
**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires
méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : Etat des lieux du développement
de l'autonomie des infirmier(e)s engagé(e)s dans un processus d'onboarding :
une étude qualitative**

Auteur : Kengne Tchinda, Mireille

Promoteur(s) : Maule, Yves

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Année académique : 2023-2024

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/20164>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**ÉTAT DES LIEUX DU DEVELOPPEMENT DE L'AUTONOMIE
DES INFIRMIER (E)S ENGAGE (E)S DANS UN PROCESSUS
D'ONBOARDING : UNE ETUDE QUALITATIVE**

Mémoire présenté par **Mireille KENGNE**

En vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en santé publique

Année académique 2023-2024

Promoteur : **Yves Maule**



**ÉTAT DES LIEUX DU DEVELOPPEMENT DE L'AUTONOMIE
DES INFIRMIER (ES) ENGAGE (ES) DANS UN PROCESSUS
D'ONBOARDING : UNE ETUDE QUALITATIVE**

Mémoire présenté par **Mireille KENGNE**

En vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en santé publique

Année académique 2023-2024

Promoteur : **Yves Maule**

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier sincèrement toutes les nouvelles engagées qui ont bien voulu m'accorder du temps pour la réalisation des entretiens.

Ensuite, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à M. MAULE, mon promoteur pour ses précieux conseils, pour m'avoir guidé sur ce sujet et m'avoir transmis une partie de son savoir et son expertise.

Je tiens également à remercier Mme VON FRENCKEL pour son éclairage. Merci aussi à Mme JOUDART infirmière cheffe de l'équipe ICANE du CHU Brugmann et à Mme DE PRETER infirmière cheffe du département infirmier du secteur B d'Isosl pour avoir permis le recrutement des participant(e)s, pour l'accueil que vous m'avez réservé, et le temps que vous m'avez consacré.

Un grand merci à l'équipe enseignante du master pour leur accompagnement lors de la réalisation de mon mémoire.

Mes sincères remerciements vont également à MAGNE Myriam et TCHOUMTCHOUA Job pour m'avoir accompagné dans la réalisation de cette recherche.

Je remercie très sincèrement tous mes proches pour leur soutien. Merci à mes collègues et amies, ainsi qu'à ma sœur Alida et mon frère Jerry.

Un merci particulier à mon époux et mes enfants pour leur patience, leurs encouragements, et leur soutien tout au long de la réalisation de mon master.

Enfin, un grand merci à ma maman pour sa bienveillance et sa présence, et à mon papa pour son soutien.

Table des matières

1	PREAMBULE	1
2	INTRODUCTION	2
2.1	CONTEXTE	2
2.2	ONBOARDING	3
2.2.1	Définition de l'onboarding	3
2.2.2	Les étapes de l'onboarding	3
2.3	TRANSITION DES NOUVEAUX INFIRMIER(E)S VERS LA PRATIQUE	4
2.3.1	Programme de résidence infirmier	4
2.3.2	Système de mentorat	5
2.4	L'INFIRMIER ICANE	5
2.4.1	Rôle de l'infirmier(e) ICANE	5
2.5	L'AUTONOMIE DES INFIRMIER(E)S	5
2.6	MODELE D'ANALYSE	6
2.7	OBJECTIF PRINCIPAL	9
2.7.1	Objectifs secondaires	9
3	MATERIEL ET METHODES	9
3.1	TYPE D'ETUDE	9
3.2	METHODE D'ECHANTILLONAGE	10
3.3	PARAMÈTRES ÉTUDIÉS ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES	11
3.4	ORGANISATION ET PLANIFICATION DE LA COLLECTE DES DONNÉES	11
3.4.1	Recrutement	11
3.4.2	Collecte de données	12
3.5	TRAITEMENT DES DONNÉES ET MÉTHODES D'ANALYSE	12
4	RESULTATS	13
4.1	ANALYSE DEMOGRAPHIQUE	13
4.2	ANALYSE THEMATIQUE	14
4.2.1	Faire ses débuts (dans le milieu professionnel)	14
4.2.2	Avoir de la confiance (en soi)	19
4.2.3	Disposer de ressources	25
5	DISCUSSION, PERSPECTIVES, CONCLUSION	30
5.1	RÉSULTATS PRINCIPAUX ET DONNÉES DE LA LITTÉRATURE	30
5.1.1	Faire ses débuts (dans le milieu professionnel)	30
5.1.2	Avoir de la confiance (en soi)	32
5.1.3	Disposer de ressources	33
5.2	LIMITES, BIAIS	34
5.3	FORCES	35
5.4	PERSPECTIVES EN SANTÉ PUBLIQUE	36
6	CONCLUSION	36
7	BIBLIOGRAPHIE	38
8	LISTE DES ANNEXES	43

RESUME

Introduction : La vie des patients est mise en danger dans les hôpitaux belges en raison d'un ratio élevé de patients par infirmier. En effet, la Belgique n'échappe pas à la pénurie mondiale que connaît le secteur des soins infirmiers. Des solutions existent, notamment les éléments fondateurs des hôpitaux magnétiques, dont fait partie l'autonomie. L'autonomie a un impact positif sur la rétention du personnel infirmier. Par ailleurs, l'*onboarding* joue un rôle crucial dans le développement de l'autonomie des infirmier(e)s. Néanmoins des plaintes du personnel soignant persistent à ce sujet. Cette étude focalisée sur les infirmiers(e)s engagé(e)s dans un processus d'*onboarding* aura pour objectif d'une part de définir le concept d'autonomie et d'autre part de décrire les expériences d'autonomie. Cette exploration pourra donc permettre de révéler les freins et leviers à l'autonomie, ainsi que d'autres aspects non conceptualisés dans des études précédentes, et améliorer la rétention.

Matériel et méthodes : Une étude qualitative phénoménologique a été réalisée. Dix infirmier(e)s engagé(e)s dans un processus d'*onboarding* dans deux hôpitaux belges ont été *interviewé(e)s*. Des entretiens semi-dirigés ont aidé à la collecte des données, et une analyse thématique des entretiens a été effectuée.

Résultats : Cette étude révèle que les infirmier(e)s appréhendent leur futur milieu de travail en le découvrant en amont, ce qui leur permet de gagner du temps dans le développement de leur autonomie lors de l'*onboarding*. L'absence de cette exploration préalable peut conduire à des effets psychologiques négatifs. Cette phase préparatoire leur donne confiance en eux, un sentiment renforcé par une collaboration égalitaire et une équipe bienveillante concernant les erreurs. L'estime de soi, favorisée par le fait d'être entendu, renforce aussi cette confiance. En revanche, l'absence de mentorat diminue leur sentiment de sécurité, ralentit le développement de leur autonomie, mais paradoxalement, peut entraîner le développement de leur résilience.

Conclusion : Augmenter la durée de l'étape de *préboarding* via un placement clinique préalable à l'embauche et celle du mentorat est crucial. Le renforcement des compétences dans l'élaboration des diagnostics infirmiers, l'organisation de formations sur la gestion des dossiers patients informatisés avant la prise de fonction sont essentiels. Un soutien organisationnel adéquat et des *debriefings* réguliers sur le vécu de l'*onboarding* s'avèrent aussi indispensables.

Mots clés : ICANE, autonomie, hôpital magnétique, rétention, *onboarding*, compétences

ABSTRACT

Introduction: Patient's lives are put at risk in Belgian hospitals due to a high ratio of patients to nurses. Indeed, Belgium is not immune to the global shortage experienced by the nursing sector. Solutions exist, notably the founding elements of magnetic hospitals, which include autonomy. Autonomy has a positive impact on the retention of nursing staff. Furthermore, onboarding plays a crucial role in the development of nurses' autonomy. However, complaints from nursing staff persist on this subject. This study focused on nurses engaged in an onboarding process will aim on the one hand to define the concept of autonomy and on the other hand to describe experiences of autonomy. This exploration could therefore help reveal the obstacles and levers to autonomy, as well as other aspects not conceptualized in previous studies, and improve retention.

Material and methods: A qualitative phenomenological study was carried out. Ten nurses engaged in an onboarding process in two Belgian hospitals were interviewed. Semi-structured interviews aided in data collection, and thematic analysis of the interviews was conducted.

Results: This study reveals that nurses understand their future work environment by discovering it in advance, which allows them to save time in developing their autonomy during onboarding. The absence of this prior exploration can lead to negative psychological effects. This preparatory phase gives them self-confidence, a feeling reinforced by egalitarian collaboration and a caring team regarding errors. Self-esteem, fostered by being heard, also strengthens this confidence. On the other hand, the absence of mentoring reduces their feeling of security, slows down the development of their autonomy, but paradoxically, can lead to the development of their resilience.

Conclusion: Increasing the duration of the preboarding stage through pre-employment clinical placement and mentoring is crucial. Strengthening skills in developing nursing diagnoses and organizing training on the management of computerized patient files before taking up duties are essential. Adequate organizational support and regular debriefings on the onboarding experience are also essential.

Keywords: ICANE, autonomy, magnetic hospital, retention, onboarding, skills

ABREVIATIONS

IEPO	Infirmier(e) Engagé(e) dans un Processus d' <i>Onboarding</i>
ICANE	Infirmier(e) Chargé(e) de l'Accueil des Nouveaux et des Etudiants
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SPF	SERVICE PUBLIC FEDERAL

1 PREAMBULE

En tant qu'infirmière expérimentée, j'ai été frappée par l'augmentation des départs parmi les nouvelles recrues dans mon institution ces dernières années. Il s'agit soit de jeunes collègues français qui retournent dans leur pays d'origine, soit de collègues qui changent radicalement de métier ou se dirigent vers d'autres institutions. En y réfléchissant et en interrogeant d'autres infirmières de mon entourage, j'ai réalisé que ce phénomène de départ de la profession ne se limitait pas qu'à mon institution de travail, mais qu'elle se produisait aussi dans diverses autres institutions.

Cependant, c'est en interrogeant mes jeunes collègues avant leur départ que j'ai réalisé que les raisons de ces départs n'étaient pas assez prises en compte dans la lutte contre la pénurie actuelle dans notre domaine de pratique. Il m'a donc semblé important d'intenter une action dans le cadre de la rétention des nouvelles recrues.

Face à l'ampleur de la tâche, je ne savais pas par où commencer. En approfondissant mes recherches et les discussions avec mes jeunes collègues, l'une des revendications qui revenait le plus était celle d'une meilleure autonomie. Cela a donc renforcé ma détermination à trouver une solution au travers d'une amélioration de l'autonomie des nouveaux infirmiers.

La compréhension approfondie de cette problématique complexe que représente l'autonomie des nouveaux infirmiers ne peut passer que par une analyse qualitative. A travers cette étude, mon objectif est non seulement d'agir sur la rétention, mais aussi améliorer l'autonomie des infirmier(e)s nouvellement engagé(e)s et ainsi leur satisfaction au travail dans notre métier qui est déjà assez pénible.

Pour moi, l'exploration du développement de l'autonomie rencontrés par les infirmier(e)s engagé(e)s dans un processus d'*onboarding* peut améliorer la fuite observée dans ce métier. J'espère ainsi contribuer à la diminution de la pénurie, en augmentant le ratio patient-infirmier et in fine sauver les vies des patients en améliorant leur prise en charge.

2 INTRODUCTION

2.1 CONTEXTE

Selon l’OMS, une pénurie en personnel infirmier se fait ressentir dans chaque pays (1). En Belgique, l’Association belge des praticiens de l’art infirmier interpelle le gouvernement en 2020 au sujet de cette pénurie de personnel en soins infirmiers (2). Or, l’étude menée par Aiken et al. (3) dans neuf pays de l’OCDE (Organisation de coopération et de développement économique) montre que lorsque le ratio patients-infirmiers est élevé, on observe une insatisfaction au travail chez les infirmier(e)s et une mortalité plus élevée chez les patients. De même, Rafferty et ses collègues (4) observent une mortalité et des taux de complications de 26 % plus élevés chez les patients dans les hôpitaux ayant des ratios de personnels plus bas que dans les hôpitaux avec une meilleure dotation. En Belgique, cette pénurie est responsable de la fermeture d’environ 5 % de l’ensemble des 51.444 places disponibles dans les établissements de santé du pays (5). Bien que théoriquement le marché du travail dispose d’un nombre suffisant d’infirmier(e)s, avec 223.624 autorisé(e)s, seulement 134.413 étaient actifs dans le secteur des soins de santé en 2021, représentant 60% des professionnels autorisés à exercer (6). Le défi majeur réside donc dans la rétention de ces professionnels à l’intérieur des hôpitaux. De plus, La récente pandémie de la COVID-19 a exacerbé ce problème (7).

Le concept d'hôpital magnétique, propre aux hôpitaux capables de recruter et retenir des professionnels de la santé émerge comme une solution potentielle face à cette fuite (8). Huit dimensions essentielles caractérisent les hôpitaux magnétiques, notamment une culture du soin centrée sur le patient, des infirmier(e)s expert(e)s, un soutien institutionnel à la formation, un leadership infirmier transformationnel, un mode de gestion participatif encourageant l'autonomisation des infirmier(e)s, une atmosphère relationnelle favorable entre les médecins et les soignants, l'autonomie accordée aux soignants, ainsi qu'une gestion des ressources humaines alignée sur la charge de travail et les nécessités des patients (9). D’après Matthieu Sibe (10) , les valeurs du magnétisme hospitalier sont : (i) la complémentarité des initiatives des pouvoirs administratifs, médical et soignant dans un but de responsabilisation, (ii) la bienveillance envers les patients et le personnel, et (iii) l’autonomie qui s’avère primordiale (11). De même, selon l’étude NEXT (12) réalisée dans plusieurs pays européens afin d’explorer les causes des départs précoces dans la profession,

l'autonomie a un impact sur la rétention du personnel infirmier. En effet, plus l'autonomie des nouvelles recrues est grande, plus la satisfaction au travail l'est aussi, ce qui entraîne une intention de quitter plus faible (13). De plus, le manque d'autonomie au travail est corrélé à un stress mental plus élevé (14). Cette étude (12) conclut que les caractéristiques des hôpitaux magnétiques doivent être considérées comme des stratégies pertinentes pour nos milieux hospitaliers dans un but d'amélioration du recrutement et de la rétention du personnel infirmier.

La rétention du personnel constitue un enjeu majeur dans les milieux de soins, et *l'onboarding* joue un rôle crucial à cet égard. En effet, un processus d'*onboarding* inadéquat peut entraîner les nouvelles recrues à envisager de quitter le métier (15). Tandis que l'intention de rester augmente de 69 % lorsque *l'onboarding* est réussi (16). Par ailleurs, l'un des objectifs fondamentaux de *l'onboarding* est de favoriser le développement de l'autonomie (17). Il existe en outre d'autres solutions connues pour l'améliorer (18). malgré cela, des plaintes persistent (19). Ainsi, il est important dans le cadre du processus d'*onboarding*, d'étudier en profondeur le développement de l'autonomie des nouveaux infirmier(e)s, afin de mettre en évidence les freins et leviers de l'autonomie des infirmier(e)s engagé(e)s dans un processus d'*onboarding* et agir sur la rétention.

2.2 ONBOARDING

2.2.1 Définition de *l'onboarding*

L'onboarding est le processus qui vise à faciliter l'adaptation des nouvelles recrues à leur nouvel emploi. Cela implique de les aider à s'intégrer socialement et à atteindre les objectifs de performance de manière efficace. La rapidité de cette intégration est proportionnelle à leur contribution effective à la réalisation de la mission de la société (20). Bauer et *al.* quant à eux définissent *l'onboarding* comme le passage des nouvelles recrues du statut d'étranger à celui d'initié à leur nouvel emploi (15).

2.2.2 Les étapes de *l'onboarding*

Selon le groupe Foederis (16), le processus d'*onboarding* commence avant même que le nouveau collaborateur intègre physiquement l'entreprise et se déroule en trois étapes :

Le *preboarding* : qui a pour but de préparer le nouveau collaborateur à son arrivée dans l'entreprise. L'objectif est de le mettre en confiance et lui permettre de se faire une idée de

son futur emploi. Cela peut se faire via des journées passées en entreprise, ou à l'occasion d'événements organisés par l'entreprise.

L'onboarding : La deuxième étape de l'*onboarding* est cruciale, le but est de convaincre le nouveau collaborateur à rester dans l'entreprise. Pour cela il faut créer un sentiment d'appartenance dès le départ. A cet effet, plusieurs actions clés sont mises en place. Un accueil collectif par les *managers* pour partager la vision et les valeurs de l'entreprise. De plus, un mentor est désigné dès le premier pour guider le collaborateur tout au long de son intégration. Un planning complet des premières semaines est également prévu pour faciliter le processus. Enfin, l'accès à un espace digital dédié à la culture d'entreprise permet de fournir des informations précises sur les méthodes de travail et la culture de l'entreprise.

Le suivi de l'*onboarding* : L'enjeu ici est que le nouveau collaborateur envisage son avenir dans l'entreprise. Il faut pour ce faire fournir le plus tôt possible une formation complète et une immersion approfondie. Il faut aussi s'assurer des feedbacks réguliers afin d'identifier les difficultés, dissiper les malentendus et fournir des réponses concrètes, en somme permettre une transition vers la pratique.

2.3 TRANSITION DES NOUVEAUX INFIRMIERS VERS LA PRATIQUE

Le nouvel infirmier doit faire face au stress lors de la transition du statut d'étudiant à celui d'infirmier professionnel (21). C'est ce que Kramer (22) appelle le « choc de réalité ». Pour pallier à cela, différentes méthodes sont souvent utilisées, notamment des programmes d'intégration parmi lesquels figurent les programmes de résidence infirmier (23).

2.3.1 Programme de résidence infirmier

Dans le milieu clinique, l'*onboarding* peut se faire via des programmes de résidence infirmier. Ce sont des programmes d'intégration établissant un partenariat entre le milieu académique et le milieu clinique afin de créer une expérience focalisée sur l'apprentissage pour soutenir le développement des compétences des infirmier(e)s, et leur assurer un milieu de pratique optimal(24). Ces programmes sont tout aussi pertinents pour des infirmier(e)s déjà diplômé(e)s qui changent de service ou de milieu de travail (25). Les programmes de résidence infirmier sont aussi considérés comme des stratégies d'attraction, de recrutement et de rétention du nouvel infirmier. En effet, ils permettent le développement des compétences du nouvel infirmier, via un accompagnement assuré par des personnes ressources appelées mentor (21), (23).

2.3.2 Système de mentorat

Dans le cadre de *l'onboarding*, le programme peut soutenir la transition de nouveaux infirmier(e)s via un système de mentorat(17). En effet, il a été constaté que le nouvel infirmier gagne en confiance et en développement de ses compétences lorsqu'il bénéficie du soutien d'un mentor (26). Le mentor ou précepteur joue un rôle crucial dans le programme de résidence infirmier. C'est lui qui va orienter le nouvel infirmier dans l'acquisition de ses compétences et l'aider à surmonter les difficultés rencontrées (26), (21). Au Canada, il existe des formations spécifiques d'infirmier précepteur-mentor (27) . En Belgique, un accord social a été signé le 1^{er} mars 2000, relatif à l'accompagnement des étudiants et des personnels entrants et rentrants en art infirmier et obstétrical (28). Il s'agit du cadre réglementant la fonction d'Infirmier Chargé de l'Accueil des Nouveaux et des Etudiants (ICANE).

2.4 L'INFIRMIER(E) ICANE

Selon l'arrêté ministériel d'octobre 2000 , L'ICANE est un infirmier titulaire d'un baccalauréat ou graduat avec au moins 10 ans d'expérience et ayant de l'expérience en leadership (29).

2.4.1 Rôle de l'infirmier(e) ICANE

La mission principale de l'ICANE est de favoriser l'intégration des nouveaux engagés, il est chargé d'accompagner le nouvel infirmier dans sa prise de fonction (28) . il est aussi en charge de l'intégration des étudiants en soins infirmiers, des étudiants sage-femmes et des aides-soignants (30). L'ICANE a aussi pour fonction de s'occuper de la formation des étudiants. En effet, il représente l'institution de soin auprès des établissements d'enseignements et participe en collaboration avec ceux-ci à l'optimisation des formations. En outre, Il collabore avec les chefs des unités de soins, joue un rôle de leadership et d'accompagnement des infirmier(e)s-référent(e)s de l'institution dans divers domaines tels que la formation permanente, l'hygiène hospitalière et la qualité (30). Dans le cadre de ses fonctions, il dépend du chef du département infirmier à qui il fait un rapport annuel concernant ses activités. En définitive, Dury C (30) considère que l'exercice des fonctions d'ICANE a pour principal objectif de favoriser l'autonomie des nouveaux infirmier(e)s.

2.5 L'AUTONOMIE DES INFIRMIER(E)S

L'autonomie selon la théorie de Ryan et Deci (31) est la motivation intrinsèque d'une personne à agir selon ses propres valeurs, intérêts et motivation et non sous la contrainte ou la pression

extérieure. En ce qui concerne l'autonomie des infirmier(e)s, elle est définie par l'*American Nurses Credentialing Center (ANCC)* (32) comme « la capacité de l'infirmière à évaluer et à effectuer des actions infirmières pour les soins aux patients en fonction de leurs compétences, de leur expertise professionnelle et de leur connaissances. » Rouhi et *al.* (33) quant à eux définissent l'autonomie des infirmier(e)s comme étant le fondement de la pratique professionnelle infirmière. En raison des différentes définitions existantes et de sa complexité, ce concept reste incompris (34). Certaines études la considère comme un concept multidimensionnel avec deux pans principaux : l'autonomie professionnelle et l'autonomie clinique ou pratique (18). Cependant, ces termes sont parfois utilisés comme des synonymes alors qu'ils ne renvoient pas aux mêmes notions (35). Compte tenu de la complexité et du caractère multidimensionnel de ce concept, il est important de définir clairement ce dernier dans le cadre de cette étude. Pour cela, la définition de Kramer et *al.* (36) de l'autonomie des infirmier(e)s va servir de base. Ces derniers définissent l'autonomie des infirmier(e)s comme un concept à trois dimensions :

La première est l'autonomie clinique : C'est l'indépendance et l'interdépendance, la responsabilité dans la prise de décision pour le bénéfice direct du patient.

