

## Mise à l'essai d'un nouveau modèle de supervision de stage en sciences infirmières : l'unité collaborative d'apprentissage

**Charles Bilodeau**, Université de Sherbrooke

**Frances Gallagher**, Université de Sherbrooke

**Sylvie Charette**, Université du Québec en Outaouais

**Mélanie Marceau**, Université de Sherbrooke



## Note de page couverture | Cover Page Footnote

Les auteurs remercient tous les partenaires qui ont collaboré à la réalisation de cette recherche-action. L'auteur principal a obtenu des bourses de formation du programme MEES-Université, du Réseau de recherche en interventions en sciences du Québec et du Fonds de recherche du Québec – Santé. Le premier auteur a conçu et piloté l'étude, incluant la collecte et l'analyse des données. Les co-auteurs ont contribué à l'analyse des données et l'interprétation des résultats. Le premier auteur a rédigé l'article avec la contribution des co-auteures dans le cadre de sa thèse doctorale. | The authors wish to thank all the partners who participated in this action research project. The first author received training grants from the MEES-Université program, the Réseau de recherche en interventions en sciences du Québec, and the Fonds de recherche du Québec – Santé. The first author developed and led the study, including data collection and analysis. The co-authors contributed to data analysis and interpretation of results. The first author wrote the article with contributions from the co-authors as part of his doctoral thesis.

## Introduction

Les stages cliniques en sciences infirmières sont actuellement confrontés à plusieurs enjeux. On constate, entre autres, un manque de ressources infirmières qualifiées pour assurer la supervision des stagiaires dans les milieux cliniques (Goudreau et al., 2018) et un partenariat sous-optimal entre les milieux cliniques et universitaires appelés à collaborer à la réalisation des stages (Leclerc et al., 2014). Alors que certains milieux se tournent vers le recours à la simulation en remplacement d'une partie des heures de stage (Roberts et al., 2019), d'autres tentent de surmonter ces enjeux en explorant des modèles de supervision de stage novateurs (p. ex. : modèles collaboratifs, unité gérée par les étudiantes et étudiants, modèle « *hub and spoke* ») (Nyoni et al., 2021). Parmi ces modèles, l'unité collaborative d'apprentissage (UCA) offre un potentiel intéressant, car elle optimise les ressources dédiées aux stages en partageant la responsabilité de la supervision clinique au sein d'une équipe de soins (Goudreau et al., 2018). Différentes adaptations de ce modèle sont possibles afin qu'il soit bien arrimé aux besoins et aux capacités de chaque milieu (Marcellus et al., 2021). Or, en raison du peu d'initiatives déployées pour étudier l'UCA au Québec, les milieux intéressés à s'approprier ce modèle manquent de repères pour guider leur démarche (Martel, 2017). Plus de recherches sont requises pour comprendre le processus d'appropriation d'une UCA en contexte québécois et identifier les aspects représentant des défis ou des potentialités. Nous avons donc mené une recherche-action qualitative afin d'accompagner des partenaires de la formation clinique en sciences infirmières au Québec dans l'appropriation d'une UCA comme modèle de supervision de stage. Cet article rapporte les résultats du troisième cycle de cette recherche-action qui visait expressément à décrire leur expérience durant la mise à l'essai du modèle.

