et environnement de travail	Personnes apprenantes
	National University Hospital Mentorship Evaluation (NUH ME)	- Perception des infirmières face au programme de mentorat - Impact de leur mentor	Personnes apprenantes
	Social Self-Efficacy Scale	Socialisation	Personnes apprenantes
	Provenant de AMSN mentor program		
	Confidence-Scale for New Nurses (CSNN)	Confiance envers ses compétences	Personnes apprenantes
	Intent-to-stay survey.	Intention de rester	Personnes apprenantes

	Job satisfaction scale	Satisfaction au travail	Apprenante
Retombées personnes mentores	Groupe de discussion Journal de bord Questionnaire développé et validé par l'organisation	- Confiance professionnelle - Engagement dans le milieu - Développement professionnel - Estime de soi - Pensée critique	Personnes mentores
Retombées organisationnelles	Donnée numérique ressources humaines	- Rétention - Attraction	Personnes apprenantes
	Intent-to-stay survey.	Intention de rester (rétention)	Personnes apprenantes Personnes mentores
	Partie IV du *Casey-Fink Graduate Nurse Experience*	Qualité du milieu	Personnes apprenantes

ANNEXE 10

Permission de reproduction du modèle des stades de transition

Dr. Judy Boychuk Duchscher

THOMPSON RIVERS UNIVERSITY

Nursing THE FUTURE
BUILDING PATHWAYS TO PRACTICE

CASN ACESI

September 23, 2024

PERMISSION TO USE Stages of Transition © and Transition Shock © MODELS

This is a letter giving Joanie Bouchard permission to use my Stages of Transition and Transition Shock models/constructs in her Master's research

Respectfully submitted,