La deuxième est le contrôle sur la pratique professionnelle et l'environnement de pratique des soins infirmiers : Elle renvoie à la régulation, l'élaboration, la détermination des politiques de soins infirmiers par le personnel infirmier. Ce contrôle se fait grâce à une implication des infirmier(e)s dans les décisions prises via un leadership partagé. Cela suppose donc un management participatif, une prise de décision en groupe avec un partage des responsabilités. Les bénéficiaires immédiats sont des groupes d'infirmier(e)s ou le département infirmier.

La troisième dimension est l'autonomie de travail qui s'étend au-delà du staff professionnel : C'est une prise de décision participative de groupe sur les aspects de fonctionnement dans une unité de soin, notamment l'organisation et la distribution du travail. Cette gestion participative est un précurseur à l'autonomie professionnelle, les employés en sont les principaux bénéficiaires.

L'autonomie personnelle : Elle se rajoute aux autres dimensions, elle renvoie aux aspirations relatives à l'autonomie propre à chaque professionnel, elle évoque l'autonomie telle que défini par Ryan et Deci (31) .

2.6 MODELE D'ANALYSE

La définition de l'autonomie des infirmier(e)s choisie pour cette recherche induit l'utilisation du modèle de pratique professionnel de Duffy et *al.* (37) comme modèle d'analyse, car c'est celui qui se rapproche le plus des concepts à aborder dans cette recherche. Il permet en outre d'envisager toutes les dimensions de l'autonomie des infirmier(es).

Selon Duffy et *al.* les modèles de pratique professionnel définissent comment les soins infirmiers sont pratiqués dans un système de santé ou un hôpital. Ils fournissent des fondements pour la pratique infirmière et expriment la responsabilité des infirmier (es) envers les patients. En outre, ils permettent d'optimiser le développement de la profession infirmière, de l'autonomie, ainsi que les soins aux patients.

Le modèle de pratique professionnel de Duffy et *al.* se décline en cinq dimensions interconnectées :

- La mission organisationnelle et les valeurs et philosophie infirmières qui en découlent : Il s'agit des valeurs et missions de l'hôpital qui vont forcément orienter l'organisation et le contexte de travail, en somme servir de base pour le modèle de pratique professionnel.
- Rôles, responsabilités et relations professionnelles : Cette dimension concerne la façon dont les infirmier(e)s pratiquent, collaborent avec l'équipe de soins, évoluent, communiquent et se développent en termes de compétences, de formation continue et d'avancement de carrière. Il s'agit de ce qu'elles font concrètement dans le cadre des soins prodigués aux patients. Cette composante se doit d'être en adéquation avec les missions de l'hôpital.
- Système de prestation de soins aux patients : c'est une vision macro qui aborde l'aspect légal des soins et décrit les différents rôles et la façon dont le travail infirmier est coordonné et organisé pour répondre aux besoins spécifiques des patients en matière de soins. Cette dimension tient compte des ressources, du contexte de pratique infirmière (environnement de travail physique et culturel, du style de leadership), de la façon dont se passe la communication et la collaboration entre les différents intervenants autour du patient, et de la responsabilité dans la prise de décision clinique. Il s'agit par exemple du ratio patient/infirmier, du rapport infirmier, des feedbacks, de la continuité des soins. Elle repose sur les composantes précédentes

que sont les missions, valeurs, rôles, responsabilités et relations professionnelles des infirmier(e)s.

- Gouvernance et prise de décision partagée : Il s'agit d'une forme de leadership où les infirmier(e)s ont le contrôle de leur pratique (contrôle sur les formations, le recrutement du personnel, l'utilisation des ressources et des équipements...) et influencent les décisions concernant la pratique infirmière, et les décisions administratives grâce à un système de gouvernance partagé. Cela peut se faire par le biais de comités encadrés par des règles et auxquels les infirmier(e)s, les gestionnaires et d'autres corps de métiers participent afin d'exercer ce contrôle sur la pratique via des décisions communes. Cette forme de gouvernance favorise l'autonomie infirmière (38).
- Système de reconnaissance et de récompense : cette dimension aborde la question des salaires, des formes de reconnaissance personnelle ou institutionnelle, de récompense offerte, ainsi que la possibilité d'avancement de carrière. Les éléments à prendre en considération dans la reconnaissance et les récompenses sont basés sur les quatre premières dimensions du modèle de pratique professionnel.

L'autonomie est fortement corrélée aux compétences (18), et le processus d'*onboarding* a pour objectif entre autre d'améliorer ces compétences (20). C'est pourquoi le modèle d'acquisition des compétences de Patricia Benner(39) a été associée à celui de Duffy et *al.* afin d'obtenir un modèle bricolé permettant une compréhension approfondie et holistique du développement de l'autonomie chez des IEPO.

Patricia Benner (39) décrit l'acquisition et le développement d'une compétence comme étant le passage par cinq stades. Au premier stade, celui de novice, l'absence d'expérience limite la pratique de l'infirmier(e) à des paramètres mesurables tels que le poids, la température, et autres aspects quantifiables. Au deuxième stade, celui de débutant, l'infirmier, grâce à l'expérience accumulée dans certaines situations réelles est capable de mettre en œuvre des diagnostics infirmiers et des plans de soins sans toutefois réussir à les prioriser. Le stade compétent est celui où l'infirmier est capable de prioriser les plans de soins et de réagir face aux situations imprévues, bien qu'avec une certaine lenteur. Le quatrième stade, le stade de performant se caractérise par une vision holistique des situations de soins et une réaction spontanée face aux situations imprévues. Enfin au stade d'expert, l'infirmier(e) est capable d'agir intuitivement grâce à une grande expérience, montrant ainsi un niveau élevé

d'adaptation et de compétence. Le modèle bricolé obtenu inclut les stades de compétences dans la dimension « rôles, responsabilités et relations professionnelles » du modèle de Pratique Professionnel de Duffy et *al.* afin de tenir compte du stade d'évolution en termes de compétences de l'IEPO dans les différentes dimensions qui interviennent par la suite et ainsi mettre en lumière les moments clés d'autonomie et les défis rencontrés.

2.7 OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif de cette étude est de comprendre comment l'autonomie des infirmier(e)s engagé(e)s dans un processus d'*onboarding* se développe. Cela va se faire via une exploration de la progression des stades de compétences tels que décrits par Patricia Benner (39) et la manière dont ces stades de compétences interagissent avec les quatre dernières dimensions de l'autonomie évoquées par le modèle de pratique professionnelle de Duffy et *al.*(38). Cette exploration va permettre de répondre à la question de recherche qui est celle de savoir quels sont les freins et leviers à l'autonomie des infirmier(e)s engagé(e)s dans un processus d'*onboarding* ?

2.7.1 Objectifs secondaires

- Comprendre comment les infirmier(e)s engagés dans un processus d'*onboarding* définissent le concept d'autonomie.
- Explorer les expériences d'autonomie vécues par les infirmier(e)s engagé(e)s dans un processus d'*onboarding*.

3 MATERIEL ET METHODES

3.1 TYPE D'ETUDE

L'objectif de recherche est d'approfondir la compréhension des facteurs relatifs à l'expérience d'autonomie vécue par les IEPO. Le design utilisé est une étude qualitative exploratoire phénoménologique. Selon Fortin, la phénoménologie « vise à comprendre un phénomène, à en saisir l'essence du point de vue des personnes qui en ont fait l'expérience. »(40). Le but de cette démarche inductive est d'explorer des aspects qui n'ont pas encore été conceptualisés dans des études précédentes. Car, malgré les connaissances répertoriées dans la littérature permettant d'améliorer l'autonomie des infirmier (e)s (18), il persiste des lacunes (41). Il est donc important comme le précise Paillé(42), de « (...) renouveler la compréhension de ce phénomène en le mettant différemment en lumière. ». La phénoménologie étant une étude

qualitative, il n'y a donc pas de recherche de représentativité. Cependant, l'accent est mis sur la recherche d'une diversité de la population étudiée afin d'avoir une portée globale à l'échelle de l'étude et non à l'échelle d'une population, et ainsi pouvoir généraliser les résultats à l'échelle du phénomène (43).

Caractéristiques de la population étudiée

La population de cette étude est constituée d'infirmier(e)s travaillant au CHU de Brugmann (n=6) et dans le secteur B d'Isosl (Intercommunale des Soins Spécialisé de Liège) (n=4).

Les Critères d'inclusions sont les suivants

- Avoir donné son consentement éclairé
- Être titulaire au minimum d'un diplôme d'infirmier en soins généraux
- Être engagé dans un processus d'*onboarding*
- Travailler dans au moins un service hospitalier
- S'exprimer en français
- Avoir au plus un an d'ancienneté dans le service.

Les Critères d'exclusion : Ne pas parler français

Les infirmier(e)s ayant des années d'expériences dans d'autres hôpitaux ont tout de même été inclus dans la population étudiée car la culture de l'entreprise et l'équipe de soins sont des facteurs qui entrent en compte dans le développement de l'autonomie (25).

3.2 METHODE D'ECHANTILLONAGE

La méthode d'échantillonnage utilisée a été une méthode d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné, visant à rechercher la richesse et la diversité des participant(e)s sur base de critères tels que la diversité des services hospitaliers, le genre, l'âge, les spécialisations, la fonction occupée en tant qu'infirmier(e) et les expériences antérieures. Bien que, Lejeune (44) évoque le principe d'échantillonnage théorique, selon lequel l'échantillonnage porte sur les catégories et non sur la population.

La population accessible dans le cadre de cette étude est constituée des nouveaux infirmier(e)s faisant partis du processus d'*onboarding* du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Brugmann et du secteur B d'Isosl.

L'échantillonnage s'est fait en deux temps pour ce qui concerne le CHU Brugmann : d'abord, une sélection des infirmières qui semblaient pertinentes pour l'étude en fonction de leurs caractéristiques personnelles et les critères d'inclusions à l'étude a été faite avec l'aide des

infirmier(e)s ICANE. Cette méthode visait à garantir une diversité dans la richesse des informations récoltées. Ensuite, les infirmier(e)s sélectionné(e)s ont participé à l'étude en fonction de leur volonté.

Pour le secteur B d'Isosl, les méthodes d'échantillonnage ont été les mêmes à la seule différence que la première étape s'est faite avec l'aide des infirmier(e)s chef(fe)s.

3.3 PARAMÈTRES ÉTUDIÉS ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

Afin de répondre à la question de recherche, différentes dimensions (repris en orange dans l'Annexe 1) et différents paramètres (repris en vert dans l'Annexe 1), inspirés du modèle de Pratique Professionnel de Duffy et *al.* Et du modèle des stades de compétence de Patricia Benner ont été étudiés via des entretiens semi dirigés. Par ailleurs, le sexe, l'âge, les formations complémentaires, les expériences professionnelles antérieures sont pris en considération car ce sont des facteurs confondants potentiels dans la recherche. Les stades de performant et d'expert n'ont pas été rencontrés lors de la recherche. De ce fait, le modèle bricolé pour cette étude tient compte des spécificités des trois premiers stades.

Les différents paramètres qui émanent de ce modèle sont : Le déroulement de l'intégration, l'organisation du service et du travail, le fonctionnement de l'hôpital, la prise de décision clinique responsable, les formations complémentaires, les actes infirmiers déjà réalisés, les plans de soins et diagnostics infirmiers déjà réalisés, la collaboration interdisciplinaire, la collaboration interprofessionnelle, la communication inter équipe, la participation aux décisions et à l'organisation du service ou de l'hôpital. Le guide d'entretien (Annexe 2) inspiré du modèle bricolé avait pour objectif, grâce à des questions ouvertes, d'amener l'IEPO à faire un *storytelling* de son expérience d'*onboarding*. L'ordre des questions a pu être adapté en fonction du déroulement de l'entretien, et des questions de relances ont été prévues pour réorienter l'entretien si besoin. De plus, ce guide d'entretien a également évolué au fil des entretiens.

3.4 ORGANISATION ET PLANIFICATION DE LA COLLECTE DES DONNÉES

Le déroulement complet de ces étapes est présenté dans le *flow chart* en (Annexe 3).

3.4.1 Recrutement

Afin d'assurer le recrutement des participant(e)s, les objectifs de l'étude ont été exposés aux infirmier(e)s lors des journées d'accueil des nouveaux agents organisées par le CHU de Brugmann. Puis, un mail a été envoyé à tous les agents remplissant les critères d'inclusions. Les rendez-vous ont ensuite été fixés après l'obtention du consentement des informateurs. Pour le recrutement au sein du groupe Isosl, une demande d'autorisation expliquant l'objectif de l'étude a tout d'abord été envoyée à un cadre intermédiaire chargé des formations. Ensuite, les chefs des différents services infirmiers ont été informés et ont aidé à sélectionner les agents de leur service répondant aux critères d'inclusion. Enfin, des rendez-vous ont été pris avec eux une fois leur consentement obtenu.

3.4.2 Collecte de données

Les rendez-vous avec les nouveaux infirmier(e)s du CHU de Brugmann ont été fixés par e-mail, afin de convenir du jour et de l'heure les mieux adaptés en fonction de la charge de travail et l'organisation du service. Afin de mener à bien la collecte des données, les entretiens étaient réalisés dans le service ou travaillait le participant, dans une salle mise à disposition.

Au sein du groupe Isosl, le déroulement de la collecte des données a été similaire, à la seule différence que les rendez-vous ont été pris en personne lors de contact direct avec les infirmier(e)s interrogé(e)s.

Pour permettre au guide d'entretien d'évoluer en fonction des catégories émergentes, les entretiens ont été réalisés sur une période de cinq mois. Au total, dix entretiens ont été réalisés. Grâce à une posture émique(45), La durée variait entre 30 et 60 minutes, permettant ainsi d'investiguer toutes les subtilités liées aux expériences subjectives d'autonomie vécues par les infirmier(e)s. Afin d'assurer un consentement éclairé de la part des participants, le formulaire de consentement était envoyé par e-mail aux infirmier(e)s du CHU de Brugmann, puis parcouru en détail avec eux au début de l'entretien. Les infirmier(e)s du groupe Isosl ont également examiné le formulaire de consentement en détail le jour même de l'entretien. Un consentement a également été obtenu pour l'enregistrement des entretiens.

3.5 TRAITEMENT DES DONNÉES ET MÉTHODES D'ANALYSE

Une transcription intégrale et anonymisée des entretiens a tout d'abord été effectuée. Pour chaque entretien retranscrit, une fiche signalétique correspondante indiquait le sexe, l'âge, le service, le moment d'obtention du diplôme et l'ancienneté dans le service. Une première lecture « flottante » a été réalisée afin d'effectuer une première analyse « verticale » des

entretiens collectés. Ensuite, afin de comprendre pleinement les discours recueillis, une analyse « horizontale » correspondant à ce que Lejeune appelle étape de codage ouvert a été effectuée (44), (45). Cette phase consiste à extraire à partir du discours des participants, et en utilisant notamment la ficelle de l'expérience, de la première personne et du verbe, des mots ou ensemble de mots pertinents pour la recherche. Un exemple de codage ouvert se trouve en (Annexe 4). Les étiquettes issues du codage ouvert, sont des éléments centraux considérés comme des unités d'analyse devant servir à une construction à plus grande échelle (44). Puis, les étiquettes trouvées pertinentes lors du codage ouvert ont été mises en lien. La catégorisation a ensuite permis de regrouper les codes de même nature dans des catégories plus théoriques. L'arbre thématique issue de la schématisation de ces catégories se trouve en (Annexe 5).

4 RESULTATS

Idéalement, l'analyse doit se faire au fur et à mesure des transcriptions, afin de laisser émerger de nouvelles hypothèses. Seulement, cette démarche itérative propre à la méthode qualitative n'a pu être respectée à chaque fois.

4.1 ANALYSE DEMOGRAPHIQUE

La collecte des données s'est déroulée en interviewant dix infirmier(e)s engagé(e)s dans un processus d'*onboarding*, travaillant dans deux hôpitaux Belges. Le profil sociodémographique (Annexe 6) se décline comme suit :

Genre : neuf participant(e)s sur 10 étaient des femmes, le métier d'infirmier est un métier essentiellement féminin.

Age moyen : L'âge des participant(e)s varie de 23 à 59 ans.

Ancienneté dans le service : Varie entre un et six mois.

Formation complémentaire : Trois participant(e)s sur les 10 ont un diplôme de spécialisation, ce qui est une plus-value concernant la richesse des réponses récoltées.

Expérience antérieure : Deux participant(e)s n'avaient aucune expérience en tant qu'infirmier(e), deux participant(e)s avaient de l'expérience en tant qu'étudiant(e) jobiste dans leurs services actuel. Un(e) participant(e) avait de l'expérience (1 an) dans un autre hôpital, et en tant qu'intérimaire (10 jours) dans son service actuel. Un(e) autre participant(e) avait de l'expérience en tant qu'intérimaire (un mois) dans l'hôpital. Les autres participant(e)s

avaient des expériences dans d'autres hôpitaux ou maison de repos et de soins de plus de trois ans.

4.2 ANALYSE THEMATIQUE

Les résultats issus de la collecte et l'analyse des *interviews* ont permis de mettre en évidence les catégories suivantes : « Faire ses débuts (dans le milieu professionnel) », « Avoir de la confiance (en soi) », « Disposer de ressources », les résultats couvrent tout le processus d'*onboarding* et partant toutes ses étapes.

4.2.1 Faire ses débuts (dans le milieu professionnel)

Les débuts professionnels sont souvent tributaires de facteurs multiples que les interviewés ont vécu et ont rapporté durant l'étude. Les sous catégories : « appréhender son futur milieu de travail », « se sentir attendu » et « se sentir en sécurité » ont émergé comme pouvant expliquer l'expérience d'intégration des interviewés.

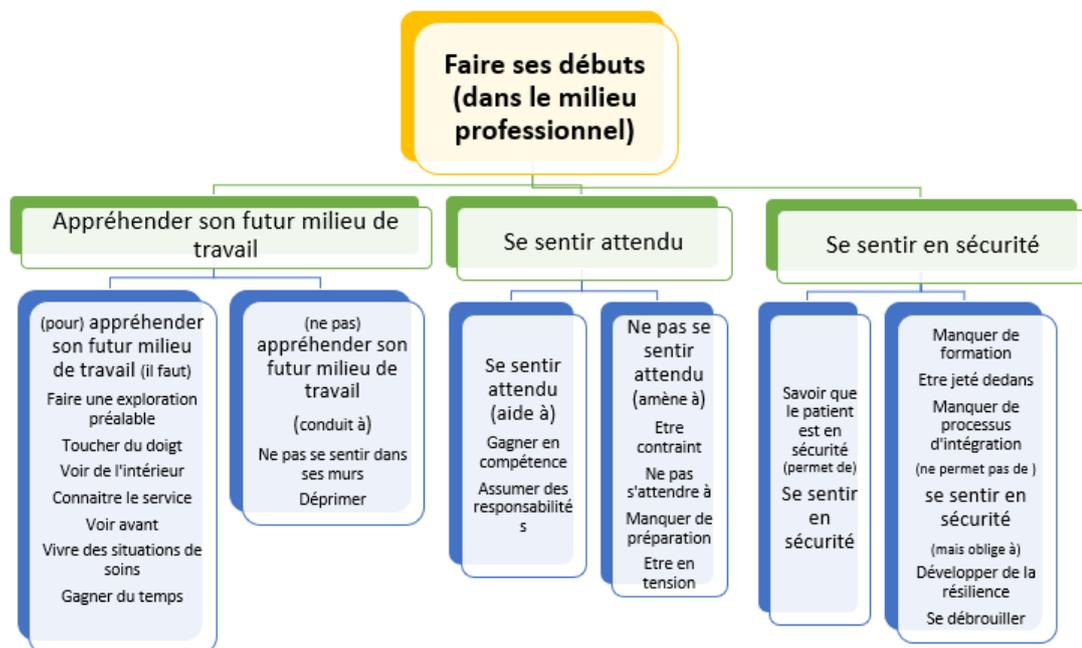


Figure 1 SOUS ARBRE THÉMATIQUE DE LA CATÉGORIE FAIRE SES DEBUTS DANS LE MILIEU PROFESSIONNEL.



4.2.1.1 Appréhender son futur milieu de travail

Appréhender son futur milieu de travail s'est révélé être une tendance générale, c'est le cas de cette infirmière volante qui confie avoir d'abord voulu évaluer la charge de travail :

*« Entre octobre et janvier, je me suis fait des vacances, un mois de vacances. Et après, j'ai fait un mois d'intérim qui était à mon sens très important pour pouvoir toucher du doigt vraiment le côté infirmier, et pouvoir voir de l'intérieur exactement quelle est la charge de travail, quelle est ma part de satisfaction personnelle et finalement, j'ai trouvé mon bonheur ici à l'équipe mobile. (...) Donc tout n'était pas tout nouveau pour moi, hein. Je connaissais déjà mon chemin au moins. Voilà, parce que vous êtes parfois seul le premier jour pour se repérer (...). Dans mon cas c'était pas tout nouveau donc, et en plus comme j'ai eu ma journée d'accueil, vraiment ça s'est bien passé. »
(Interview 6)*

Les infirmier(e)s novices, font une exploration préalable afin de « voir de l'intérieur » et « toucher du doigt » leur futur milieu de travail, et ainsi se familiariser avec leurs fonctions et environnement de travail. Cela suggère que comprendre les rouages et les réalités du travail quotidien, les dynamiques organisationnelles et interpersonnelles au sein de l'environnement de travail avant de s'engager permet une adaptation rapide, un sentiment de satisfaction et d'appartenance à son nouvel environnement de travail. Certes, il y a une reconnaissance de la part des interviewees concernant l'apport positif des journées d'accueil dans ces résultats. Néanmoins cet apport semble être d'une importance moindre comparé à la contribution de l'exploration préalable effectuée par les IEPO.