## Contexte

Les stages constituent une partie essentielle de la formation en sciences infirmières. Ils permettent l'intégration des savoirs infirmiers et la socialisation aux rôles professionnels (Goudreau et al., 2018). La qualité des expériences de stage est largement influencée par la supervision clinique exercée auprès des stagiaires (Cant et al., 2021; Flott et Linden, 2016). Cette supervision peut s'effectuer selon différents modèles. Dans les universités québécoises, le plus répandu est le préceptorat (Goudreau et al., 2018). Ce modèle de supervision individuelle se caractérise par le jumelage d'un stagiaire avec une infirmière ou un infirmier d'un milieu clinique assurant sa supervision durant le stage (Budgen et Gamroth, 2008). Ce modèle est particulièrement vulnérable aux enjeux actuels entourant la formation clinique. La charge de travail élevée dans les milieux cliniques, la pénurie de personnel infirmier et la complexité croissante des soins limitent la disponibilité des infirmières et infirmiers à participer à la supervision de stagiaires (Spence et al., 2019). Aussi, le partenariat entre les milieux cliniques et universitaires, requis pour la planification et la réalisation des stages en préceptorat, est souvent inadéquat (Courtney-Pratt et al., 2015; Cusack et al., 2020). En conséquence, les infirmières et infirmiers disent manquer de préparation (Chicca, 2020; McKenna et al., 2019) et ne pas maîtriser toutes les compétences requises pour la supervision clinique (Cusack et al., 2020; Hall-Lord et al., 2013). Ils affirment être peu soutenus par le personnel enseignant universitaire, avec qui ils n'ont parfois aucune communication durant les stages (Cusack et al., 2020). Par ailleurs, la supervision en préceptorat expose les stagiaires à un seul modèle de pratique pour guider leur professionnalisation (Budgen et Gamroth, 2008). Ils éprouvent un faible sentiment d'appartenance envers l'équipe de soins, ce qui nuit à leur confiance et leur capacité à atteindre les objectifs d'apprentissage (Levett-Jones et al., 2009). Finalement, le niveau de preuves scientifiques demeure limité quant à l'efficacité du

préceptorat pour assurer le développement des capacités de réflexion critique et de prise de décision clinique des stagiaires (Chicca, 2020; Jayasekara et al., 2018).

En quête de solutions, un milieu clinique et un milieu universitaire collaborant depuis plusieurs années à la réalisation de stages ont exprimé le désir d'explorer d'autres modèles de supervision de stages. Leur intérêt s'est tourné vers le modèle de l'UCA, recommandé par le Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) de l'Université de Montréal comme modèle novateur de référence (Goudreau et al., 2018). L'UCA a été développée au début des années 2000 par l'Université de Victoria, en Colombie-Britannique (Marcellus et al., 2022). Ses principaux objectifs sont : 1) la création d'un environnement d'apprentissage positif; 2) l'offre d'une formation clinique de qualité favorisant la préparation à la pratique; et 3) la diminution de la pression sur le personnel clinique en lien avec la supervision de stages (Louheed et Galloway Ford, 2005). Il s'agit d'un modèle pouvant s'adapter à différents contextes de pratique, en fonction des besoins et de la culture locale (Marcellus et al., 2021). Il nécessite cependant un partenariat étroit entre les milieux cliniques et universitaires (Marcellus et al., 2021). Dans une UCA, plusieurs stagiaires sont en stage au même moment selon un horaire variable pour favoriser le soutien et l'apprentissage entre les pairs. L'ensemble des infirmières et infirmiers de l'unité est appelé à se partager leur supervision (Louheed et Galloway Ford, 2005). Les stagiaires doivent définir leurs objectifs d'apprentissage personnels et s'appuyer sur ceux-ci pour participer au choix des personnes dont ils prennent soin quotidiennement (Goudreau et al., 2018). Les infirmières et infirmiers responsables des personnes soignées que les stagiaires ont choisies assurent alors la supervision de ces derniers (Louheed et Galloway Ford, 2005). Un membre du personnel enseignant de l'université, qu'on appelle la personne enseignante, se rend régulièrement dans l'UCA. Il a pour fonction de faciliter les apprentissages des stagiaires, d'évaluer leurs compétences, et de soutenir les infirmières et infirmiers dans leur rôle de supervision (Edgecombe et Bowden, 2014). L'UCA permet aux stagiaires de côtoyer plusieurs infirmières et infirmiers et ainsi s'inspirer de différents modèles pour consolider leur pratique professionnelle (Callaghan et al., 2009). Un stage dans une UCA constitue une bonne préparation à la réalité de la pratique infirmière en raison de l'authenticité des expériences d'apprentissage qu'il procure (McCullough et Sawchenko, 2007). Les résultats de plusieurs études indiquent que les modèles d'unité d'apprentissage comme l'UCA favoriseraient la création d'un environnement d'apprentissage de qualité (Dimino et al., 2022; Jayasekara et al., 2018; Musallam et al., 2021; Nguyen et al., 2020), le développement de compétences en leadership (Dimino et al., 2022) et en collaboration (Jayasekara et al., 2018; Musallam et al., 2021), ainsi que l'intégration de la théorie à la pratique (Jayasekara et al., 2018). Les seuls inconvénients recensés concernent la difficulté accrue à établir la confiance entre les stagiaires et les multiples superviseurs ainsi que la difficulté à obtenir une rétroaction ou l'insuffisance de celle-ci (McCullough et Sawchenko, 2007).