La même tendance est observée chez une autre infirmière des urgences psychiatriques qui évoque également le fait de « voir avant » comment se passe les relations entre collègues dans le futur service :

« Moi, j'ai commencé par quelques petites missions d'intérim ponctuelles pour voir un petit peu avant de m'engager dans mon contrat et voir un petit peu l'ambiance, et cetera (...) En fait j'ai fait je crois 2 semaines, allez, une grosse dizaine de jours entre 5 et 10 jours en intérim, puis j'ai signé mon contrat, et après je suis passée en nuit donc voilà j'ai quand même bien démarré. » (Interview 3)

Dans l'étape du *préboarding*, les IEPO peuvent visiter leur futur milieu de travail, mais il est rare qu'ils y travaillent avant le début de leur contrat. Pourtant, certains parmi eux expriment le besoin de le « voir avant ».

Dans la même lignée un infirmier du service de réanimation met en évidence l'importance d'avoir préalablement **vécu un certain nombre de situations de soins** dans son futur milieu professionnel, suggérant que cela permet une intégration et une autonomisation plus rapide.

Il raconte :

« Je connaissais déjà le service et j'étais déjà venu en stage 2 fois aussi hein (...) Oui j'ai fait un stage en 3^e, J'ai bien aimé, puis je suis revenu en 4^e en stage au choix. (...). Quand j'étais jobiste, j'étais responsable mais à chaque fois Il y avait des cas un peu plus graves, plus urgents que d'autres, je demandais toujours de l'aide à quelqu'un qui me guidait. Et puis petit à petit des... allez quand c'est les mêmes cas qui revenaient, j'avais déjà une meilleure idée, je savais déjà mieux faire. » (Interview 2)

Avoir déjà eu à travailler en tant que stagiaire ou jobiste dans le service avant son engagement induit une rapide prise de marque une fois employé. Il en découle une progression beaucoup plus rapide dans les stades de compétences et dans l'acquisition de l'autonomie. Cela permet de **gagner du temps** dans l'onboarding, car la période d'écologie est réduite. C'est ce que confirme le même infirmier :

« Je pense aussi que si j'étais sorti de l'école et que je n'étais jamais venu en stage ici, enfin venu en stage au choix où j'avais une très grande autonomie, venir ici jober l'été, je pense que j'aurais commencé avec du doublage qui aurait duré 3 semaines, comme ça a été le cas de mes collègues qui n'étaient jamais venus ici. Moi, mon doublage ici, il a duré un jour quand je suis arrivé. Donc Voilà comme j'étais venu les étés, il a duré un jour, et une autre journée c'était avec un autre collègue, mais lui il m'a laissé carrément faire. Il était même pas là et c'était pareil pour des questions d'organisation, plus de triages. » (Interview 2)

En revanche, lorsqu'une exploration préalable n'est pas possible cela peut mener à un déséquilibre psychologique, comme le confirme cette infirmière transférée de maison de repos sans visiter son futur service :

« Ma première semaine c'était pas facile pour moi, j'ai même...les premiers mois j'étais en dépression parce que voilà j'ai quitté l'autre endroit et je me suis pas sentie dans mes murs. J'étais pas bien, j'ai perdu plus que 10 kilos sur un mois et 20 jours peut-être, j'étais pas bien du tout. C'est pas par rapport à la charge du travail parce que moi je viens d'une maison de repos et comme je t'ai dit maison de repos, le travail il est très très dur, et comme ici en neuro Il y a des jeunes, moi je suis pas habituée à prendre en charge des adultes, et des gens qui ont eu des traumatismes et tout ça. Ça m'a cassé, tu vois ? Moi, je suis habituée à travailler, à prendre en charge les personnes âgées qui ont toutes les maladies, des handicaps, tout ce que tu veux, fin de vie. J'ai assisté à beaucoup de décès. J'ai jamais eu un truc qui me casse ou bien qui me rend malade. Moi

j'ai perdu carrément l'appétit hein (...). Parce que moi j'ai choisi de travailler en gériatrie avec les personnes âgées. Ici, je ne sais pas expliquer à 100%, mais j'étais pas bien. » (Interview 10)

« **Ne pas se sentir dans ses murs** » crée un conflit entre les attentes personnelles et la réalité professionnelle, impactant la transition professionnelle de l'IEPO. Ce qui se traduit par une difficulté d'adaptation, du stress, de l'anxiété et peut mener à une **dépression**.

Après cette étape d'appréhension, les IEPO peuvent traverser différentes phases émotionnelles. Parmi ces phases, deux aspects clés émergent : le sentiment d'être attendu, et le sentiment de sécurité.

4.2.1.2 *Se sentir attendu*

Les entretiens montrent que le fait de savoir qu'il est attendu sur son lieu de travail facilite le développement des compétences de l'IEPO. Par exemple une infirmière travaillant en dialyse explique :

« Oui, donc au début j'étais observatrice, pendant je pense 2 semaines. Et puis petit à petit, j'ai commencé par le branchement sur cathéter. Et puis j'ai aussi observé bien les fistules, et je pense au bout de 2 mois, j'ai commencé à piquer les fistules, et là c'est moi qui était responsable du patient, parce qu'au début j'étais pas responsable et y avait quelqu'un toujours derrière moi si jamais j'oublie quelque chose ou je fais des erreurs. Maintenant, ça fait 3 mois que je travaille seul. Et si jamais on demande de l'aide au collègue. » (Interview 4)

Lorsque l'IEPO est attendu, une procédure d'intégration et d'écolage est mise en place, permettant une progression graduelle des responsabilités et favorisant le développement de l'autonomie. Il passe de l'observation à la supervision pour aboutir à une pratique autonome. De cette manière, les responsabilités de l'IEPO évoluent au fil du temps. Cela suggère que plus l'IEPO va **gagner en compétence**, plus il pourra **assumer des responsabilités**. En revanche, ne pas se sentir attendu peut amener tant l'IEPO que l'équipe d'accueil à vivre l'intégration comme une contrainte. Une infirmière témoigne :

« Bah quand je suis arrivée au 330, là on s'attendait plus ou moins à me voir. Et quand je suis arrivée ici au 230, à la base, j'étais venue pour faire une journée. J'ai presté pour la journée. Quand je suis arrivée chez moi, la cheffe m'a appelé pour me dire que voilà, finalement tu restes au 230 parce que l'infirmière que tu devais remplacer au 330 va effectivement revenir, donc tu restes au 230. C'était une surprise pour moi, voilà. (...)

Bah ça (l'intégration) a été, l'équipe s'attendait pas à moi, Ben ils ont fait avec quoi. Vu que la cheffe ne savait même pas que je venais, tu vois ? » (Interview 7)

Ce sentiment de contrainte peut entraver les relations professionnelles. En effet, cette même infirmière révèle par la suite l'apparition de tensions au sujet de son écolage, c'est ce qu'elle révèle dans les propos suivants :

« Il y a eu un matin, j'étais dans l'ascenseur. Une de l'équipe disait : Oh, il y a un écolage. On est déjà en sous-effectif et puis il y a un écollage. Franchement, ça va être lourd. J'étais là, j'ai entendu. Donc quand elle a vu qu'on descendait au même étage, elle était un peu gênée. Et après il y a une qui se plaignait que oui, elle a eu 3 jours d'écollage qu'elle trouve que c'est long l'écollage qu'on me fait ici. (...) Mais ça c'est ton problème. T'as négocié tes 3 jours, t'as négocié tes 3 jours si on me colle plus, toi, c'est quoi le problème ? » (Interview 7)

Ce discours révèle que le **manque de préparation** de l'équipe d'accueil peut entraîner **des tensions** susceptibles de nuire à la qualité de l'écolage et au développement de l'autonomie de l'IEPO.

En plus du sentiment « d'être attendu », Le « sentiment de sécurité » s'est avéré être aussi un élément important à prendre en considération lors de l'analyse des entretiens.

4.2.1.3 Se sentir en sécurité (dans les situations d'urgence)

L'écolage renforce le sentiment de sécurité chez l'IEPO, comme l'illustre le témoignage d'une infirmière en neurologie depuis deux mois :

« Il y a eu une seule fois où on a eu une situation de crise, où il y avait un patient qui était en train de faire une crise. J'ai appelé le médecin de garde et je lui ai expliqué la situation et il est venu dans la journée. Là, Bah en fait, il y avait une autre infirmière qui était restée pendant mon écolage. (...). On a sécurisé le patient et puis ma collègue essayait de le maintenir réveillé (...) jusqu'à ce que le médecin de garde arrive. (...) Ben j'étais confiante parce que j'étais pas seule. » (Interview 7)

Manquer de formation à la gestion des urgences peut expliquer ce sentiment d'insécurité. La présence d'une collègue expérimentée (mentor) garantit la sécurité du patient et permet à l'IEPO de se sentir en sécurité, ce qui est crucial au stade débutant où l'anticipation des situations d'urgence peut manquer.

En revanche, « **être jetée directement dedans** » comme le raconte cette participante peut avoir des effets négatifs sur le sentiment de sécurité :

« Bah s'il y a un processus d'intégration en place, c'est une réelle question parce que (...) donc moi mon processus a été... il n'a pas été optimal, disons. Parce que je n'ai pas été doublée simplement. Donc le manque entre guillemets de processus m'a quand même aidé dans certaines compétences à reconnaître ses limites, voilà à reconnaître ses limites ou voilà au final tu n'as pas été..., c'est un nouveau service, une nouvelle manière de travailler. (...) je me dis plus facilement ça, c'est plus que ce que je peux faire (...). Donc tu vois ce processus d'intégration qui n'a peut-être pas été optimale, disons a influencé la compétence avec l'organisation des soins, puisque c'est quand même une organisation différente de ce que moi j'ai connu. (...) Il faut peut-être un peu plus de recul pour voir un petit peu comment est-ce que ça s'organise, et cetera, plutôt que **d'être jetée directement dedans**. Voilà, ça a vraiment influencé mes compétences. Le fait d'avoir été **mis dans le bain tout de suite** a influencé autant positivement que négativement, parce que (...) tu essaies vraiment d'actualiser tes connaissances, vraiment te mettre à la page. Mais d'un autre côté je pense que c'est un peu plus négatif où tu es un peu plus sur la réserve. Mais voilà, je suis quand même...j'ai su je pense me remettre dans le bain. Donc voilà, c'est vraiment total, pas de chance dans la pénurie. » (Interview 3)

Paradoxalement, « **Être jeté directement dedans** » débouche sur le **développement d'un processus de résilience** et une prise de conscience de ses limites, car l'IEPO est obligé de « **se débrouiller** » (Interview 3). Ce qui le pousse à s'adapter et développer son jugement clinique. Seulement, au stade débutant comme c'est le cas pour cette infirmière, l'IEPO a aussi du mal à s'organiser dans son travail sans un mentor pour l'aiguiller. Il y a donc une ambivalence à le « mettre dans le bain tout de suite », d'autant plus que cela peut impacter la confiance en soi, ainsi que la confiance de l'équipe envers lui.

4.2.2 Avoir de la confiance (en soi)

Lors des entretiens, il est apparu que pour avoir de la confiance (en soi) il faut : « Une collaboration égalitaire », « (se) permettre des erreurs », et « Savoir poser des diagnostics infirmiers »

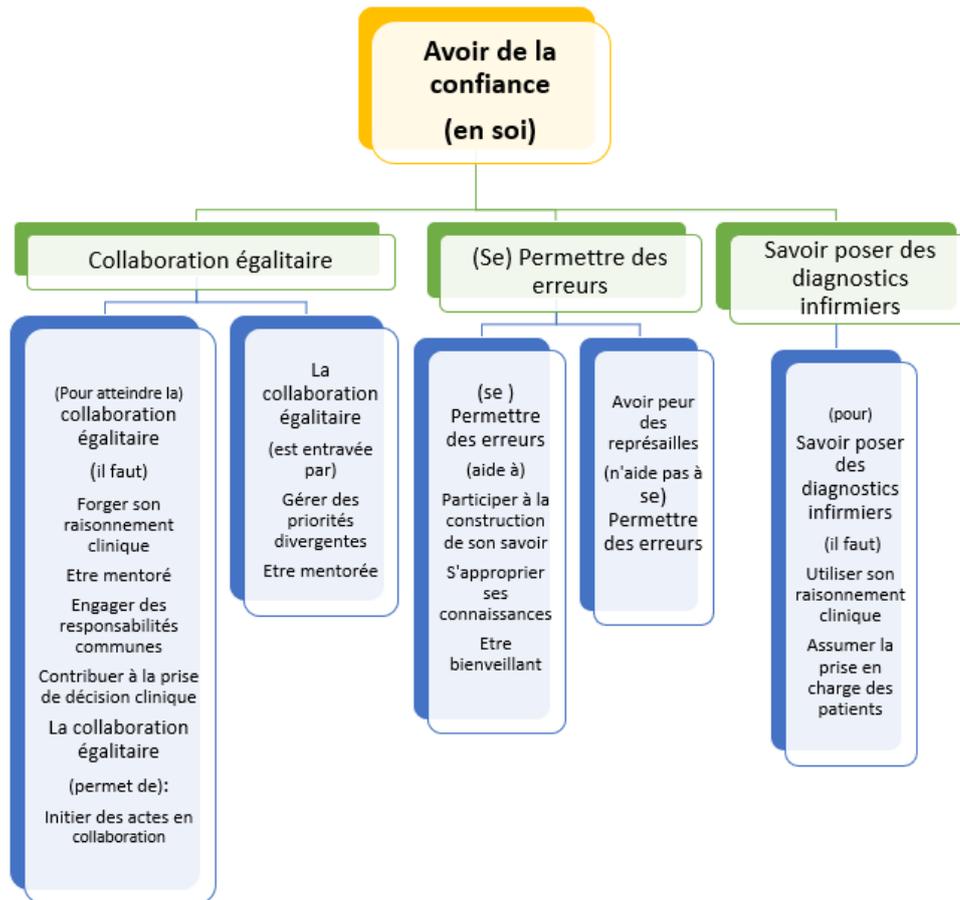


Figure 2 SOUS ARBRE THÉMATIQUE DE LA CATÉGORIE AVOIR DE LA CONFIANCE (EN SOI)



4.2.2.1 La collaboration égalitaire

La collaboration égalitaire est ressortie des entretiens comme étant un élément crucial. C'est ce que confirme ce participant avec de l'expérience en tant que stagiaire et jobiste dans un service de réanimation :

« Ici, comme de nouveau, comme on est aux urgences, le rapport avec les médecins est différent que à l'étage. Ici, on va beaucoup plus faire des choses par nous-mêmes. Et je dirais des fois, les actes B 2, ça va être un peu initié par l'infirmier ou on sait très bien ce qu'on doit faire parce que des fois par exemple un cas typique 1BPCO qui fait une exacerbation BPCO, on fait toujours la même prise en charge. Au début c'est toujours la même chose et donc on lance les examens sans demander au médecin, même s'il faut les faire ou pas. Par exemple un électrocardiogramme, normalement c'est un acte B 2, on le fait nous-même spontanément et puis on montre au médecin parce qu'on sait très bien que dans ce cas-ci on devra en faire un. » (Interview 2)

Ce type de collaboration reflète le développement de l'autonomie au stade compétent et l'évolution vers une dynamique plus égalitaire entre infirmier(e)s et médecins. En effet, à la place de suivre les instructions des médecins de manière passive, l'IEPO **contribue activement à la prise de décision clinique**. Cela est un signe d'évolution de la dynamique traditionnelle entre infirmier(e)s et médecins. Il se dévoile une tendance vers une collaboration plus égalitaire et un partage des responsabilités cliniques. Ce qui indique une reconnaissance de l'interdépendance professionnelle dans le domaine des soins de santé. Cette infirmière de psychiatrie qui y a fait la plupart de ses stages et y a travaillé en tant qu'étudiante va plus loin :

*« Bon, c'est un patient qui (...) va arriver au médicament du matin en me disant voilà je suis sonné, Je suis très endormi, très ralenti. J'ai quand même le valium ici à 08h00, mais voilà je me sens pas bien. Je vais lui demander comment vous vous sentez ? Moi je vais vous retirer un., je vais vous donner un valium à la place des 2 (...). C'est pas un geste anodin parce que c'est un patient qui est quand même à risque de crise d'épilepsie. Il faut quand même beaucoup suffisamment de **confiance**, beaucoup **suffisamment de métiers** entre guillemets ou **d'observations cliniques** du patient pour **construire la décision** (...) Ça relève même parfois du domaine médical. Tu vois normalement, mais on le fait à ce moment-là parce qu'on ne peut attendre, (...) on rend compte au médecin qui va valider notre initiative. Mais c'est pour le bien être du patient. » (Interview 1)*

Au fil des situations rencontrées pendant l'exercice de ses fonctions en tant que stagiaire ou étudiant, l'IEPO **forge son raisonnement clinique** et développe ses compétences. Lorsqu'il atteint le stade « compétent », il obtient la confiance des médecins, ce qui lui permet de gagner lui-même en confiance et ainsi **initier des actes infirmiers** requérant une prescription médicale B2 (Annexe 7), tel que prendre des décisions thérapeutiques indépendamment du médecin afin d'aménager le traitement des patients. Cette prise de décision indépendante concernant les actes infirmiers requérant une prescription médicale se fait en général après une évaluation des risques et lorsque le bien être du patient est en jeu.

La collaboration égalitaire est particulièrement notable dans le travail de nuit, comme le confirme une infirmière travaillant de nuit aux urgences psychiatriques :

« (...) La nuit, on a des avantages et des inconvénients hein. C'est que voilà en journée on est plus, ça prône un peu plus la collaboration interdisciplinaire puisqu'ils sont tous là tandis que la nuit voilà quand il n'y a plus personne (...) Au pire, quand on est seul, on est quand même au moins souvent avec le médecin (...). Bon, et la nuit, parce que

généralement t'es seul, c'est toujours la concertation... Pour moi, c'est toujours de la concertation même appeler mon collègue médecin même comme il dort pour lui dire écoute voilà ce qu'on a fait et puis c'est tout. » (Interview 3)

Les infirmier(e)s travaillent généralement seul(e)s la nuit, ce qui renforce la collaboration avec le médecin, **les responsabilités** de la prise en charge des patients **étant communes**. Une solidarité s'installe intuitivement entre les deux disciplines.

Tout comme le travail de nuit, l'horizontalité présente dans les relations professionnelles au sein des services spécialisés favorisent la collaboration égalitaire. Cette infirmière travaillant en psychiatrie le révèle dans ses propos :

*« Oui, c'est propre à l'unité, beaucoup d'horizontalité (...) après comme je disais, quand on travaille beaucoup en collégialité, t'as pas besoin de faire un référendum pour envoyer ce patient à son activité. Et si par exemple c'est avec l*** je lui ai dit bon voilà, moi je trouve que ce patient il est comme ça. Je propose qu'on l'envoie là-bas et qu'à 2 on peut prendre cette décision, mais c'est moi qui l'ai instigué, à aucun moment je vais me sentir freiné ou influencé par l*** qui est là depuis 10 ans Tu vois, on a cette facilité, ça donne un climat de confiance entre nous et le médecin sait que de toute façon on va lui faire un rapport. » (Interview1)*

La qualité de la collaboration au sein de l'équipe impacte la confiance en soi de l'IEPO. Une collaboration horizontale aide l'IEPO à avoir confiance en lui et à **initier des actes en collaboration**. Cela est observé chez les infirmier(e)s ayant déjà travaillé dans le service, suggérant qu'appréhender le futur milieu de travail aide à bâtir des compétences pour décider de manière indépendante et en toute confiance de l'orientation à donner à la prise en charge des patients. Toutefois, cela se produit surtout lorsque le médecin n'est pas disponible, ou lorsque le bien être du patient est en jeu. C'est ce que confirme les dires de ce participant :

« La prescription de prise de sang on le fait aussi nous-même, ici on ne peut pas le faire, mais souvent dans des cas où par exemple, comme aujourd'hui où ça déborde, on va le faire nous-même. » (Interview 2)

Lorsque les médecins ne sont pas disponibles ou débordés, des ordres médicaux permanents existent. Mais il n'est pas toujours possible de les appliquer, ce qui peut impacter le bien-être du patient. C'est ce que révèle le témoignage de cette participante :

« (...) Il y a aussi des ordres médico-permanents qu'on peut... Voilà, on le fait et après on demande au médecin de régulariser. (...) Les ordres permanents, c'est chouette, c'est vraiment bien parce que ça te permet d'anticiper des choses, de ne pas laisser par

exemple un patient crever de douleur comme ça pendant des heures et des heures. (...) Parfois ça traîne un petit peu, j'ai un exemple. Un patient qui est entré la veille. Le matin, je le reprends, qui m'exprime une douleur de fibromyalgie qui n'est pas soulagée par les dafalgan parce que ça le dafalgan je sais le prescrire et le faire valider par le médecin mais qui me dit qu'elle a un traitement spécifique. Et donc j'attends que le médecin arrive à 09h00, je lui dis tiens mon patient ressent des douleurs, il est même incapable de prendre un gant de toilette pour se laver le visage et tout. (...). Mais Toujours est-il que le médecin était pris par autre chose. Donc j'ai transmis à celle qui faisait secrétariat jusqu'à 11 h. Mais ma patiente quand je suis repassée pour prendre les paramètres, elle était en pleurs de douleur. Je suis retournée à la Secrétaire et elle m'a dit, non, j'ai déjà vu le médecin, mais il a encore rien fait. Finalement, c'est à 14 h que le patient a eu son antidouleur. Ça, ça m'énerve parce que mon patient qui se tord de douleur c'est horrible. Mais il y avait des priorités un peu partout, donc c'est juste pour te dire que parfois ça traîne. C'est pas quelque chose de vraiment vital, mais la douleur quand même doit être prise en charge en temps et en heure à mon sens, mais particulièrement ce matin-là ça trainait à arriver. » (Interview 6)

L'infirmier(e) est au cœur de l'action car il interagit directement avec le patient et est le premier point de contact lorsque se pose un problème médical. Cependant, des défis organisationnels et opérationnels entravent parfois sa capacité à fournir des soins optimaux. Malgré une communication efficace, si médecin et infirmier(e) doivent **gérer des priorités divergentes**, l'attente devient la seule solution. Seulement, cette attente est du chef du médecin. Dès lors, patient et infirmier(e) subissent, parfois au détriment de leur bien-être, entraînant un sentiment d'impuissance et des frustrations chez l'IEPO.

Certain(e)s infirmier(e)s décrivent leurs relations avec le médecin comme des relations de collaboration égalitaire, tandis que d'autres comme cette infirmière au stade débutant voient cela comme un mentorat :

« Pour le moment. Pour le moment, ça va le médecin, quand tu lui demandes des choses ou quand tu viens faire ton rapport, s'il y a des éclaircissements qu'il doit te faire, il les fait. Si tu poses des questions sur des pathos sur des médicaments, tu fais le lien tout ça, ça va. » (Interview 7)

La collaboration égalitaire se décline différemment selon le stade de compétence de l'IEPO. Cette participante sans expérience antérieure travaillant depuis deux mois en neurologie se décrit **être mentorée** par le médecin. Ce dernier au travers de son rôle de mentor, renforce la

confiance en soi de l'IEPO à travers une communication et une collaboration interprofessionnelles positives.

La confiance (en soi) peut aussi être améliorée par la bienveillance des membres de l'équipe de soin envers l'IEPO.

4.2.2.2 (Se) Permettre des erreurs

(Se) Permettre des erreurs a également émergé comme une composante essentielle pour la confiance. Une infirmière en gériatrie explique :

*« (...) Ici, on me laisse entre guillemets **faire mes erreurs** et on m'explique directement mes erreurs et on me permet d'évoluer. (...) la cheffe aussi, elle me prend je vais pas dire une fois toutes les semaines mais elle me demande comment est-ce que ça va ? Alors ici j'avais ma cheffe de l'autre côté qui me demandait Bah comment ça allait ? Donc effectivement Ben je mettais en avant le fait que. Bah il y a des choses que je ne maîtrisais pas. (...) Et le problème c'est que sur mes évaluations ça me cassait, tandis qu'ici la cheffe elle me dit Bah prends le temps de bien maîtriser une chose à la fois et on fera les évals par après. C'est ça qui me dit que je suis mieux ici. » (Interview 8)*

Être bienveillant face aux erreurs des IEPO est aussi souligné par une infirmière travaillant en psychiatrie :

« Après en fait je fais un rapport, pendant le rapport je vais dire j'ai permis à Monsieur X d'aller au centre du jour (...). Donc chacun va donner son avis, mais généralement on se fait suffisamment confiance pour...(silence). Bah même s'il y a une remarque, même si tout le monde n'adhère pas, c'est bienveillant. » (Interview 1)

Laisser l'IEPO « **faire ses erreurs** » lui donne l'occasion **de participer à la construction de son savoir**, et bâtir son autonomie. Cette participation peut agir comme un facteur de motivation, car elle lui permet de **s'approprier ses connaissances**. La pression due aux évaluations peut entraîner une **peur de représailles** et décourager l'IEPO à reconnaître ses difficultés. Ce qui va affecter l'acquisition des compétences. Focaliser sur le développement des compétences plutôt que sur les retombées des évaluations crée un environnement propice à l'épanouissement.

4.2.2.3 Savoir poser des diagnostics infirmiers

Lorsque l'infirmier fait preuve d'un savoir-faire dans l'élaboration d'un diagnostic infirmier, c'est un signe qu'il est au minimum au stade débutant. Poser des diagnostics infirmiers est crucial pour gagner la confiance du médecin. Une infirmière en gériatrie relate :

*« J'ai déjà eu des cas comme ça, alors ça s'est passé dans le sens où bah le patient était à 9 de tension, il devait avoir, si je me rappelle bien du burinex ou du candesartan et encore un autre traitement antihypertenseur. Je suis désolé à 9 de tension, Je vais pas lui donner un antihypertenseur hein, il était déjà pas bien à ce moment-là. Donc le médecin me dit OK ça va tu peux donner un demi comprimé de burinex. Donc dès que je suis sorti, j'ai donné un demi comprimé de burinex, j'ai recontrôlé par après, le patient était à 14 de tensions donc là à ce moment-là tous les traitements que j'avais pas donné le matin je les ai donné aux alentours de 11h00-12h00. (...) C'était un ordre oral du médecin, donc le médecin m'a dit, tu contrôles, si les paramètres sont suffisamment bons, tu donnes, sinon tu reviens vers moi. »
(Interview 8)*

Ce discours révèle que l'IEPO **utilise son raisonnement clinique** pour poser son diagnostic infirmier, bien que ce ne soit pas formel, et guider la prise de décision clinique en collaboration avec le médecin. Le raisonnement clinique de l'IEPO lors de cette collaboration détermine sa capacité à **assumer** de manière responsable, indépendante et efficace la suite de la prise en charge des patients. La collaboration égalitaire naît donc dès lors que l'IEPO atteint le stade débutant, car il est capable de poser des diagnostics infirmiers. Pour ce faire, il est nécessaire de mettre des ressources à sa disposition.

4.2.3 Disposer de ressources

La catégorie « disposer de ressources » a été interrogée tout au long des entretiens et il en est ressorti que « se sentir entendu » est une ressource cruciale. De même « réagir face à l'urgence » et « gérer la digitalisation » sont des éléments nécessitant une attention particulière.

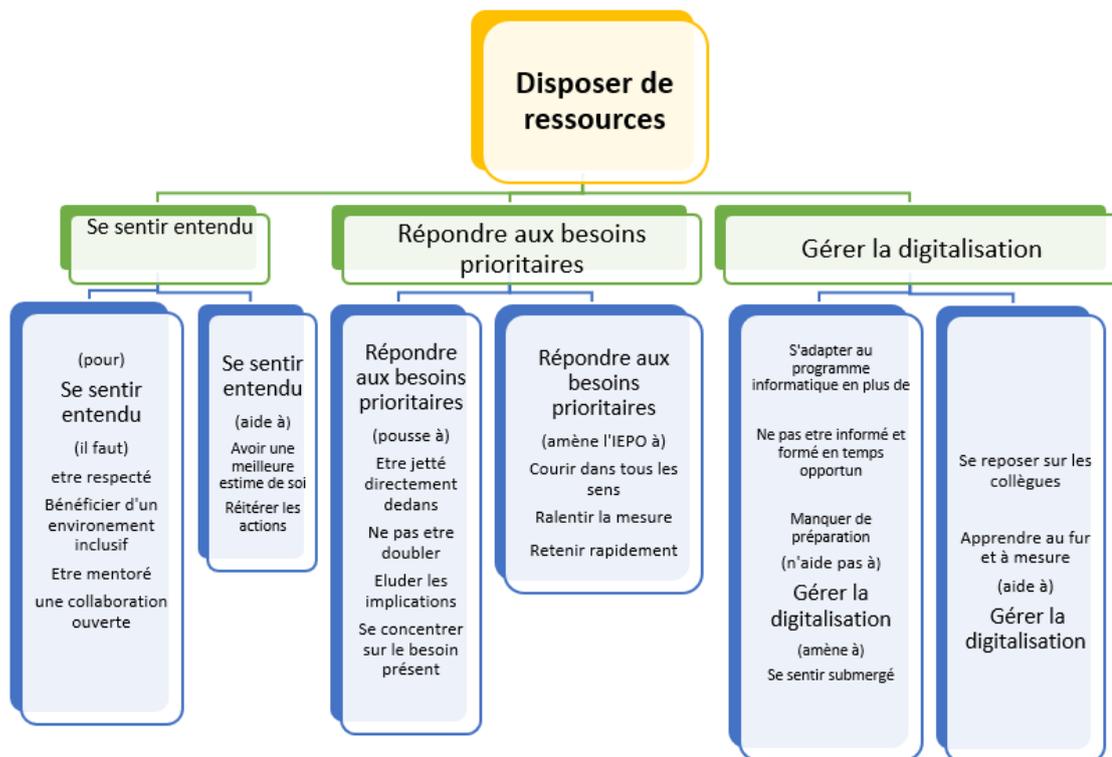


Figure 3 SOUS ARBRE THÉMATIQUE DE LA CATÉGORIE DISPOSER DE RESSOURCES



4.2.3.1 Se sentir entendu

« Se sentir entendu » s’est dessiné comme étant une ressource essentielle pour l’IEPO. Un infirmier de réanimation le confirme :

« Mais pour l’élaboration des procédures, la cheffe ici, elle aime bien aussi avoir l’avis des jeunes parce que forcément on sort de l’école, on a peut-être vu des nouvelles choses que eux n’ont pas vu à l’école et donc la cheffe elle est très ouverte par rapport à ça. Moi j’ai déjà demandé par exemple qu’on fasse des capsules vidéo pour les jeunes, enfin pour les étudiants, du coup pour se retrouver dans le service, par exemple à l’entrée aux urgences, par où ça se passe, comment on fait. Le trajet aussi des patients, comment est-ce qu’il peut arriver, par quoi il va passer. (...) J’ai déjà proposé à la cheffe de faire ça et elle m’a dit que ça a été transmis au département plus haut et qu’eux, ils vont s’occuper de ça, que ça va être mis en route. Donc je sais que la cheffe est très ouverte par rapport à ça et par rapport aux procédures de service. » (Interview2)

Pour un jeune infirmier, se sentir entendu malgré son âge témoigne d'un **environnement inclusif** où chaque membre se sent respecté, renforçant le sentiment d'appartenance. **Être mentoré** de manière informelle par l'infirmier(e) en chef(fe) favorise le développement de l'autonomie grâce à un soutien à l'innovation et une collaboration efficace. En gériatrie cette participante abonde dans le même sens en confiant ceci :

« Des fois y a des lundis où il y a une infirmière ou 2 infis le matin et qu'il y a beaucoup de prises de sang. Je l'ai déjà proposé peut-être de faire quelques prises de sang à 06h00 si on a le temps, (...). Et des fois, quand le médecin est là, quand je vois qu'elle met beaucoup de prises de sang, et qu'elles sont deux le lendemain, je lui dis mais elles sont deux hein demain. (...) alors elle me dit, elles ne sont que deux ? alors 5 (prises de sang) ça va alors ? j'ai dit 5 ça va (...) Donc du coup je me suis sentie bien...(silence). Bien oui C'est une meilleure estime de moi. » (Interview 9)

Pouvoir influencer le déroulement de la journée de travail renforce **l'estime de soi**, une ressource psychologique importante pour la confiance en soi. Sentir son avis valorisé incite l'IEPO à **réitérer des actions réussies**, gagnant ainsi en compétence et en autonomie.

En effet, la même infirmière confie plus tard avoir fait d'autres suggestions pour la prise en charge d'une patiente qui ont été elles aussi prises en compte :

« Elle (la patiente) est désorientée, alors j'ai proposé qu'on mette la chaise percée. Qu'on mette la chaise percée pour qu'on voit ce qu'elle fait vraiment, si elle urine, parce qu'elle tire la chasse. On verra ce qu'elle a uriné. Donc c'était bien, on avait mis une chaise percée et comme ça, on surveillait (...). Oui, j'ai été entendu quand même. Des fois, on dit quelque chose pour le bien de l'équipe et de la personne qu'on soigne, mais tout le monde ne fait pas, tout le monde ne suit pas. Mais ça, j'avais trouvé ça sympa parce que les collègues ils ont quand même suivi. Et pour finir, Ben quand on a mis la chaise percée, elle comme par hasard elle n'allait pas. (...). Ben je me suis sentie, je veux dire un peu soulagée de le savoir (...) Je me suis senti bien, j'ai j'ai j'ai apporté quelque chose d'important. » (Interview 9)

Se sentir entendu entraîne un sentiment de bien-être, de satisfaction au travail, ce qui est un indicateur prédictif important de rétention. Il faut préciser que ce genre d'initiative s'observe plus chez des IEPO ayant une expérience de travail antérieure, ou ayant déjà travaillé dans le service, donc minimum au stade débutant.

4.2.3.2 Répondre aux besoins prioritaires

Répondre aux besoins prioritaires dans les services de soins peut entraîner un manque de ressources. Une infirmière le mentionne lors de son *interview* :

« Bah s'il y a un processus d'intégration en place, c'est une réelle question parce que... Si c'est par exemple pour en doublant quelqu'un ou autre, bah c'est mis en place mais voilà, c'est quand même je pense assez compliqué à respecter puisqu'il y a des impératifs à respecter aussi au niveau staffing. Donc ici il n'y avait pas assez de staff, donc moi mon processus a été un peu voilà., il n'a pas été optimal, disons. Parce que je n'ai pas été doublée simplement (...). Donc tu vois ce processus d'intégration qui n'a peut-être pas été, qui n'a pas été optimale, disons a influencé la compétence avec l'organisation des soins, puisque c'est quand même une organisation différente de ce que moi j'ai connu. Et d'être seule, tu vois, il faut un peu je pense qu'au début, il faut peut-être un peu plus de recul pour voir un petit peu comment est-ce que ça s'organise, et cetera, plutôt que d'être jetée directement dedans. Voilà, ça a vraiment influencé mes compétences. Mais voilà, je suis quand même...j'ai su je pense me remettre dans le bain. Donc voilà, c'est vraiment total, pas de chance dans la pénurie. » (Interview 3)

Les formations et écolages sont essentiels pour le développement de l'autonomie des IEPO. Cependant, face aux besoins urgents en personnel, les institutions « **jettent directement** » l'IEPO sur le terrain sans écolage. Elles **se concentrent sur les besoins présents, négligeant les implications futures** du manque d'écolage sur le développement de l'autonomie des IEPO. Une infirmière expérimentée a abordé cet aspect en déplorant la rapidité de son écolage :
Une autre infirmière avec des années d'expérience a abordé cet aspect en déplorant la rapidité de son écolage :

« Donc j'ai beaucoup, beaucoup travaillé et vite, on va dire les 3 premières semaines. Et puis je me suis dit OK, ça, ça va trop vite, je vais trop vite, il faut ralentir la mesure vu que c'était comme je t'ai dit une reprise et une reprise comme ça donc voilà, j'ai maintenant j'ai ralenti parce que voilà... Bah à la fin des 3 semaines où j'ai couru dans tous les sens pour essayer de tout connaître parce que l'infirmière que je remplaçais, Ben, elle n'allait pas rester là longtemps, c'était plic, ploc. Et au bout de 3 semaines, c'était fini. Donc je dois acquérir un maximum d'informations pour continuer après. Et donc voilà. (...) l' écolage s'est bien passé. Mais comme je t'ai dit, c'était très rapide et du coup, comme j'avais tout à connaître, tout à découvrir, mais j'ai beaucoup... J'étais vraiment en grande réceptivité et rapidité quoi.» (Interview 5)

Au début de son intégration, l'IEPO doit **assimiler rapidement** beaucoup d'informations afin d'assumer les différentes responsabilités qui lui incombent. Seulement, les mentors doivent retourner assez vite à leur poste, ce qui pousse l'IEPO à « **courir dans tous les sens pour tout connaitre** » avant leur départ. Une fois le mentor parti, l'IEPO doit s'adapter à un rythme de travail souvent plus rapide que celui auquel il était habitué en tant que stagiaire. Cela peut

entraîner un stress et une tendance à « **ralentir la mesure** » dans l'exercice de son travail et l'acquisition de ses compétences.

4.2.3.3 Gérer la digitalisation

La maîtrise des dossiers informatisés des patients est essentielle pour bien démarrer en tant qu'infirmière dans le milieu hospitalier, cependant cette compétence n'est pas toujours acquise dès le premier jour. Une infirmière partage son expérience :

« (...) Mais l'écolage, t'as que comment utiliser le chariot, comment utiliser le médicament. La gestion du lit pour l'entrée et les sorties et les DAR, c'est tout. Et après le reste tu dois l'apprendre sur le tas. (...) Il y a beaucoup de choses à apprendre à la nouvelle infirmière. Pourquoi pas lui montrer l'ordinateur avant de commencer ici ? Parce que moi ça m'a stressé tout ça hein, tout ça, ça m'a stressé. Pourquoi on sait très bien qu'elle va commencer tel jour. Pourquoi elle vient pas une semaine à l'avance pour qu'on lui apprenne l'ordinateur comme ça quand elle vient le premier jour...(silence) Pour elle, elle va jongler, tu vois ? moi en maison de repos, l'ordinateur on l'utilise seulement en nuit pour commander les médicaments mais nous c'est papier. Donc prendre une infirmière et tu dois l'envoyer tout à son cerveau, moi je trouve que c'est beaucoup hein. L'ordinateur et aussi la gestion des médicaments Sonner à la pharmacie, les stups, chercher... t'as la pharmacie d'urgence, le médecin de garde, tout ça. » (Interview 10)

Devoir **s'adapter au programme informatique** en plus du nouveau milieu professionnel lors de l'onboarding peut entraîner **un sentiment de surcharge** chez l'IEPO. **Se sentir submergé** par la multitude d'informations à assimiler, et stressé à cause du **manque de préparation** à l'utilisation du dossier patient informatisé, peut créer un sentiment de désorientation. Une culture favorable à la communication et à la collaboration aide l'IEPO à surmonter ces défis. Le témoignage de cette infirmière de l'équipe volante illustre parfaitement cette observation :

« Déjà, le programme informatique n'était pas très très... il y avait des détails que je ne connaissais pas (...). Et à chaque fois, quand je demande comment faire quelque chose, ils sont disponibles, hein. Et j'ai un accompagnement de l'équipe. » (Interview 6)

Ainsi, les relations professionnelles avec les collègues constituent des ressources importantes pour l'IEPO. Face à des difficultés, il **se repose et compte d'abord sur les membres de l'équipe** de soin pour l'aider. Un infirmier de réanimation le confirme dans ses propos :

« Par rapport à tout ce qui va être vraiment la prise en charge du patient, je vais enfin je vais pas me casser la tête et je vais pas aller sur l'ordinateur voir sur Internet alors que j'ai un collègue à qui je peux demander. » (Interview 2)

Le processus d'apprentissage concernant le DPI se fait aussi à mesure de son utilisation. La même infirmière volante le confirme en ces termes :

« Un traitement qui manquait chez mon patient. J'ai appelé la pharmacie. La pharmacie me dit, Ah tiens, je vois que vous avez un stock, il faut remettre le stock à 0. Je me souvenais plus où est-ce. J'ai demandé à ma collègue qui ne s'y connaît pas non plus (...) Finalement, c'est le sous-chef qui l'a fait.(...) Il y a des choses qu'il faut faire plusieurs fois pour que ça reste parce qu'il y a beaucoup d'informations différentes. (...) Mais comme c'est l'informatique, tant que tu ne pratiques pas, tu ne peux pas savoir toutes les petites spécificités. » (Interview 6)

Cependant, les difficultés dans l'utilisation des programmes informatiques ne font pas l'unanimité. Cette participante de 37 ans n'a pas rencontré les mêmes difficultés :

« Franchement oui, ça a été parce que j'ai eu 2 personnes qui m'ont suivi pour le DPI (dossier patient informatisé) dès le début. Ça oui et plus les collègues dans le service. Ça va vite, c'est l'ordinateur, du coup j'ai tout de suite capté (..). Et voilà, et après le dernier écolage avec l'infirmière, ça ne servait à rien parce que j'avais complètement déjà tout appris. » (Interview 9)

La maîtrise du DPI est plus rapide lorsque **la formation est initiée précocement** dans le processus *d'onboarding*. De plus, les infirmier(e)s de moins de quarante ans semblent plus à l'aise dans l'utilisation des programmes informatiques, tandis que ceux de plus de quarante ans ont besoin de plus de temps et de répétition pour maîtriser les programmes informatiques. Le recours à l'appui des collègues est cependant constant dans les deux groupes.

5 DISCUSSION, PERSPECTIVES, CONCLUSION

5.1 RÉSULTATS PRINCIPAUX ET DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

L'objectif de cette étude était de comprendre comment l'autonomie des IEPO se développe. Elle avait aussi comme objectif de comprendre comment les IEPO définissent le concept d'autonomie. Cette étude met en évidence les facteurs clés influençant le développement de l'autonomie des IEPO.

5.1.1 Faire ses débuts (dans le milieu professionnel)

Les infirmier(e)s, ont mentionné l'importance de « faire ses débuts (dans le milieu professionnel) ». Ceux-ci ont décrit « appréhender le futur milieu de travail » comme étant

une étape cruciale qui leur permet de comprendre rapidement le fonctionnement de leur environnement de travail, et leur procure un sentiment de satisfaction et d'appartenance favorisant leur autonomie, et induisant un gain de temps dans l'écolage. Cela suggère que rallonger ou approfondir l'étape du *préboarding* des IEPO pourrait permettre de raccourcir le temps de l'écolage. En effet, ceux-ci ont tendance avant d'arriver aux journées d'accueil, à explorer le futur environnement de travail. Pour cela, développer plus de contrat avec les intérimaires pourrait s'avérer être une des solutions. Une autre solution serait de permettre aux étudiants d'accorder des points de satisfaction qui guideront les recruteurs sur leur degré de volonté ou d'engagement à travailler dans le service. Ce serait alors à l'inverse de ce qui est fait de coutume, au futur infirmier de donner des feedbacks via des plateformes telles que *Interneo* (46) concernant le service en question. Il est alors de la responsabilité des équipes de travailler à l'attractivité de leur service et donner envie aux étudiants et aux intérimaires de venir y travailler. Certaines études révèlent que les infirmier(e)s avant de commencer souhaitent expérimenter l'environnement de travail et vivre la philosophie de leur futur milieu de travail (47) . Ces résultats sont corroborés par l'étude de Rowen et *al.* (48) qui met en évidence que 11 écoles du Maryland ont accepté de participer à un placement clinique préalable à l'embauche. Il s'agit d'un programme permettant aux étudiants en soins infirmier(e)s de réaliser une exploration préalable de leur futur milieu professionnel au travers d'un stage au choix non rémunéré lors du dernier semestre d'étude, avec la promesse non contraignante d'y travailler une fois diplômés. De plus, impliquer directement les stagiaires dans la prise en charge complète et globale des patients et les intégrer à l'équipe de soin peut les aider à appréhender le futur milieu de travail et gagner rapidement en autonomie une fois le milieu de travail intégré. Ceci est en alignement avec le concept d'évolution des compétences de Patricia Benner (39).