Malgré le potentiel intéressant de l'UCA, les milieux cliniques et universitaires québécois tardent à se l'approprier. Nous avons recensé seulement deux études sur l'UCA en provenance du Québec (Martel, 2017; Pierre et Blanchet Garneau, 2022). Leurs résultats font état des caractéristiques organisationnelles favorables (p. ex. : personne-ressource désignée) et défavorables (p. ex. : surcharge de travail) à l'appropriation d'une UCA (Martel, 2017) ainsi que des besoins des infirmières et infirmiers dans une UCA (p. ex. : développement de compétences en soutien pédagogique) (Pierre et Blanchet Garneau, 2022). Cependant, aucune de ces études ne documente la mise à l'essai du modèle. Les résultats présentés dans cet article visent à combler cette lacune dans les connaissances. Ils concernent particulièrement l'expérience vécue par des partenaires de la formation clinique en sciences infirmières durant la mise à l'essai d'une UCA au

Québec, c'est-à-dire les aspects les plus ou les moins appréciés, les effets perçus et les pistes d'amélioration suggérées. Ces partenaires étaient issus d'une unité de soins intensifs médicaux et chirurgicaux d'un centre hospitalier en région urbaine et d'une école de sciences infirmières d'une université québécoise.

## Méthode

### Devis de recherche

Étant donné l'importance du partenariat entre les milieux clinique et universitaire pour l'appropriation réussie d'une UCA, nous avons opté pour un devis de recherche-action qualitative. Ce devis permettait aux partenaires de s'investir dès le début du projet et de collaborer efficacement tout au long de sa réalisation, de l'adaptation du modèle jusqu'à sa mise à l'essai. En effet, la recherche-action impliquait que les partenaires appelés à poser des actions visant un changement participent activement au processus sur lequel ces actions étaient basées (Stringer et Aragón, 2021). Par ailleurs, il était attendu que l'engagement actif des partenaires dans le processus de recherche-action stimule le développement de leur réflexivité et de leur capacité à résoudre des problématiques de nature similaire (Van Wyngaarden et al., 2018). Ainsi, notre recherche s'est déclinée en trois cycles (adaptation, préparation et mise à l'essai) comportant chacun une phase de planification, d'action et de réflexion (Stringer et Aragón, 2021). Nous avons préalablement mis sur pied un comité collaborateur (ou comité de pilotage) afin d'alimenter continuellement la recherche et en rehausser le caractère démocratique (Bradbury, 2015). Il comprenait une experte de l'UCA, une conseillère pédagogique, des acteurs du terrain représentant les partenaires cliniques, universitaire et étudiants ainsi que les membres de l'équipe de recherche. Le comité a contribué activement à l'élaboration de la recherche, à la sollicitation des partenaires, aux prises de décisions concernant les actions à entreprendre et à l'analyse des données.

### Survol des activités réalisées dans les cycles 1 et 2

Durant le cycle 1, nous avons réalisé des entretiens individuels et de groupe auprès de 25 partenaires, soit quatre partenaires cliniques (deux infirmières, une assistante infirmière-chef, une conseillère en soins infirmiers [CSI]), sept partenaires universitaires (quatre professeures, deux chargées de cours, un coordonnateur de stage) et 14 partenaires étudiants en dernière année de formation. Nous avons exploré leurs perceptions à propos de la supervision de stage et de l'UCA de sorte qu'ils puissent participer à l'adaptation du modèle. Les résultats de ce cycle ont permis au comité collaborateur de déterminer des conditions de mise à l'essai en fonction du contexte particulier des milieux partenaires (p. ex. : stage sur le quart de jour, maximum de deux stagiaires simultanément sur l'unité). Ces conditions s'appuyaient également sur les recommandations entourant l'UCA émises par le CIFI de l'Université de Montréal (Goudreau et al., 2018). Durant le cycle 2, nous avons réalisé deux autres entretiens de groupe avec huit partenaires cliniques, universitaires et étudiants afin de poursuivre avec eux le raffinement du modèle. Sur la base des nouvelles informations recueillies, le comité collaborateur a déployé d'autres conditions de mise à l'essai (p. ex. : ajout d'une journée d'accueil). Nous avons également convenu avec les partenaires de la formation qui leur serait offerte en s'inspirant des travaux de l'Université de Victoria en Colombie-Britannique (UVic School of Nursing, s. d.) et de l'étude de Martel (2017) réalisée en contexte québécois. Les objectifs de cette formation étaient : 1) de comprendre la supervision dans l'UCA; 2) de distinguer les rôles et responsabilités des différents partenaires; 3) d'explorer les stratégies de soutien et d'apprentissage par les pairs possibles dans l'UCA; et 4) d'expliquer la méthode pour le suivi de la progression et l'évaluation de l'agir compétent dans

l’UCA. Avec une conseillère pédagogique, nous avons développé quatre modules d’auto-apprentissage en ligne et une période de questions et échanges pour les partenaires cliniques. Pour les autres partenaires, nous avons organisé une rencontre d’information. Nous avons également conçu des fiches aide-mémoire regroupant les informations pertinentes sur l’UCA. En somme, les cycles 1 et 2 de la recherche-action ont permis l’adaptation de l’UCA, la mise en place de conditions pour la mise à l’essai du modèle et la formation des partenaires, le tout en fonction des perspectives des partenaires, des compromis négociés entre eux, de la mobilisation de leurs ressources et de l’expertise de l’équipe de recherche.

### Collecte et analyse des données

En février et mars 2022, le premier auteur a effectué des observations dans le milieu clinique pour rassembler des informations sur la mise à l’essai de l’UCA. À l’aide d’une grille d’observation ouverte conçue pour les besoins de l’étude, il se déplaçait sur l’unité en portant son attention sur le contexte de réalisation du stage (p. ex. : volume d’activités cliniques) et sur la manière dont les partenaires s’appropriaient le modèle (p. ex. : manifestations de soutien entre les pairs, interventions de la personne enseignante). Il a aussi réalisé des entretiens informels avec les partenaires présents sur l’unité afin de s’informer sur le déroulement du stage (p. ex. : partage de la supervision, difficultés rencontrées). Il a colligé ces données sous forme de notes de terrain (Phillippi et Lauderdale, 2018) couvrant 33 heures d’observation réparties sur 6 journées. Durant les mois de mars et avril 2022, au terme de la mise à l’essai, nous avons organisé deux entretiens de groupe (Willemsen et al., 2022), d’une durée approximative de 90 minutes chacun. Nous avons opté pour cette méthode de collecte de données qui rehausse la qualité et la richesse des informations recueillies en permettant aux partenaires d’être stimulés par les idées de leurs pairs (Krueger et Casey, 2015; Morgan, 2019). Nous avons décidé de rencontrer séparément les différents partenaires (cliniques, universitaire, étudiants) afin que tous puissent s’exprimer sans crainte de préjudice. En concertation avec le comité collaborateur, nous avons préparé un guide d’animation ouvert et flexible à partir des recommandations formulées par Brinkmann et Kvale (2018) et Kallio et al. (2016). Les questions ouvertes visaient à explorer l’expérience vécue durant la mise à l’essai de l’UCA. Nous avons également réalisé trois entretiens individuels avec des partenaires non disponibles lors de la tenue des entretiens de groupe. Nous avons eu recours au format virtuel en raison des consignes sanitaires en lien avec la pandémie de COVID-19 et pour éviter les inconvénients associés aux déplacements. Nous avons enregistré les entretiens en format audionumérique. Les partenaires ont aussi rempli un court questionnaire sociodémographique. Nous avons ensuite effectué une analyse thématique inductive des données issues des notes de terrain et des entretiens avec les partenaires en nous inspirant principalement de la méthode proposée par Braun et Clarke (2022) et à l’aide du logiciel Dedoose (v. 9.0.46). Deux membres de l’équipe de recherche se sont d’abord familiarisés avec le matériel en lisant les transcriptions (étape 1). Ils ont ensuite procédé à un co-codage initial en attribuant des codes précis aux extraits riches de sens (p. ex. : niveau d’autonomie variable d’une journée à l’autre) (étape 2). Puis, ils ont regroupé les codes de nature similaire (p. ex. : codes concernant le soutien) et identifié des thèmes de manière inductive selon la signification des données (p. ex. : modèle de supervision propice à la collaboration) (étape 3). Ensuite, en équipe, nous avons révisé les thèmes, en retournant fréquemment aux codes initiaux et au matériel brut, jusqu’à l’atteinte d’un consensus (étape 4). Une fois cette étape complétée, nous avons raffiné et défini les thèmes pour nous assurer qu’ils étaient clairs et évocateurs (p. ex. : personne enseignante et pairs stagiaires comme sources de soutien à l’apprentissage dans l’UCA) (étape 5). Nous avons ensuite élaboré des tableaux synthèses afin de visualiser les thèmes de façon globale et ainsi parfaire notre analyse (Miles et