Par ailleurs, la présente étude révèle que l'*onboarding* est vécu comme une contrainte tant pour l'IEPO que pour l'équipe d'accueil lorsqu'il ne se sent pas attendu. Ce qui peut déboucher sur des tensions et impacter négativement le développement de ses compétences. Néanmoins, le suivi par un mentor ou l'écolage semble réorienter le cours des choses et induire un sentiment de sécurité. Erickson et ses collègues (49) soutiennent que le fait de bénéficier d'un programme de transition permet de gagner en compétence, en confiance, et améliore le sentiment de satisfaction et de sécurité.

5.1.2 Avoir de la confiance (en soi)

L'étude met en lumière que lorsqu'il s'agit « d'avoir de la confiance (en soi) » dans le cadre de l'*onboarding* des infirmier(e)s, plusieurs aspects sont à considérer. Tout d'abord la notion de « collaboration égalitaire » joue un rôle essentiel pour instaurer un climat de confiance entre le médecin et l'IEPO, ce qui favorise le développement de son autonomie. Les entretiens ont révélé que cette collaboration égalitaire se manifeste principalement à travers une prise de décision clinique commune. Cette approche de prise de décision partagée a été observée plus fréquemment dans le cadre du travail de nuit et dans les services spécialisés où la hiérarchie est moins marquée et l'horizontalité est privilégiée. Ce résultat est en accord avec les observations faites dans l'étude de Kim et al (50) qui démontrent que plus la relation médecin-infirmier(e) est égalitaire, plus l'autonomie de l'infirmier est élevée. Cependant, certaines contraintes organisationnelles ou légales peuvent induire une relation de dépendance des infirmier(e)s envers les médecins. C'est le cas de cette infirmière qui n'a pas eu la possibilité d'appliquer d'ordre permanent pour soulager la douleur de son patient alors qu'elle l'avait déjà signalé au médecin. Cela soulève des questions sur les processus organisationnels mis en place pour aider les infirmier(e)s dans le développement de leur autonomie clinique. Les ordres médicaux permanents font partis de ces processus qui autorisent les infirmier(e)s à prester des actes récurrents et usuels requérant une prescription du médecin indépendamment de sa présence. Seulement, leur application n'est autorisée que si c'est notifié par écrit ou oralement (51). De ce fait, ces discours révèlent une nécessité d'élargissement de la liste des prestations techniques de l'art infirmier ne requérant pas de prescription médicale (Annexe 7). Le SPF sécurité de la chaîne alimentaire et environnement a d'ailleurs publié au moniteur Belge le 08 mars 2024 un arrêté Royal élargissant cette liste de prestations techniques (52).

Un autre aspect important de la confiance (en soi) est la capacité à (se) permettre des erreurs. L'étude révèle que la confiance en soi se bâtit également sur la possibilité de corriger ses erreurs et se rendre compte que l'on peut s'améliorer. Les managements qui favorisent la bienveillance et autorisent un apprentissage par l'erreur soutiennent plus significativement le développement de l'autonomie (10), (9). Ces erreurs peuvent être abordées lors d'une période consacrée à un échange au sujet du vécu issu d'expériences cliniques, c'est ce que Van Patten et ses collègues (53) appellent *debriefing*. D'après les résultats de leur étude, le

debriefing est un élément important du mentorat qui renforce la confiance en soi. Ils soutiennent en outre que le *debriefing* est un outil permettant le développement du raisonnement clinique qui aide à poser des diagnostics infirmiers.

Les résultats de cette étude montrent aussi que les situations de soins successives vécues par l'IEPO sont des occasions d'apprentissage par l'expérience leur permettant de se perfectionner dans l'élaboration de diagnostics infirmiers. Cela a pour conséquence de renforcer la confiance du médecin envers l'IEPO, ainsi que la confiance de l'IEPO envers lui-même. A l'inverse, l'étude de Clare et Loon (54) démontre que les principaux obstacles lors de l'*onboarding* sont les problèmes de confiance, de stress et d'anxiété. Selon eux, plus un IEPO est perçu comme incompetent, plus il met du temps à atteindre un stade de compétence supérieur. Or, la transition vers le milieu professionnel est déjà un facteur de perte de confiance en soi (55), ce qui risque d'aggraver cette lacune dans les compétences. Il est donc intéressant de réfléchir aux moyens d'explorer et renforcer « le concept de soi » chez les IEPO durant le processus d'*onboarding*. A ce propos, Je Gede et al. (56) suggèrent d'améliorer les aspects individuels et émotionnels afin d'améliorer l'image de soi professionnelle.

5.1.3 Disposer de ressources

Les résultats ont montré que « disposer de ressources » revêt une importance cruciale pour l'*onboarding* des IEPO. En gériatrie une infirmière confirme que la prise en compte de ses suggestions améliore l'organisation du travail. Cette perception d'être entendue est une ressource qui renforce son estime de soi. Un infirmier de réanimation souligne l'importance d'inclure les jeunes IEPO dans l'élaboration des procédures, renforçant leur sentiment d'appartenance et de satisfaction. Ces témoignages confirment les résultats révélés dans la littérature par Morgan et al. (57) ainsi que Clare et al.(54).

Il ressort des résultats de l'analyse qu'assurer le mentorat ou l'écolage des IEPO est souvent un défi en raison de la pénurie de personnel. Ainsi, en réaction aux besoins urgents de prise en charge des patients, l'écolage de l'IEPO est écourté, outrepassé ou réalisé en grande vitesse. Or, un écolage inadéquat impacte négativement le développement des compétences et l'autonomie de l'IEPO, et pourrait déboucher sur une intention de quitter (15). La pénurie serait donc accentuée par la pénurie. Cette problématique est confirmée dans la littérature (58), le manque de personnel infirmier entraîne un cercle vicieux qui mérite amplement d'être étudié afin d'interrompre la chaîne. En sus, le stress induit par la rapidité et le grand nombre

d'informations à intégrer durant l'écolage peut induire une fatigue aboutissant à un ralentissement dans l'acquisition des compétences une fois que l'IEPO se retrouve sans mentor. Les feedbacks peuvent aider à évaluer avec l'IEPO où il se situe par rapport à cette course effrénée contre la montre que doit souvent réaliser le personnel soignant. D'autre part, il est important de comprendre que bien que l'IEPO ai eu une expérience dans un autre cadre, la discussion doit tout de même être faite avec lui au sujet de ses attentes quant au soutien dont il aurait besoin afin de gagner le plus rapidement possible en autonomie. Cette étude de Smith-Miller et *al.* (59), met en évidence que les IEPO ayant des expériences antérieures ont certes plus de confiance dans leur pratique, mais ont des besoins d'apprentissages spécifiques. Il est donc important d'aborder l'*onboarding* des IEPO de manière individualisée afin de répondre aux besoins spécifiques propres à chaque IEPO.

La maîtrise des outils numériques en particulier des Dossiers Patients Informatisés (DPI) est une compétence incontournable pour les IEPO au vu de la digitalisation sans cesse croissante que connaît le domaine des soins. Les résultats montrent que l'absence de formation adéquate et précoce à ces outils peut entraîner un sentiment de surcharge cognitive et du stress. Une IEPO a exprimé la difficulté de s'adapter rapidement au programme informatique en plus des nouvelles responsabilités cliniques, soulignant l'importance d'un écolage préalable à l'utilisation des DPI. Il serait judicieux de fractionner ces apprentissages en commençant préalablement par un apprentissage de l'outil informatique car c'est l'une des compétences incontournables dans l'autonomie, elle est pourtant l'une des plus lacunaire constatée lors des entretiens. De plus, communiquer une information concernant les différentes ressources possibles et disponibles en cas de difficulté est capital. Toutefois il a été observé qu'une formation immédiate induit une rapide maîtrise de l'outil. Ce qui démontre l'importance de la précocité et la qualité de l'écolage. Cela est en alignement avec les données de la littérature (47). Les résultats révèlent en outre que les IEPO plus jeunes (moins de 40 ans) sont plus à l'aise avec les programmes informatiques. Néanmoins, la majorité des IEPO indépendamment de l'âge a eu recours à l'appui des collègues.

Pour conclure, bien que ce soit une méthode empruntée à la théorisation ancrée, les liens entre les différentes catégories et sous catégories (Annexe 8), montrent que la confiance (en soi) est au cœur de ce processus d'*onboarding*.

5.2 LIMITES, BIAIS

La première limite de cette étude réside dans le fait que c'est une première expérience en recherche qualitative. N'ayant pas une expertise dans le domaine, il n'est pas impossible que les choix méthodologiques en aient été impactés. De plus, la tenue d'un journal de bord permettant de consigner les réflexions émergeant des entretiens afin d'adapter le guide d'entretien n'a pas toujours pu être respectée. Cela a impacté négativement l'échantillonnage théorique, et partant la saturation des catégories.

Une autre limite concerne les spécialités des infirmier(e)s interrogé (e)s. La population ne couvre pas tous les services hospitaliers. Il serait intéressant d'explorer le point de vue d'infirmier(e)s travaillant dans des services de chirurgie par. De plus, l'échantillon porte sur deux hôpitaux Belges, ce qui impacte la validité externe des résultats obtenus. Une autre limite concerne les modèles théoriques. Celui de Patricia Benner, est linéaire et unidirectionnel. En revanche, le modèle de Duffy et al. Inclut les facteurs contextuels, mais il a ses propres limites, comme l'absence de la résilience et de la prise de décision éthique. Les niveaux d'*onboarding* de chaque institution peuvent être aussi des limites. En effet, cela a pu impacter le développement de l'autonomie et les résultats obtenus, il aurait été souhaitable d'en tenir compte dans l'étude. Comme autre limite, le fait qu'il n'y ai que deux infirmier(e)s sans expérience préalable dans l'échantillon peut avoir impacté les résultats. Réaliser une étude portant sur des IEPO sans expérience pourrait révéler des résultats plus pertinents.

Lors de cette étude, plusieurs biais potentiels ont été identifiés. D'abord, la subjectivité du chercheur et des répondants peut influencer la manière dont les entretiens sont menés, ainsi que la collecte et l'interprétation des données, ce qui peut affecter les résultats et les conclusions. Ensuite, le biais de désirabilité sociale peut amener les interviewés à répondre de manière à donner une image positive d'eux-mêmes. De plus, la prédominance du genre féminin parmi les répondants (90% de l'échantillon) peut introduire une variation dans la perception de l'autonomie. Le biais de confirmation d'hypothèse, où les participant(e)s ou le chercheur sélectionnent des informations confirmant l'hypothèse de départ, constitue également une préoccupation. Par ailleurs, le biais de mémoire peut affecter la précision des situations décrites par les interviewés, influencées par leurs émotions, croyances ou expériences passées. Enfin, des biais peuvent survenir en raison d'une exploitation insuffisante ou défectueuse des résultats.

5.3 FORCES

L'approche qualitative permet de recueillir des témoignages directs des infirmier(e)s en cours d'*onboarding*. Ce qui permet une compréhension approfondie et nuancée de leurs expériences individuelles. De plus, l'étude intègre des témoignages d'infirmier(e)s travaillant dans des services d'hôpitaux variés. Cette étude permet en outre une identification des facteurs clés influant sur l'autonomie, dévoilant ainsi des pistes importantes de rétention via l'amélioration des processus d'*onboarding*. En outre, cette étude a été soumise aux critères de qualité COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) (Annexe 9) qui aident à l'amélioration de la qualité des études qualitatives.

5.4 PERSPECTIVES EN SANTÉ PUBLIQUE

Cette étude offre des perspectives nouvelles sur le développement de l'autonomie des IEPO. En effet, la grande majorité des participants a admis avoir fait une exploration préalable du futur milieu de travail avant de commencer. Or, étant donné les coûts élevés d'*onboarding* d'un nouvel infirmier, il serait intéressant de réaliser une étude en Belgique afin d'évaluer l'impact sur la satisfaction et la rétention du personnel infirmier d'un placement clinique préalable à l'embauche, ou d'un rallongement du *préboarding* offrant la possibilité à l'IEPO de choisir et expérimenter son futur milieu de travail pendant ses études ou avant de l'intégrer. Il serait également pertinent d'évaluer l'impact financier de ce rallongement sur le coût du processus d'*onboarding*. De plus, une attention particulière pourrait être accordée à l'évaluation des stratégies spécifiques qui favorisent le développement de la résilience chez les IEPO. En effet, l'analyse a montré que « (...) *le fait d'avoir été mis dans le bain tout de suite* » (*Interview 3*) permet l'essor d'un processus de résilience et une « prise de conscience de ses limites » chez l'IEPO.

6 CONCLUSION

Au terme de cette étude, plusieurs facteurs influençant l'autonomie ont été identifiés, notamment la qualité de l'écolage, la familiarisation avec les outils informatiques, le soutien des collègues, ainsi que la possibilité de faire des erreurs et d'apprendre de celles-ci. Cependant, l'autonomie des IEPO peut également avoir plusieurs freins, c'est par exemple le cas lorsqu'il y a un manque de ressources, des formations insuffisantes, et un mentorat beaucoup trop rapide.

Pour mieux accompagner un IEPO, il faut tenir compte de ces freins et travailler à les atténuer. Un rallongement de la période de préboarding a été mis en évidence comme étant crucial pour améliorer la satisfaction et le développement des compétences des IEPO. Un écolage complet, prolongé et bien structuré, incluant la maîtrise des dossiers patients informatisés (DPI) dès les premiers jours de travail, s'est avéré essentiel. Cela permet de créer un sentiment de sécurité et soutenir efficacement le développement de l'autonomie. De plus, un environnement de travail qui favorise la communication ouverte, la collaboration égalitaire, l'innovation et le soutien mutuel est indispensable pour renforcer la confiance en soi et les compétences des IEPO.

Il est donc nécessaire de combiner une formation technique solide, un soutien psychologique et organisationnel, et un encouragement à l'apprentissage par l'expérience (*debriefing*). Ces éléments mis en œuvre de manière cohérente et bienveillante, permettent aux IEPO de développer la confiance en leurs compétences et de s'intégrer pleinement dans leur nouvelle équipe.

Pour finir, l'autonomie telle que décrite par les IEPO se rapporte essentiellement à l'autonomie clinique, et l'application de la liste des prestations techniques de l'art infirmier. L'élargissement de cette liste nécessite d'être accompagnée de formations continues. C'est d'ailleurs la demande de la quasi-totalité des interviewés concernant le soutien attendu à l'autonomie de la part des institutions.

7 BIBLIOGRAPHIE

1. La situation du personnel infirmier dans le monde - 2020 [Internet]. [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240003279>
2. INTERPELLATION sur la pénurie en personnel et de l'accès au stage - Courrier vers les Ministres concernés [Internet]. 2020 [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.infirmieres.be/actualites/interpellation-sur-la-penurie-en-personnel-et-de-lacces-au-stage-courrier-vers-les>
3. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*. 23 oct 2002;288(16):1987-93.
4. Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies*. 1 févr 2007;44(2):175-82.
5. SPF Sante. Données du système d'enregistrement CIC, en date du 27 04 2023; service Data et Information stratégique, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, Belgique.
6. PlanCad Infirmiers 2019-2021, Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, mars 2024.
7. Debout C. Pandémie de Covid-19 et pénurie infirmière en France : un phénomène prévisible. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*. sept 2020;6(3):100200.
8. Aiken LH, Havens DS, Sloane DM. The Magnet Nursing Services Recognition Program. *J Nurs Adm*. 2009;39(0 0):S5-14.
9. sibe_alis_2016_les_hopitaux_magnetiques_en_7_questions.pdf [Internet]. [cité 29 janv 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/sibe_alis_2016_les_hopitaux_magnetiques_en_7_questions.pdf.
10. Matthieu Sibé. Le Magnet Hospital Un concept exportable dans le service public hospitalier français ? In -Bretagne, Lorient; 2016 [cité 29 janv 2024]. p. 8. Disponible sur: https://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/matthieu_sibe_ised_0.pdf
11. Paquay M, Boulanger JM, Locquet M, Dubois N, Ghuysen A. Exploring the feasibility of the Magnet Hospital concept within a European university nursing department: a mixed-methods study. *Contemp Nurse*. 2021;57(3-4):187-201.
12. Sabine STORDEUR. Sabine STORDEUR.RN,MSN,PhD, WILLIAM D'HOORE,MD,PhD, université catholique de Louvain Bruxelles.2004. Les caractéristiques organisationnelles des magnets hospitals: une réponse au départ prématuré des infirmières (recherche Européenne NEXT) ? In (Daniel Lefebvre), *Memento de l'art infirmier*, avenue louise 356 bte 56 Bruxelles : Wolters Kluwer Belgique,; In: *Memento de l'art infirmier*. Wolters Kluwer Belgique,;

13. Relationship between onboarding experience and - ProQuest [Internet]. [cité 3 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.proquest.com/docview/2534329960?sourcetype=Scholarly%20Journals>
14. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979;24(2):285-308.
15. Bauer T, Erdogan B. Organizational Socialization Outcomes: Now and Into the Future. *The Oxford Handbook of Organizational Socialization*. 1 janv 2012;
16. Onboarding : les 3 étapes pour réussir l'intégration de vos salariés [Internet]. Foederis logiciel RH de gestion des Talents - Talent management. 2022 [cité 26 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.foederis.fr/onboarding-preparer-arrivee-d-un-nouveau-salarie/>
17. Cheeks P, Dunn PS. A New-Graduate Program: Empowering the Novice Nurse. *Journal for Nurses in Professional Development*. oct 2010;26(5):223.
18. Pursio K, Kankkunen P, Sanner-Stiehr E, Kvist T. Professional autonomy in nursing: An integrative review. *Journal of Nursing Management*. 2021;29(6):1565-77.
19. Rafferty A, Ball J, Aiken L. Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Qual Health Care*. déc 2001;10(Suppl 2):ii32-7.
20. Onboarding New Employees.pdf [Internet]. [cité 15 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.shrm.org/foundation/ourwork/initiatives/resources-from-past-initiatives/Documents/Onboarding%20New%20Employees.pdf>
21. Altier ME, Krsek CA. Effects of a 1-Year Residency Program on Job Satisfaction and Retention of New Graduate Nurses: *Journal for Nurses in Staff Development (JNSD)*. mars 2006;22(2):70-7.
22. Kramer, M. (1974). *Reality shock: Why nurses leave nursing*. St. Louis, MO: C.V. Mosby.
23. Friday L, Zoller JS, Hollerbach AD, Jones K, Knofczynski G. The Effects of a Prelicensure Extern Program and Nurse Residency Program on New Graduate Outcomes and Retention: *Journal for Nurses in Professional Development*. 2015;31(3):151-7.
24. Herdrich B, Lindsay A. Nurse residency programs: Redesigning the transition into practice. *J Nurses Staff Dev*. 2006;22(2):55-62; quiz 63-4.
25. Health Careers Manitoba [Internet]. [cité 7 avr 2024]. Mentorat pour le personnel infirmier. Disponible sur: <https://healthcareersmanitoba.ca/fr/metiers-de-la-sante/infirmieres/mentorat-pour-le-personnel-infirmier/>
26. Maresca R, Eggenberger T, Moffa C, Newman D. Lessons Learned: Accessing the Voice of Nurses to Improve a Novice Nurse Program. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2015;31(4):218-24.
27. The Canadian Nurse Educator Institute (CNEI) [Internet]. [cité 7 avr 2024]. Programme de formation des préceptrices-mentores. Disponible sur: <https://cnei-icie.casn.ca/fr/our-programs/cours-en-avancement-des-connaissances/programme-de-formation-des-preceptrices-mentores/>

28. Frank VANDENBROUCKE, Magda AELVOET. Elaboration de l'accord social du 1er mars 2000 relatif à l'accompagnement des étudiants et des personnels entrants et rentrants en art infirmier et obstétrical. nov 29, 2000 p. 5.
29. ministere des affaires sociales de la sante publique et de l'environnement. etaamb.openjustice.be. Moniteur Belge; 2000 [cité 7 avr 2024]. Arrêté Ministeriel du 29/09/2000 arrete ministeriel modifiant l'arrete ministeriel du 23 decembre 1999 fixant, pour l'exercice 2000, les conditions et les regles specifiques qui regissent la fixation du prix de la journee d'hospitalisation, le budget des moyens financiers et le quota de journees d'hospitalisation des hopitaux et services hospitaliers. Disponible sur: https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-ministeriel-du-29-septembre-2000_n2000022738
30. Dury C. Profil professionnel et de compétences des partenaires qui accompagnent en enseignement clinique l'étudiant bachelier infirmier.
31. Scribd [Internet]. [cité 8 avr 2024]. Deci Ryan Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior PDF | PDF | Motivation | Motivational. Disponible sur: <https://www.scribd.com/document/339194269/Deci-Ryan-Intrinsic-Motivation-and-Self-Determination-in-Human-Behavior-pdf>
32. professional autonomy. Nurs Adm Q. 1983;7(4):21-30. 18. Urden LD, Monarch K. The ANCC magnet recognition pro gram: converting research findings into action. In: McClure ML, Hinshaw AS, eds. Magnet Hospitals Revisited. Wash ington, DC: American Nurses Publishing; 2002:103-115.
33. Rouhi-Balasi L, Elahi N, Ebadi A, Jahani S, Hazrati M. Professional Autonomy of Nurses: A Qualitative Meta-Synthesis Study. Iran J Nurs Midwifery Res. 17 juin 2020;25(4):273-81.
34. Milosky J, Silva A, Gomes A, Góes F, Knupp V, Silva M. Representaciones sociales de la autonomía profesional de los (as) enfermeros (as) en el quirófano. Revista Cuidarte. 20 févr 2020;11.
35. Gagnon L, Bakker D, Montgomery P, Palkovits JA. Nurse Autonomy in Cancer Care. Cancer Nursing. juin 2010;33(3):E21.
36. Kramer M, Maguire P, Schmalenberg CE. Excellence Through Evidence: The What, When, and Where of Clinical Autonomy. JONA: The Journal of Nursing Administration. oct 2006;36(10):479.
37. Professional Practice Models in Nursing [Internet]. [cité 29 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.springerpub.com/professional-practice-models-in-nursing-9780826126436.html>
38. Joanne R. Duffy, PhD, RN, FAAN. Professional Practice Models in Nursing Successful Health System Integration. SPRINGER PUBLISHING COMPAGNY New York;
39. Benner P. From Novice to Expert. The American Journal of Nursing. mars 1982;82(3):402.
40. Fortin F. Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives. 1 janv 2016 [cité 30 mars 2024]; Disponible sur: https://www.academia.edu/70607153/Fondements_et_%C3%A9tapes_du_processus_de_recherche_m%C3%A9thodes_quantitatives_et_qualitatives
41. Wieck KL, Dols J, Landrum P. Retention priorities for the intergenerational nurse workforce. Nurs Forum. 2010;45(1):7-17.

42. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *crs.* 27 avr 2011;(23):147-81.
43. Marta Anadón et Irene Vasilachi de Gialdino. Recherches qualitatives La recherche qualitative en Argentine : des acquis et des questionnements [Internet]. Association pour la recherche qualitative; Disponible sur: www.recherche-qualitative.qc.ca/revue.html
44. Christophe Lejeune, Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer, Louvain-la-Neuve, De Boeck, 2014, 152 p., ISBN : 978-2-8011-1749-1. In.
45. Balard, Frédéric, et al. « Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé », Joëlle Kivits éd., Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin, 2016, pp. 167-185. In.
46. softedge. Interneo - la plateforme de gestion des stages par Opal Solutions [Internet]. Opal Solutions. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: <https://opalsolutions.be/fr/interneo/>
47. Bethel C, Olson S, Bay C, Uyeda T, Johnson K. Travel Nurse Onboarding: Current Trends and Identified Needs. *J Nurs Adm.* sept 2019;49(9):436-40.
48. Rowen L, Embert C, Westerfield HV, Ogbolu Y. Practicum to Practice Program: Improve Nurse Recruitment and Assist Schools of Nursing while Decreasing Length and Cost of Nurse Onboarding. *Nurse Leader* [Internet]. 7 déc 2023 [cité 15 mai 2024]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1541461223003294>
49. Erickson CE, Steen D, French-Baker K, Ash L. Establishing Organizational Support for Nurse Practitioner/Physician Assistant Transition to Practice Programs. *The Journal for Nurse Practitioners.* avr 2021;17(4):485-8.
50. Kim Y, Oh Y, Lee E, Kim SJ. Impact of Nurse–Physician Collaboration, Moral Distress, and Professional Autonomy on Job Satisfaction among Nurses Acting as Physician Assistants. *Int J Environ Res Public Health.* 7 janv 2022;19(2):661.
51. 18 JUIN 1990. -Arrêté royal portant fixation de la liste des prestations techniques de l'art infirmier et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d.
52. Moniteur Belge - Belgisch Staatsblad [Internet]. [cité 20 mai 2024]. Disponible sur: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fr&pub_date=2024-03-08&caller=summary&numac=2024001907
53. Van Patten RR, Bartone AS. The impact of mentorship, preceptors, and debriefing on the quality of program experiences. *Nurse Education in Practice.* 1 févr 2019;35:63-8.
54. Clare J, Loon A van. Best practice principles for the transition from student to registered nurse. *Collegian.* 1 janv 2003;10(4):25-31.
55. Cowin LS, Hengstberger-Sims C. New graduate nurse self-concept and retention: A longitudinal survey. *International Journal of Nursing Studies.* 1 janv 2006;43(1):59-70.
56. Juanamasta IG, Aunguroch Y, Preechawong S, Gunawan J. Factors Related to Professional Self-Concept of Nursing Students and Nurses: A Systematic Review. *Iranian journal of nursing and midwifery research.* 9 nov 2023;28:642-8.

57. Morgan P, Sanchez M, Anglin L, Rana R, Butterfield R, Everett CM. Emerging practices in onboarding programs for PAs and NPs. *JAAPA*. mars 2020;33(3):40.
58. Santucci J. Facilitating the transition into nursing practice: concepts and strategies for mentoring new graduates. *J Nurses Staff Dev*. 2004;20(6):274-84.
59. Smith-Miller CA, Jones C, Blakeney T. Organizational socialization: Optimizing experienced nurses' onboarding. *Nursing Management*. déc 2023;54(12):14.

8 LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 DIMENSIONS ET PARAMÈTRES DU DÉVELOPPEMENT DE L'AUTONOMIE DES INFIRMIER(E)S ENGAGÉS DANS UN PROCESSUS D'*ONBOARDING*.

ANNEXE 2 GUIDE D'ENTRETIEN

ANNEXE 3 FLOW CHART DE L'ETUDE

ANNEXE 4 EXEMPLE DE CODAGE OUVERT

ANNEXE 5 Arbre thématique

ANNEXE 6 PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

ANNEXE 7 LISTE DES PRESTATIONS TECHNIQUES DE L'ART INFIRMIER

ANNEXE 8 Liens entre les catégories pertinentes

ANNEXE 9 CRITÈRES QUALITÉS COREG

ANNEXE 10 FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

ANNEXE 11 DEMANDE D'AVIS AU COMITE D'ETHIQUE

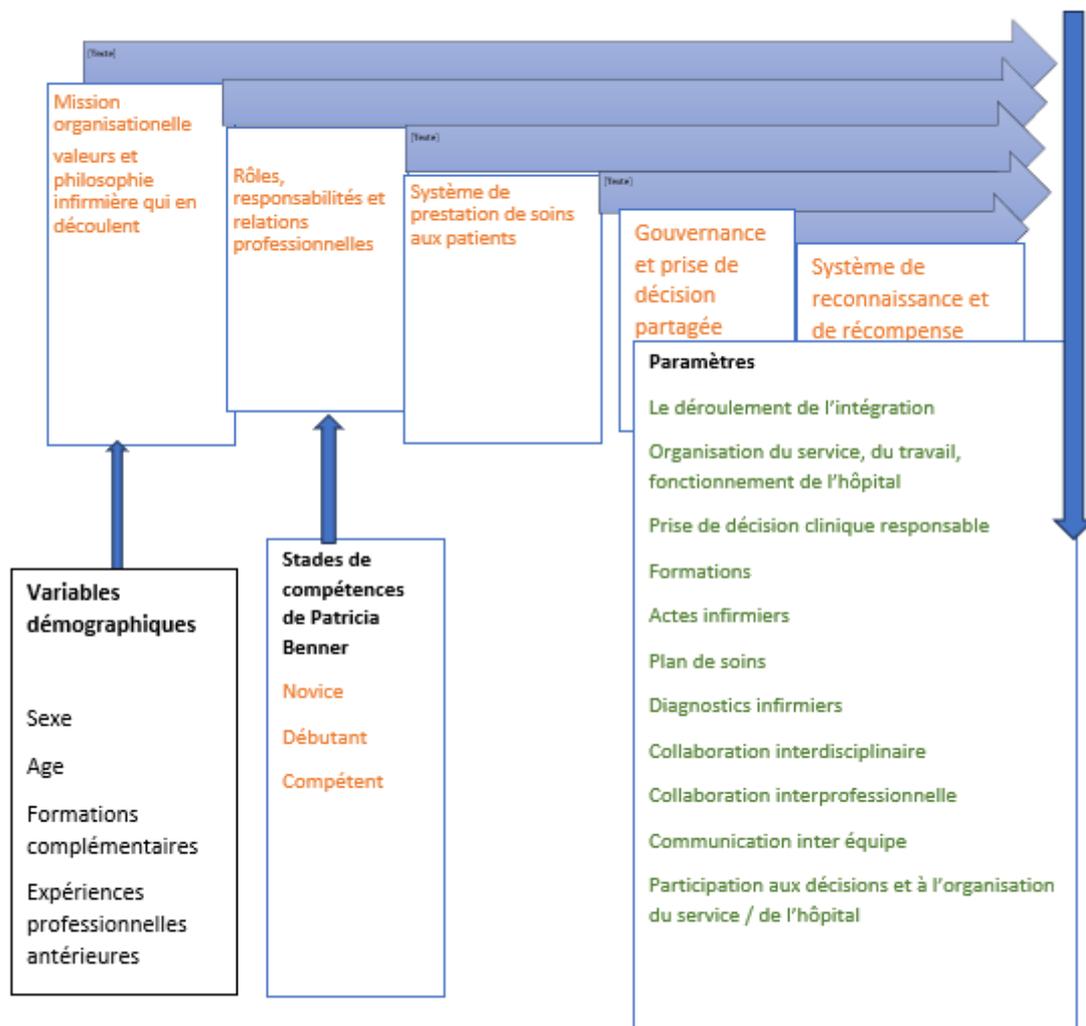
ANNEXE 12 REPOSE DU COLLEGE DES ENSEIGNANTS SUITE A LA DEMANDE D'AVIS AU COMITE DETHIQUE

ANNEXE 13 CONVENTION DE STAGE

LISTE DES FIGURES

Figure 1 SOUS ARBRE THÉMATIQUE DE LA CATÉGORIE FAIRE SES DEBUTS DANS LE MILIEU PROFESSIONNEL-----	14
Figure 2 SOUS ARBRE THÉMATIQUE DE LA CATÉGORIE AVOIR DE LA CONFIANCE (EN SOI) -----	20
Figure 3 SOUS ARBRE THÉMATIQUE DE LA CATÉGORIE DISPOSER DE RESSOURCES-----	26

ANNEXE 1 Dimensions et paramètres du développement de l'autonomie des infirmier(e)s engagés dans un processus d'*onboarding*.



ANNEXE 2 GUIDE D'ENTRETIEN

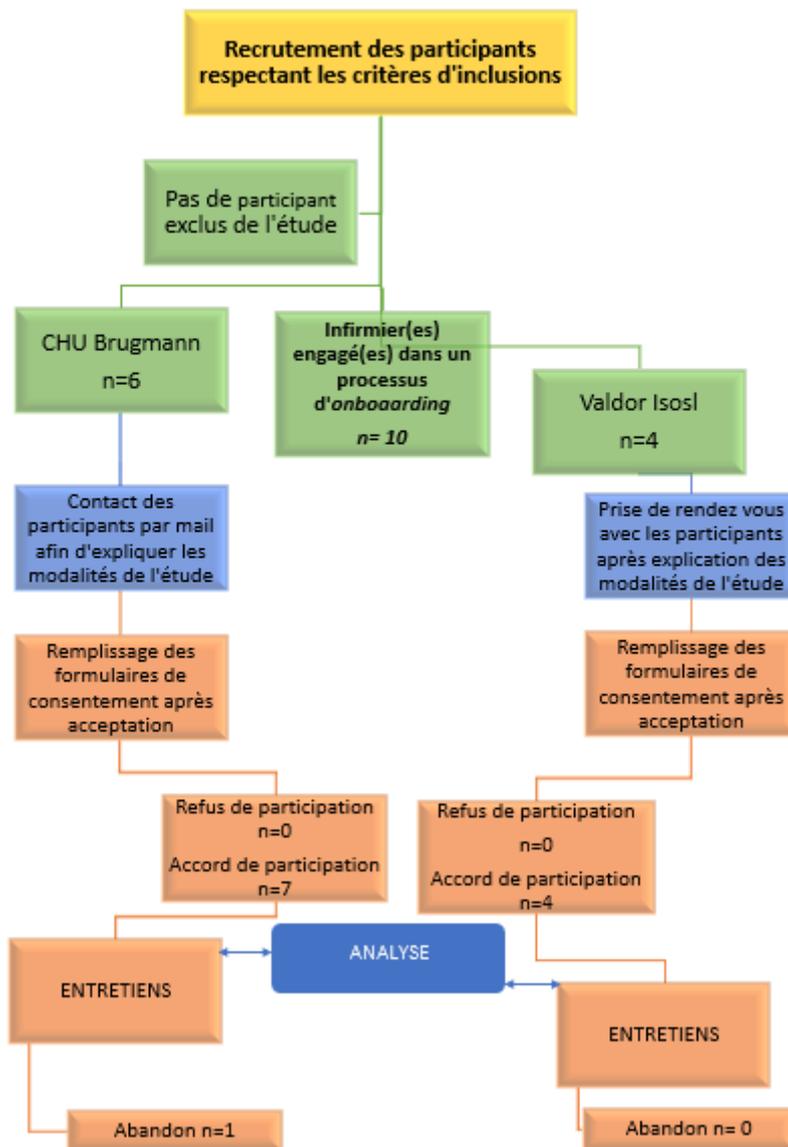
« Je m'appelle Mireille K et je suis actuellement étudiante en master en Sciences de la Santé Publique.

Dans le cadre de mon mémoire, je mène une recherche portant sur le développement des compétences des infirmier(e)s nouvellement engagé(e)s. Ce projet a pour objectif d'améliorer la satisfaction professionnelle des infirmier(e)s et agir sur la rétention. Pour cet interview, l'important pour moi est que vous puissiez raconter des situations de terrain où vous avez dû prendre des décisions en lien avec le développement de vos compétences. J'ai bien sûr préparé quelques questions à parcourir avec vous, mais sentez-vous libre d'aborder ce qui vous paraît important à propos des situations dont nous parlerons ».

1. Pouvez-vous me parler de vous ? Quelle expérience professionnelle antérieure avez-vous ? depuis combien de temps avez-vous obtenu votre diplôme d'infirmier ?
2. Comment avez-vous été accueilli dans le service ? Comment s'est déroulé votre première semaine ?
3. Comment s'est passé votre écolage ?
4. Comment est organisée une journée type dans le service ?
5. Qu'avez-vous été amené à faire comme actes infirmiers ? Comme diagnostique infirmier et en termes de démarche en soin dans les premières semaines ? Est-ce que vous avez eu l'occasion de participer par exemple à une décision concernant l'organisation soit du service ici ou de l'hôpital ?
6. Quelles autres situations avez-vous rencontré de plus depuis ? Racontez-moi comment cela s'est passé.
7. Comment avez-vous géré la situation ? Sur qui ou quoi avez-vous pu compter ? (Senior/mentor ; bible, infirmière soin de plaie, stomathérapeute, documents disponibles, collègue de travail, doublage...)
8. A quoi avez-vous du faire face ?
9. Comment se passent les relations professionnelles et humaines avec vos collègues (médecins, paramédicaux...) ? Comment les décririez-vous ? quelle place occupent ces relations dans le développement de vos compétences ?
10. Quel est le rôle de la cheffe, du salaire, des pratiques organisationnelles de l'hôpital ou du service, des formations, possibilité d'avancement... sur votre motivation à développer vos compétences ?
11. Comment les journées d'accueil et les feedbacks vous ont-ils amené à développer vos compétences infirmières ?
12. Que signifie pour vous l'autonomie d'un infirmier ?
13. Quelles sont vos attentes en termes de soutien et de supervision pour favoriser votre autonomie ?

Avez-vous des choses à rajouter ? Ou y a-t-il quelque chose qui, selon vous, manque et qui relève de l'autonomie des nouveaux infirmier(e)s ?

ANNEXE 3 FLOW CHART DE L'ETUDE



ANNEXE 4 EXEMPLE DE CODAGE OUVERT

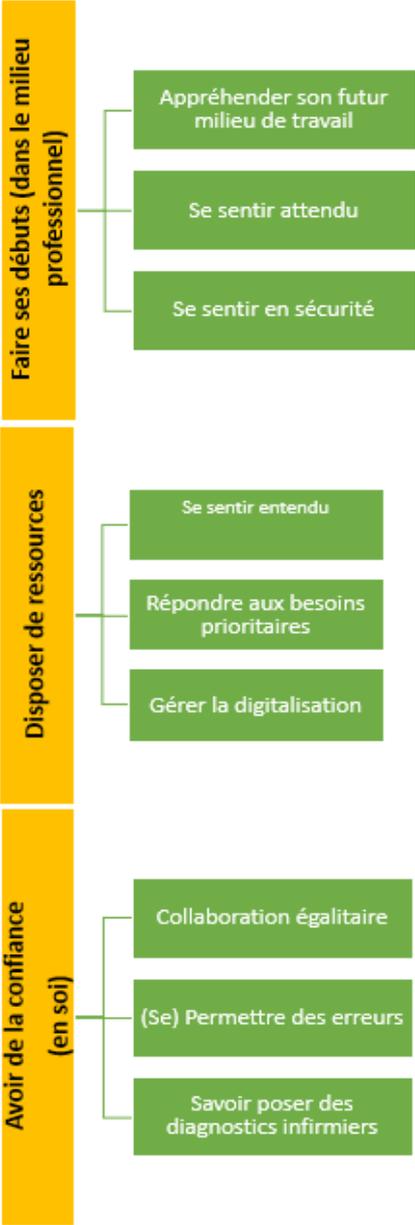
Verbatim	Étiquettes
<p>Entre octobre et janvier, je me suis fait des vacances, un mois de vacances. Et après, j'ai fait un mois d'intérim qui était à mon sens, qui était très important pour pouvoir toucher du doigt vraiment le côté infirmier, et pouvoir voir de l'intérieur exactement. Quelle est la charge de travail, quelle est la part de ma satisfaction personnelle. Et finalement, j'ai trouvé mon bonheur ici à l'équipe mobile.</p>	<p>Faire une exploration préalable Toucher du doigt Voir de l'intérieur</p>

ANNEXE 5 Arbre thématique

Légende

CATEGORIE

SOUS CATEGORIE



ANNEXE 6 PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Interview et service	Age (années)	Genre	Ancienneté dans le service en mois	Formation complémentaire	Expérience antérieure
<i>Interview 1</i> Service de psychiatrie	42	F	3	Non	Étudiante et jobiste en psychiatrie
<i>Interview 2</i> Service de réanimation et urgences	23	H	6	SIAMU	Étudiant et jobiste en réanimation
<i>Interview 3</i> Service des urgences psychiatriques	27	F	3	Psychiatrie	Un an en hôpital Psychiatrique et intérim dans le service
<i>Interview 4</i> Service de dialyse	40	F	4	Non	MRS et autres hôpitaux
<i>Interview 5</i> Clinique de la douleur et équipe mobile de la douleur	59	F	2	Psychiatrie et en soins palliatifs	Soins palliatifs et psychiatrie
<i>Interview 6</i> Equipe volante	45	F	2	Non	Intérim dans l'hôpital
<i>Interview 7</i> Service de revalidation neurologique	40	F	2	Non	Non
<i>Interview 8</i> Service de gériatrie	29	F	1	Non	Non
<i>Interview 9</i> Service de gériatrie	37	F	5	Non	MRS
<i>Interview 10</i> Revalidation neurologique	46	F	6	Non	MRS

MRS : MAISON DE REPOS ET SOINS

F : FEMME

H : HOMME

ANNEXE 7 LISTE DES PRESTATIONS TECHNIQUES DE L'ART INFIRMIER

COORDINATION OFFICIEUSE – acn (8 avril 2016)



Annexe I. -Liste des prestations techniques de l'art infirmier pouvant être accomplies par des praticiens de l'art infirmier fixée en application de l'article (21quinquies, §3 - AR du 7 octobre 2002, art. 3 - M.B. du 07/11/2002, p. 50587) de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967).

Légende :

B1 = prestations ne requérant pas de prescription médicale.

B2 = prestations requérant une prescription médicale.

B1

B2

1. TRAITEMENTS

1.1. Système respiratoire

Aspiration et drainage des voies aériennes	Manipulation et surveillance d'un système de drainage thoracique
Soins infirmiers et surveillance auprès des patients ayant une voie respiratoire artificielle	Réanimation cardio-pulmonaire avec des moyens invasifs.
Manipulation et surveillance d'appareils de respiration contrôlée	
Réanimation cardio-pulmonaire avec des moyens non invasifs.	
Administration d'oxygène	

1.2. Système circulatoire

Placement d'un cathéter intraveineux dans une veine périphérique, prélèvement de sang et perfusion intraveineuse avec une solution saline isotonique, application éventuelle d'un régulateur du débit.	Application de bandages ou de bas destinés à prévenir et/ou à traiter des affections veineuses
	Préparation, administration et surveillance de perfusions et de transfusions intraveineuses éventuellement moyennant l'emploi d'appareils particuliers
Placement d'une perfusion intraveineuse avec une solution saline isotonique via un système porte sous cutané en connexion avec une veine, prélèvement de sang et application d'un régulateur du débit.	Surveillance et manipulation d'appareils de circulation extracorporelle et de contreperfusion
	Enlèvement de cathéters artériels et intraveineux profonds
	Prélèvement et traitement de sang transfusionnel et de ses dérivés
	La saignée

1.3. Système digestif

Enlèvement manuel de fécalome	Préparation, réalisation et surveillance d'un : - Lavage gastrique - Lavage intestinal - Lavement - Tubage et drainage gastro-intestinal
	- Retrait, changement après fistulisation (à l'exception du premier changement à effectuer par le médecin) et surveillance d'une sonde de gastrostomie à ballonnet.

1.4. Système urogénital

Irrigation vaginale	Préparation, administration et surveillance d'un(e) : - Sonde vésicale - Instillation urétrale - Drainage de l'appareil urinaire
Soins vulvaires aseptiques	- Retrait, changement après fistulisation (à l'exception du premier changement à effectuer par le médecin) et surveillance d'une sonde vésicale sus-pubienne à ballonnet.

1.5. Peau et organes des sens.

Préparation, réalisation et surveillance de : -Soins de plaies -Soins aux stomies, plaies avec mèches et drains -Enlèvement de corps étrangers non incrustés dans les yeux	Préparation, réalisation et surveillance de : - enlèvement de matériels de suture cutanée, de mèches et de drains et de cathéters cutanés. - lavage du nez, des oreilles et des yeux - thérapie utilisant la chaleur et le froid - bains thérapeutiques - enlèvement d'un cathéter épidural Application thérapeutique d'une source de lumière. Application de ventouses, sangsues et larves.
---	---

1.6. Métabolisme

	Préparation, réalisation et surveillance d'une : - hémodialyse - hémoperfusion - plasmaphérese - dialyse péritonéale Maintien du bilan hydrique
--	--

1.7. Administration de médicaments

	Préparation et administration de médicaments par les voies suivantes : - orale (y compris par inhalation) - rectale - vaginale - sous-cutanée - intramusculaire - intraveineuse - respiratoire - par hypodermoclyse - par cathéter gastro-intestinal - par drains - application de collyre - gouttes auriculaires - percutanée
	Préparation et administration de vaccins <i>(AR du 22/02/2016, art. 1 – MB du 30/03/2016, p. 21598)</i>
	Préparation et administration d'une dose d'entretien médicamenteuse au moyen d'un cathéter épidural, intrathécal, intraventriculaire, dans le plexus, placé par le médecin dans le but de réaliser une analgésie chez le patient

1.8. Techniques particulières

Soins infirmiers aux prématurés avec utilisation d'un incubateur	Enlèvement des plâtres
Surveillance de la préparation du matériel à stériliser et de la procédure de stérilisation	Drainage du liquide intracérébral par un drain ventriculaire sous contrôle permanent de la pression intracrânienne.
Manipulation des produits radioactifs	Application du traitement par contention physique pour toute lésion après manipulation éventuelle par le médecin telles que les applications de plâtres, de plâtres de synthèse et d'autres techniques de contention.

2. ALIMENTATION ET HYDRATATION

Alimentation et hydratation entérales	Alimentation parentérale
---------------------------------------	--------------------------

3. MOBILISATIONS

Installation et surveillance d'un patient dans une position fonctionnelle avec support technique	
--	--

4. HYGIENE

Soins d'hygiène spécifiques préparatoires à un examen ou à un traitement	
-Soins d'hygiène chez les patients souffrant de dysfonction de l'A.V.Q.	

5. SECURITE PHYSIQUE.

Transport des patients, nécessitant une surveillance constante	
Mesures de prévention de lésions corporelles : moyens de contention, procédure d'isolement, prévention de chutes, surveillance	
Mesures de prévention des infections	
Mesures de prévention d'escarres	

6. ACTIVITES DE SOINS INFIRMIERS LIEES A L'ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

Mesure de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques	Préparation et assistance lors d'interventions invasives de diagnostic
Mesure de la glycémie par prise de sang capillaire	Manipulation d'appareils d'investigation (et de traitement des divers systèmes fonctionnels
	Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions.
	Prélèvement de sang : - par ponction veineuse ou capillaire - par cathéter artériel en place
	Administration et interprétation de tests intradermiques et cutanés

7. ASSISTANCE LORS DE PRESTATIONS MEDICALES

Gestion de l'équipement chirurgical et d'anesthésie	Participation à l'assistance et à la surveillance du patient durant l'anesthésie
Préparation du patient à l'anesthésie et à une intervention chirurgicale	Préparation, assistance et instrumentation lors d'une intervention chirurgicale ou médicale

Annexe II. - Liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier (fixée en application de l'article 5, § 1er, alinéas 2 et 3, et de l'article 21quinquies, § 3, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967).

Légende : C = actes pouvant être confiés par un médecin

C
Préparation et administration de produits : - cytostatiques - isotopiques
Préparation et application de thérapies utilisant du matériel radioactif et des appareils de rayonnement
Interprétation de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques.
Utilisation d'appareils d'imagerie médicale.
Analyses de liquides corporels, d'excrétions, d'urines et de sang complet, relevant de la biologie clinique, à l'aide de procédures simples, à proximité du patient et sous la responsabilité d'un laboratoire clinique agréé, à l'exception de la glycémie par prise de sang capillaire
Remplacement de la canule trachéale externe.
Débridement des escarres de décubitus.
Préparation, assistance, instrumentation et soins post-opératoires dans le cadre d'une césarienne.
Exécution des actes visés à l'article 21quinquies § 1 ^{er} , a), b), et c) de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 durant la grossesse, l'accouchement et les soins post-partum, dans la mesure où ils portent sur la pathologie ou les anomalies résultant ou non de la grossesse et dans le cadre de la collaboration pluridisciplinaire au sein des services spécialisés dans la pathologie concernée.
Prélèvement de sang par ponction intra artérielle.

Annexe III. - Conditions de qualification fixées en application des articles 5, § 1er, alinéas 2 et 3 et 21quinquies, §3 - AR du 7 octobre 2002, art. 7 - M.B. du 07/11/2002, p. 50587) de l'arrête royal n° 78 du 10 novembre 1967.

(cette liste des qualifications étant (ou ayant été historiquement) requises pour pouvoir exécuter ces prestations est disponible sur demande)

Annexe IV. Liste des prestations techniques de l'art infirmier et actes médicaux pouvant être confiés par un médecin réservés aux infirmiers porteurs d'un titre professionnel particulier tel que prévu à l'article 7bis du présent arrêté

B1

B2

Prestations techniques de soins infirmiers.

Réanimation cardio-pulmonaire avec moyens techniques invasifs,	
Interprétation de paramètres concernant les fonctions cardiovasculaire, respiratoire et neurologique,	
Manipulations d'appareils de surveillance des fonctions cardiovasculaire, respiratoire et neurologique,	
Accueil, évaluation, triage et orientation des patients.	

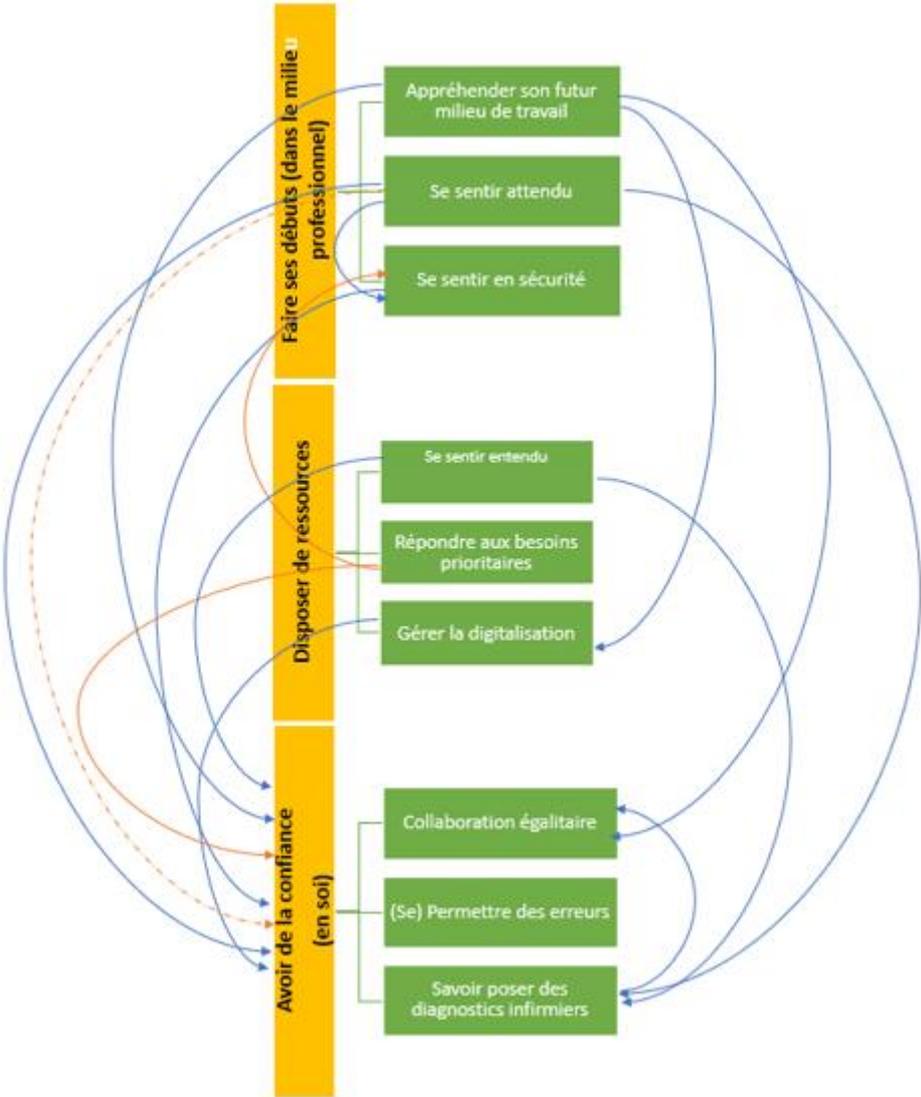
Actes pouvant être confiés par un médecin à ces praticiens de l'art infirmier.

C
Placement d'un cathéter par voie intra-osseuse

ANNEXE 8 Liens entre les catégories pertinentes

Légende

- L'une empêche ———> L'autre
- L'une permet ———> L'autre
- Une condition - - - - -> peut influencer la relation



ANNEXE 9 CRITÈRES QUALITÉS COREG

Ces critères sont constitués de 32 éléments répartis en trois sous-groupes :

- Le premier sous-groupe porte sur l'équipe de recherche et la réflexivité : il s'agit du contexte de l'étude. Cette étude a été réalisée par une personne de sexe féminin. Les entretiens ont eu lieu d'une part dans un hôpital dans lequel la chercheuse ne travaille pas et donc n'a pas d'affinité avec les personnes interrogées, et d'autre part dans un deuxième hôpital où elle occupe la fonction d'infirmière. L'interview a été réalisé auprès de personnes occupant la même fonction que le chercheur.
- Le deuxième sous-groupe concerne le *design* de l'étude, le cadre théorique et la collecte des données qui ont déjà été abordé précédemment. Il est tout de même important de rajouter qu'une sélection de vingt-cinq infirmier(e)s avait été faite, parmi lesquels un a été perdu de vue après avoir manifesté son accord pour participer à l'étude malgré les relances faites. En outre, le guide d'entretien a été réalisé sur base du modèle théorique et soumis à l'appréciation d'experts dans le domaine de l'*onboarding* et de professionnels qualifiés dans le domaine des soins infirmier(e)s. Il a été prétesté auprès d'une participante remplissant les critères d'inclusion, qui a fait des propositions de changements qui ont été pris en compte. Les caractéristiques démographiques de l'échantillon sont abordées dans le cadre de l'analyse. Les entretiens ont été enregistrés de manière audio et entièrement retranscrits. Les transcriptions n'ont pas été retournées aux participant(e)s, mais ces derniers ont eu accès aux résultats de l'étude.
- Le dernier sous-groupe c'est celui de l'analyse et des résultats : Ces éléments portent sur la manière dont les résultats ont été rapportés. Dans le cadre de cette étude, les verbatims issus du discours des participant(e)s ont été utilisés pour soutenir l'analyse et les résultats, ce qui confère une validité interne à l'étude. Les thèmes majeurs ont également été clairement présentés. Il est à noter que le codage a été effectué par le chercheur.

ANNEXE 10 FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Titre de l'étude Etat des lieux du développement de l'autonomie des infirmier (e)s engagé(e)s dans un processus d'*onboarding* : une étude qualitative

Promoteur de l'étude :
Yves MAULE Infirmier chef de service chargé de la Médecine critique CHU BRUGMANN
Chercheur-Doctorant Sciences de la santé Publique ULIEGE

Comité d'Ethique Médicale : *Comité d'éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège*

Investigateur principal : KENGNE Mireille

Information essentielle à votre décision de participer

Introduction

Vous êtes invité à participer à une étude qualitative qui vise à explorer le développement de l'autonomie rencontrés par les infirmier(e)s engagé(e)s lors du processus d'*onboarding*. La finalité de cette étude est d'améliorer l'autonomie des infirmier(e)s, leur satisfaction professionnelle et agir sur la rétention. Avant que vous n'acceptiez de participer à cette étude, nous vous invitons à prendre connaissance de ses implications en termes d'organisation, avantages et risques éventuels, afin que vous puissiez prendre une décision en toute connaissance de cause. Ceci s'appelle donner un « consentement éclairé ». Veuillez lire attentivement ces quelques pages d'information et poser toutes les questions que vous souhaitez.

Ce document comprend 3 parties : l'information essentielle à votre prise de décision, votre consentement et des informations complémentaires qui détaillent certaines parties de l'information de base.

Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que :

- Cette étude est mise en œuvre après évaluation par un comité d'éthique.
- Votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Elle nécessite votre consentement.
- Les données recueillies à cette occasion sont confidentielles et anonymisées lors de la retranscription des entretiens.
- Vous pouvez toujours contacter l'investigateur ou un membre de son équipe si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Déroulement de l'étude

L'étude sera menée par Mireille Kengne étudiante en master en sciences de la santé publique. Le recrutement des participant(e)s se fera auprès d'infirmier (e)s engagé(e)s dans un processus d'*onboarding* au CHU de Brugmann.

Pour pouvoir participer à l'étude, vous devez être étudiant ou professionnel en soins infirmiers. L'étude sera réalisée via un entretien individuel en langue française. L'entretien comprendra quelques questions ouvertes permettant de vous exprimer librement au sujet de votre compréhension et votre expérience vécue de l'autonomie.

Après avoir donné votre accord de participation, vous serez invité à fixer un RDV pour participer à un entretien. L'entretien sera réalisé en présentiel ou à distance. Il faut compter approximativement 60 minutes pour la réalisation de l'entretien.

Description des risques et bénéfices

Aucun risque, en termes de santé, n'existe à la suite de votre participation à cette étude. Le principal inconvénient réside dans le temps passé à réaliser l'entretien.

Participation volontaire

Votre participation est volontaire. Lors de l'entretien, vous pourrez à tout moment rectifier ou supprimer vos données. Après retranscription de l'entretien, il ne sera plus possible de modifier vos données car il ne sera pas possible d'identifier votre entretien individuel.

Si vous participez à cette recherche, nous vous demandons :

De collaborer pleinement au bon déroulement de cette recherche en répondant de manière la plus honnête aux questions qui vous seront adressées.

Contact

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez contacter le principal investigateur (Kengne, Mireille) ou le promoteur de l'étude (Yves Maule) au numéro de téléphone suivant 02/477.34.08. ou par e-mail Mkengne@student.uliege.be ; yves.maule@chu-brugmann.be .

Titre de l'étude : Etat des lieux du développement de l'autonomie des infirmier (es) engagé(es) dans un processus d' <i>onboarding</i>
--

II Informations complémentaires

1 : Complément d'informations sur la protection et les droits du participant

Comité d'Ethique

Cette étude a été évaluée par un Comité d'Ethique indépendant, à savoir le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège, qui n'a pas émis d'objection à la conduite de cette étude. Les Comités d'Ethique ont pour tâche de protéger les personnes qui participent à un essai clinique. Ils s'assurent que vos droits en tant que patient et en tant que participant(e) à une étude clinique sont respectés, qu'au vu des connaissances actuelles, l'étude est scientifiquement pertinente et éthique.

En aucun cas vous ne devez prendre l'avis du Comité d'Ethique comme une incitation à participer à cette étude.

Participation volontaire

N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles. Prenez le temps d'en parler à une personne de confiance si vous le souhaitez.

Votre participation à l'étude est volontaire et doit rester libre de toute contrainte : ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer. Il sera impossible de rectifier ou supprimer vos réponses après retranscription de votre entretien, car il ne sera pas possible d'identifier votre entretien individuel.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous mentionnerez votre accord au début de l'étude par la signature du formulaire de consentement éclairé.

Protection de de votre identité

Les données seront anonymisées dès la phase de retranscription du matériel. Votre participation à l'étude signifie que vous acceptez que l'investigateur principal recueille des données vous concernant et que le promoteur de l'étude les utilise dans un objectif pédagogique, de recherche et dans le cadre de publications scientifiques et médicales.

L'investigateur possède un devoir de confidentialité vis-à-vis des données recueillies. Cela signifie qu'il s'engage à n'utiliser vos données anonymisées que dans le cadre strict de cette étude.

Les données personnelles transmises ne comporteront aucune association d'éléments permettant de vous identifier.

Protection des données à caractère personnel

Qui est le responsable du traitement des données ?

Le promoteur qui est M. Yves MAULE prendra toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données codées, conformément aux législations en vigueur¹.

¹ Ces droits vous sont garantis par le Règlement Européen du 27 avril 2016 (RGPD) relatif à la protection des données à caractère personnel et à la libre circulation des données et la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

1. Qui est le délégué à la protection des données ? Pierre-François Pirlet dpo@uliege.be

2. Sur quelle base légale vos données sont-elles collectées ?

La collecte et l'utilisation de vos informations reposent sur votre consentement. En consentant à participer à l'étude, vous acceptez que certaines données personnelles puissent être recueillies et traitées électroniquement à des fins de recherche et pédagogique en rapport avec cette étude.

3. A quelle fin vos données sont-elles traitées ?

Les données sont récoltées à des fins pédagogiques dans le cadre d'une étude menée pour la rédaction de mon mémoire et feront l'objet d'une présentation orale lors de la défense de ce dernier. Ces travaux/documents ne feront usage que de données qui auront été rendues strictement anonymes au préalable.

Toute utilisation de vos données en dehors du contexte décrit dans le présent document ne pourrait être menée qu'avec votre accord et après approbation du comité d'éthique.

4. Quelles sont les données collectées ?

Il s'agit de vos récits en lien avec les situations d'incertitudes rencontrées par les soignants dans leur quotidien quant à la bonne décision à prendre ou de la bonne action à mener vis-à-vis d'un patient. Ce projet pédagogique est en lien avec un projet porté à l'ULiège sur l'intégration de l'éthique en santé dans la formation des soignants. Pour cet interview, l'important est de récolter des récits de situations vécues comme problématiques sur le terrain.

5. Comment mes données sont-elles récoltées ?

Les entretiens menés seront enregistrés sur magnétophone. Les enregistrements seront transférés sur un support (PC) sécurisé par un mot de passe et supprimés du support mobile (magnétophone). Les réponses enregistrées seront anonymisées dès retranscription du matériel.

6. Qui peut voir mes données ?

- Chaque étudiant pourra avoir connaissance des données que lui fournira le répondant qui lui aura été assigné.
- Le principal investigateur et son équipe
- Le promoteur et ses représentants
- Le comité d'éthique ayant examiné l'étude Ces personnes sont tenues par une obligation de confidentialité.

7. Par qui mes données seront-elles conservées et sécurisées et pendant combien de temps ?

Vos données sont conservées par l'étudiant le promoteur et cela pour la période nécessaire à leur traitement et à la réalisation complète de la recherche. A l'issue de cette période, les données seront détruites.

L'enregistrement répondra à une série de normes de sécurisation informatique qui auront été établies par le promoteur.

8. Mes données seront-elles transférées vers d'autres pays hors Union Européenne/espace économique européen/Suisse ?

Non, ces données ne feront l'objet d'aucun transfert ni traitement auprès de tiers.

9. Quels sont mes droits sur mes données ?

Comme le prévoit le RGPD (Art. 15 à 23), chaque personne concernée par le traitement de données peut, en justifiant de son identité, exercer une série de droits :

- Obtenir, sans frais, une copie des données à caractère personnel la concernant faisant l'objet d'un traitement dans le cadre de la présente étude et, le cas échéant, toute information disponible sur leur finalité, leur origine et leur destination ;
- Obtenir, sans frais, la rectification de toute donnée à caractère personnel inexacte la concernant ainsi que d'obtenir que les données incomplètes soient complétées ;
- Obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, l'effacement de données à caractère personnel la concernant ;
- Obtenir, sous réserve des conditions prévues par la réglementation et sans frais, la limitation du traitement de données à caractère personnel la concernant ;
- Obtenir, sans frais, la portabilité des données à caractère personnel la concernant et qu'elle a fournies à l'Université, c'est-à-dire de recevoir, sans frais, les données dans un format structuré couramment utilisé, à la condition que le traitement soit fondé sur le consentement ou sur un contrat et qu'il soit effectué à l'aide de procédés automatisés ;
- Retirer, sans qu'aucune justification ne soit nécessaire, son consentement. Ce retrait entraîne automatiquement la destruction, par le chercheur, des données à caractère personnel collectées ;
- Introduire une réclamation auprès de l'Autorité de protection des données (<https://www.autoriteprotectiondonnees.be>, contact@apd-gba.be)

III Consentement éclairé

Participant(e)

Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, son but, sa durée et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document.

J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix (médecin généraliste, équipe de soin, hiérarchie).

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse favorable à mes questions.

J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que le principal investigateur et le promoteur de l'étude se portent garants de la confidentialité de ces données.

Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité.

J'accepte que les données de recherche récoltées pour les objectifs de la présente étude puissent être traitées ultérieurement pour autant que ce traitement soit limité au contexte de la présente étude.

Principal Investigateur

Je soussigné, KENGNE Mireille principal investigateur confirme avoir fourni les informations nécessaires sur l'étude.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le participant accepte de participer à l'étude et que je suis prête à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

ANNEXE 11 DEMANDE D'AVIS AU COMITE D'ETHIQUE



**Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants
du Master en Sciences de la Santé publique**

(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be. Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant-e (prénom, nom, adresse courriel) : KENGNE Mireille Mkengne@student.uliege.be
2. Finalité spécialisée : Santé publique
3. Année académique : 2023-2024
4. Titre du mémoire : Etat des lieux des freins à l'autonomie des infirmier (es) engagé(es) dans un processus d'onboarding : une étude qualitative
5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire :
Département infirmier et paramédical
6. Nom du/de la Professeur-e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la
Président-e de Département : Marie DE VOS
7. Promoteur-trice-s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :
 - a. Yves MAULE Infirmier chef de service chargé de la Médecine critique CHU BRUGMANN
Chercheur-Doctorant Sciences de la santé Publique ULIEGE,
yves.maule@chu-brugmann.be, yves.maule@uliege.be
 - b. _____

8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les freins à l'autonomie rencontrés par les infirmiers(es) engagé(es) pendant leur processus d'*onboarding*. Pour cela il est important de comprendre comment ces infirmier(es) définissent l'autonomie et en explorer leurs expériences vécues afin d'agir sur leur satisfaction professionnelle et in fine sur leur rétention.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.) (+/- 500 mots)

L'étude qualitative exploratoire phénoménologique menée permettra une compréhension approfondie de l'expérience d'autonomie vécue par les infirmiers (es) engagé(es) dans un processus d'*onboarding*, ainsi que le sens qu'ils donnent à l'autonomie et comment ils la vivent. Le but étant de faire un état des lieux des freins à l'autonomie des infirmier (es) engagé(es) dans un processus d'*onboarding*. La collecte des données se fera à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés basés sur un guide d'entretien avec des questions ouvertes. Ces entretiens seront organisés soit en présentiel, soit en visioconférence via un lien webex envoyé au participant avant la date prévue d'entretien. Le guide d'entretien sera réalisé et prétesté sur une quinzaine de personnes avant son utilisation auprès de l'échantillon. En outre, une demande de consentement garantissant la confidentialité pour l'enregistrement devra être signée avant l'entretien. Les entretiens seront enregistrés, puis retranscrits en intégralité. Après la retranscription, les entretiens seront rendus anonymes afin d'éviter la possibilité de faire un lien entre un entretien et l'interviewé. Ensuite les enregistrements seront détruits. L'analyse des données mobilisant des verbatims anonymes se fera de manière itérative jusqu'à ce que la saturation soit atteinte.

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Éthique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? NON
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? NON
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? NON
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? NON
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? NON

6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? NON
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? OUI
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? OUI
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? _____
10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ?
NON

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparait probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparait probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

[L'avis de la Commission de la Recherche Biomédicale](#)
[L'avis de la Commission de la Recherche Biomédicale](#)

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Éthique, soit le Comité d'Éthique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Éthique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur-trice sollicite l'avis du Comité d'Éthique car :

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication
- Cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine et ne prévoit pas de faire l'objet d'une publication

Date : 22/09/2023

Nom et signature du promoteur :

Yves MAULÉ

CHU BRUGMANN UVC
Yves Maule
Infirmier chef de service - Verpleegkundig diensthoofd
Médecine critique - Kritieke geneeskunde
— Department of Intensive and Perioperative Care —
Verpleegkundig en perioperatief afdeling



ANNEXE 12 REPONSE DU COLLEGE DES ENSEIGNANTS SUITE A LA DEMANDE D'AVIS AU COMITE DETHIQUE

RE: Demande au comité d'éthique

De : MSSP <mssp@uliege.be>

Envoyé : lundi 25 septembre 2023 10:28

À : Kengne Tchinda Mireille <MKengne@student.uliege.be>; ethique@chuliege.be <ethique@chuliege.be>

Objet : TR: Demande au comité d'éthique

Bonjour Madame,

Pourriez-vous confirmer à Mme Kengne Tchinda Mireille que son étude ne tombe pas sous le coup de la loi de 2004 et que par conséquent, vu qu'elle ne souhaite pas publier, elle n'a plus d'autre démarche éthique à faire.

Cordialement

Françoise Péters

Coordinatrice pédagogique du " Master en Sciences de la Santé publique

Faculté de Médecine | Université de Liège | www.facmed.uliege.be

CHU - B36 / -1

Tel : + 32 (4) 366 29 93

mssp@uliege.be

https://www.linkedin.com/ULiège_Master-Sciences-de-la-Santé-Publique

ANNEXE 13 CONVENTION DE STAGE

CONVENTION DE STAGE (TFE)

Entre : L'Université de Liège

Département et axe du promoteur : Département des Sciences de la Santé publique

Ayant son siège social : place du 20-Août, 7 à 4000 LIEGE - Belgique

Représentée par Mme M. Pr. AFR. DONNEAU

Grade académique : PhD

(ci-après dénommé(e) "le superviseur académique")

Ci-après dénommée "l'Université";

Mme M. [REDACTED]

Domicilié(e) à

Inscrit(e) à l'Université en

Ci-après dénommé(e) "l'étudiant stagiaire";

Et : (Entreprise) CHU BRUXELLES

Ayant son siège social à place Van der Burchten, 4 1020 Bruxelles

Représentée par Mme M. Yves HAUS

Titre : INFIRMIER CHEF DE SERVICE

Tél.: 02/477 3408 Mail: yves.haus@rechu-bruxmann.be

Ci-après dénommée "l'Organisme d'accueil"

Dans le cadre de ses études, l'étudiant stagiaire réalise un travail de fin d'études, qui aura pour objet

Dans ce cadre, l'étudiant stagiaire souhaite effectuer un stage au sein de l'Organisme d'accueil.

Il est convenu ce qui suit pour régler les rapports entre l'Organisme d'accueil et l'Université concernant les étudiants stagiaires dans le cadre de la formation professionnelle.

Article 1 - Objet

Ce stage a pour objet essentiel d'assurer l'application pratique de l'enseignement donné dans la formation de l'étudiant stagiaire dans le cadre de ses études de

Il débutera le 20 pour se terminer 20 , à concurrence de jours.
Cette durée pourra être revue de commun accord entre parties.

Mention à conserver ou à supprimer : il est d'ores et déjà convenu entre les parties que l'étudiant stagiaire bénéficiera de jours d'absence autorisée par mois de stage, moyennant l'information et l'accord préalables de l'Organisme d'accueil selon les modalités à déterminer entre les parties.

Article 2 - Obligations de l'Organisme d'accueil et de l'Université

L'Université et l'Organisme d'accueil ont convenu d'associer leurs efforts et de coordonner leur action en vue de contribuer au développement de stages de formation pratique dans le cadre d'activité professionnelle.

En particulier, l'Organisme d'accueil :

- prendra en considération les besoins de formation de l'étudiant stagiaire dans le choix des travaux auxquels il sera astreint et apportera son concours à l'Université en assurant la prise en charge des stages d'étudiants par des spécialistes compétents;
- s'efforcera de mettre à disposition de l'étudiant stagiaire tous les moyens nécessaires à la réalisation de son stage, dès signature de la présente convention;
- n'imposera en aucun cas à l'étudiant stagiaire des tâches étrangères à sa formation.

L'Organisme d'accueil informera l'Université, dans les plus brefs délais, de tout problème pouvant apparaître au cours du stage et de nature à influencer son déroulement.

Sauf indication contraire, tous les coûts ayant trait directement ou indirectement à la réalisation du stage, tels que les coûts de déplacements effectués dans ce cadre et préalablement autorisés par le maître de stage de l'Organisme d'accueil, de recherche bibliographique, de matériel, d'analyse, seront pris en charge par l'Organisme d'accueil.

Dans la mesure de ses possibilités et tout en restant compatible avec le statut d'étudiant, l'Organisme d'accueil pourra prévoir l'octroi d'une gratification, notamment sous la forme d'un prix, destinée à encourager et récompenser l'étudiant stagiaire dont le travail aura été particulièrement apprécié.

Toutes autres modalités pratiques éventuelles seront convenues entre le maître de stage de l'Organisme d'accueil et le superviseur académique, à charge pour ces derniers de veiller à ce que l'étudiant stagiaire s'y conforme.

Article 3 – Statut et obligations de l'étudiant stagiaire

L'étudiant stagiaire, pendant la durée de son stage au sein de l'Organisme d'accueil, conserve le statut d'étudiant de l'Université et demeure sous sa responsabilité. A ce titre, les tâches effectuées au cours du stage sont suivies par le superviseur académique de l'Université, dans les conditions qu'il aura déterminées, avec l'Organisme d'accueil.

Cette situation entraîne les conséquences suivantes :

- L'étudiant stagiaire ne sera pas rémunéré et de ce fait, ne sera pas assujéti à la législation de la sécurité sociale; aucune cotisation ne peut donc être mise à charge de l'Université. Néanmoins, dans la mesure de ses possibilités et tout en restant compatible avec le statut d'étudiant, l'Organisme d'accueil pourra prévoir l'octroi d'une gratification, notamment sous la forme d'un prix, destinée à encourager et récompenser l'étudiant stagiaire dont le travail aura été particulièrement apprécié.
- L'étudiant stagiaire bénéficiera, en cas d'accident survenu au cours du trajet pour se rendre sur le lieu du stage ou pour en revenir, des mêmes garanties que s'il s'agissait d'un accident survenu au cours du trajet domicile-Université, aller et retour, dans les limites et conditions des contrats souscrits par l'Université.
Pour tout accident qui surviendrait sur le lieu de stage, la couverture accidents du travail de l'Université est étendue à l'étudiant stagiaire, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 13 juin 2007.
- La responsabilité civile de l'étudiant stagiaire est couverte dans les limites et conditions du contrat d'assurance à charge de l'Université.

Durant son stage, l'étudiant stagiaire est soumis au règlement de l'Organisme d'accueil, notamment en ce qui concerne les horaires, le respect des conditions d'hygiène et de sécurité ainsi que les visites médicales. En cas de manquement à ces règles, l'Université et l'Organisme d'accueil se réservent le droit d'interrompre le stage. Le superviseur académique de l'Université en informera alors immédiatement le Président du Conseil des études en

Article 4 – Confidentialité (cocher l'option applicable)

Option 1 : Engagement de confidentialité unilatéral de l'étudiant stagiaire

L'étudiant stagiaire s'engage à accomplir de son mieux les tâches faisant l'objet du stage, dans le respect de la déontologie en vigueur au sein de l'Organisme d'accueil, notamment en ce qui concerne l'obligation du secret professionnel.

A cet égard, l'étudiant stagiaire sera tenu aussi bien pendant la durée de son stage qu'après celui-ci, d'observer la confidentialité à l'égard des tiers pour tout ce qui concerne son activité pendant son stage et d'une façon plus générale pour tout ce dont il aurait eu connaissance directe ou indirecte à l'occasion de son stage, ainsi que le contenu des documents qu'il aura rédigé lui-même, y compris les rapports de stage sans préjudice de l'article 6 ci-après.

Les dispositions qui précèdent ne pourront cependant en aucun cas porter préjudice à la bonne rédaction, au droit d'impression et de défense du mémoire de fin d'études.

Les parties se mettront néanmoins d'accord, s'il échet, sur les mesures de protection des informations à prendre dans la rédaction du mémoire de fin d'études.

L'Université s'engage, à la demande écrite de l'Organisme d'accueil, à ne pas diffuser, ni même rendre accessible le mémoire de fin d'études.

OU

Option 2 : Engagement de confidentialité multilatéral

L'étudiant stagiaire, l'Organisme d'accueil et l'Université s'engagent, pour la durée de la présente convention et une période de 5 ans après son expiration, à garder confidentielles et à ne pas divulguer à des tiers, sans accord formel et préalable des autres parties, toutes les informations de nature confidentielle qu'elles ont obtenues dans le cadre du stage de l'étudiant stagiaire.

Ne sont toutefois pas confidentielles, les informations :

- qui sont ou deviennent généralement disponibles pour le public lors de leur publication ou ultérieurement, autrement que par une faute ou une négligence de la partie qui les reçoit;
- qui sont obtenues de manière licite d'un tiers non soumis à une obligation de confidentialité;
- qui sont connues préalablement à leur transmission par la partie qui les reçoit du fait de ses propres recherches, à charge pour cette dernière d'en apporter la preuve;
- qui sont propres aux parties et rendues publiques par les parties elles-mêmes.

L'Organisme d'accueil et l'Université s'engagent à faire respecter cet engagement de confidentialité par tous les membres de leur personnel ainsi que par les sous-traitants et autres tiers (notamment les filiales et autres entreprises liées). Cette obligation de confidentialité ne pourra cependant porter préjudice au droit d'impression et de défense publique du travail de fin d'études conformément au règlement en vigueur au sein de l'Université, de même qu'à la possibilité pour l'étudiant stagiaire de faire état du travail de fin d'études à titre de référence ou sous forme d'abrégé, selon les modalités ci-après :

Les éventuelles parties du travail de fin d'études reprenant des informations confidentielles reprendront l'annotation "**Confidential**". Le jury chargé de lire le travail de fin d'études et d'assister à la défense orale sera composé, outre du superviseur académique de l'Université et éventuellement du maître de stage de l'Organisme d'accueil, de plusieurs autres membres, choisis par le Bureau du Conseil des études en ... ou le Collège doctoral en accord avec le Conseil de la Faculté

La rédaction du travail de fin d'études sera contrôlée par le superviseur académique de l'Université et, le cas échéant, par le maître de stage de l'Organisme d'accueil.

Préalablement à la défense orale du travail de fin d'études, l'étudiant stagiaire adressera une copie des éventuelles parties du travail de fin d'études concernant les travaux effectués au sein de l'Organisme d'accueil au maître de stage de l'Organisme d'accueil. Les pages concernant ces travaux seront numérotées et comprendront l'annotation "Confidential".

Une copie du travail de fin d'études sera transmise aux autres membres du jury, qui auront, le cas échéant, préalablement signé un accord de secret dont copie sera adressée à l'Organisme d'accueil.

Le cas échéant, l'Université et l'Organisme d'accueil détermineront de commun accord les mesures complémentaires de protection du caractère confidentiel des informations devant être prises lors de la défense orale du travail de fin d'études, dans le respect des législations et réglementations universitaires en vigueur.

Les parties du travail de fin d'études reprenant les éventuelles informations confidentielles ne pourront faire l'objet de communications et/ou de publications d'ordre scientifique qu'après l'accord écrit de l'Organisme d'accueil, qui ne pourra s'y opposer qu'en justifiant d'un intérêt réel à l'absence de publication et ce, pendant un délai maximum de six (6) mois. Cet accord sera réputé acquis si, dans les 30 jours qui suivent la demande de publication et/ou de communication par l'Université, l'Organisme d'accueil n'a pas fait connaître sa position.

Article 5 - Propriété intellectuelle *(cocher l'option applicable)*

Option 1 : Propriété des résultats à l'Organisme d'accueil

Les résultats qui seraient obtenus par l'étudiant stagiaire à l'occasion de la réalisation de son stage au sein de l'Organisme d'accueil seront propriété de l'Organisme d'accueil qui disposera du droit exclusif de les exploiter. Sans préjudice des dispositions de l'article 4, l'Université conservera cependant le droit de les utiliser à des fins scientifiques ou pédagogiques, et conservera en toute hypothèse la propriété exclusive des connaissances antérieurement acquises dans le domaine concerné.

Sans préjudice de ce qui précède, l'Université conservera la propriété des méthodes et du know-how développés par le superviseur académique de l'Université et/ou l'étudiant stagiaire à l'occasion de la présente convention.

Le relevé des connaissances antérieures de chaque partie dans le domaine concerné fait l'objet d'une Annexe B à la présente :

Oui Non

L'Organisme d'accueil s'engage, en cas d'obtention de résultats générés en tout ou en partie à l'occasion de la réalisation du stage de l'étudiant stagiaire, à reconnaître la contribution de l'Université dans leur obtention.

Mention à conserver ou à supprimer : en cas d'exploitation industrielle et/ou de commercialisation de tels résultats, l'Université pourra recevoir un pourcentage de royalties calculé sur le montant net des ventes desdits résultats ou des produits les incluant, à déterminer ultérieurement de commun accord entre l'Organisme d'accueil et l'Université. Cette dernière affectera ces sommes conformément à ses réglementations internes en vigueur.

Dans le cas où les travaux permettraient la mise au point d'inventions susceptibles d'être brevetées, les brevets seront pris par l'Organisme d'accueil à son nom en accord avec l'Université, et ils mentionneront le nom des inventeurs universitaires.

Option 2 : Propriété des résultats à l'Université

Les résultats qui seraient obtenus par l'étudiant stagiaire à l'occasion de la réalisation de son stage seront propriété de l'Université qui disposera du droit exclusif de les exploiter.

Option 3 : Copropriété des résultats entre l'Organisme d'accueil et l'Université

Les résultats qui seraient obtenus par l'étudiant stagiaire à l'occasion de la réalisation de son stage seront co-propriété de l'Organisme d'accueil et de l'Université qui disposeront du droit de les exploiter.

Sans préjudice de ce qui précède, l'Université conservera la propriété des méthodes et du know-how développés par le superviseur académique de l'Université et/ou l'étudiant stagiaire à l'occasion de la présente convention.

Le relevé des connaissances antérieures de chaque partie dans le domaine concerné fait l'objet d'une Annexe B à la présente :

Oui Non

L'Organisme d'accueil s'engage, en cas d'obtention de résultats générés en tout ou en partie à l'occasion de la réalisation du stage de l'étudiant stagiaire, à reconnaître la contribution de l'Université dans leur obtention.

Mention à conserver ou à supprimer : en cas d'exploitation industrielle et/ou de commercialisation de tels résultats, l'Université pourra recevoir un pourcentage de royalties calculé sur le montant net des ventes desdits résultats ou des produits les incluant, à déterminer ultérieurement de commun accord entre l'Organisme d'accueil et l'Université. Cette dernière affectera ces sommes conformément à ses réglementations internes en vigueur.

Dans le cas où les travaux permettraient la mise au point d'inventions susceptibles d'être brevetées, les brevets seront pris par l'Organisme d'accueil à son nom en accord avec l'Université, et ils mentionneront le nom des inventeurs universitaires.

Article 6 - Responsabilité

L'Université ne donne aucune garantie d'aucune sorte et décline toute responsabilité en ce qui concerne l'utilisation et l'exploitation, par l'Organisme d'accueil ou par des tiers, du travail de fin d'études, et plus généralement des résultats obtenus par l'étudiant stagiaire dans le cadre de la réalisation de son stage.

Article 7 - Assurances

Pour tout accident qui surviendrait sur le lieu de stage, la couverture accidents du travail de l'Université est étendue à l'étudiant stagiaire, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 13 juin 2007.

L'étudiant stagiaire bénéficiera, en cas d'accident survenu au cours du trajet pour se rendre sur le lieu du stage ou pour en revenir, des mêmes garanties que s'il s'agissait d'un accident survenu au cours du trajet domicile-Université, aller et retour, dans les limites et conditions des contrats souscrits par l'Université.

La responsabilité civile de l'étudiant stagiaire est couverte dans les limites et conditions du contrat d'assurance à charge de l'Université.

La responsabilité encourue par le maître de stage dans l'exercice de ses activités vis-à-vis de tiers n'entre pas dans le cadre de la couverture responsabilité civile souscrite par l'Université.

L'Organisme d'accueil déclare, en ce qui le concerne, être assuré en matière de responsabilité civile, selon les dispositions réglementaires en usage.

Lorsque l'Organisme d'accueil met un véhicule à la disposition de l'étudiant stagiaire, il lui incombe de vérifier préalablement que la police d'assurance du véhicule couvre son utilisation par ledit étudiant stagiaire. En tout état de cause, l'Université décline toute responsabilité en cas de dommage qui pourrait être occasionné à ce véhicule.

Article 8 – Rapport

Le stage couvert par la présente convention donne lieu à la rédaction d'un rapport que l'étudiant stagiaire doit remettre au superviseur académique de l'Université après l'avoir communiqué au maître de stage de l'Organisme d'accueil.

Dans le cas où les travaux effectués par l'étudiant stagiaire l'exigeront, l'Université, en accord avec l'Organisme d'accueil, prendra toutes dispositions telles que prévues dans l'article 4 pour en protéger le caractère confidentiel.

Article 9 – Durée

Sans préjudice des dispositions de confidentialité visées à l'article 4, la présente convention prend cours le _____ et vient à échéance à la date de l'évaluation finale du stage.

Les parties s'informeront mutuellement, dans les plus brefs délais, de tout problème pouvant apparaître au cours du stage et de nature à influencer son déroulement afin de leur permettre de prendre les mesures utiles.

En cas de difficulté persistante ne pouvant être résolue, l'Université et l'Organisme d'accueil peuvent mettre fin anticipativement au stage moyennant notification écrite.

Article 10 – Fiche d'analyse de risques

Conformément à l'arrêté royal du 21 septembre 2004 relatif à la protection des stagiaires, une fiche d'analyse de risques dûment complétée par le maître de stage de l'Organisme d'accueil est jointe à la présente convention.

Article 11

La présente convention est régie pour tous ses aspects par le droit belge. Les parties s'efforceront de résoudre à l'amiable tous les différends qui surgiraient entre elles à propos de son exécution.

En cas de désaccord persistant, le litige sera soumis aux tribunaux de Liège.

Fait à _____, le _____ 20____

En trois (3) exemplaires originaux, chaque partie reconnaissant avoir reçu le sien.

Fait à
Le

Fait à
Le

Fait à *Muxelles*
Le *02/02/2024*

Lu et approuvé

Lu et approuvé

Lu et approuvé

[Signature]
CHU BRIGMANN UVC
Yve Mauge
Instituut voor de Wetenschappen - Wetenschappelijk Departement
Wetenschappelijk Departement - Wetenschappelijke afdeling
Wetenschappelijk Departement - Wetenschappelijke afdeling
Wetenschappelijk Departement - Wetenschappelijke afdeling

*signature de l'étudiant
stagiaire*

*signature du superviseur
académique*

*signature du responsable de
l'Organisme d'accueil*