al., 2020). L'analyse des tableaux synthèses et la vérification continue des conclusions passaient par des discussions régulières au sein de l'équipe de recherche et du comité collaborateur. L'analyse s'est poursuivie durant la rédaction de cet article afin de produire un récit cohérent de l'expérience vécue par les partenaires dans l'UCA (étape 6) (Braun et Clarke, 2022).

## Considérations éthiques

Nous avons obtenu le consentement libre et éclairé des partenaires par écrit et avons validé verbalement le maintien de celui-ci tout au long de leur participation. Nous avons demandé leur engagement à la confidentialité des informations portées à leur connaissance durant l'étude et avons préservé leur anonymat lors des discussions avec le comité collaborateur. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du centre hospitalier où s'est déroulée la mise à l'essai (n° 2021-594).

## Résultats

### Mise à l'essai de l'UCA

Trois stagiaires ont participé à la mise à l'essai de l'UCA dans le cadre du dernier stage de leur formation, d'une durée de 12 jours répartis sur 6 semaines à raison d'environ 2 jours par semaine. Leur horaire de stage tenait compte de leur situation personnelle (p. ex. : journées réservées pour les études ou le travail), des exigences du milieu clinique (stage sur le quart de jour seulement; 7h00 à 15h00) et universitaire (96 heures de présence en stage), des objectifs de l'UCA concernant le soutien et l'apprentissage par les pairs (présence de deux stagiaires au même moment sur l'unité) et de la capacité d'accueil de l'unité (p. ex. : nombre d'infirmières et infirmiers disponibles pour la supervision). En début de stage, les trois stagiaires ont participé à une journée d'accueil animée par une infirmière de l'unité pour visiter les lieux, rencontrer les membres de l'équipe et obtenir des informations sur le fonctionnement du milieu. Par la suite, au début de chaque journée de stage, les stagiaires ont rencontré l'AIC pour participer au choix des personnes qu'elles soignaient en fonction de leurs objectifs d'apprentissage. Cette dernière a coordonné leur jumelage avec les infirmières et infirmiers volontaires pour les superviser, sans égard à leur niveau d'expérience clinique ou de supervision. Au total, dix infirmières et infirmiers se sont partagé la supervision dans l'UCA. Les stagiaires ont été invitées à utiliser un journal réflexif, développé aux fins de l'étude, pour consigner leurs objectifs d'apprentissage, enregistrer leur progression et en faciliter la communication auprès des infirmières et infirmiers. L'utilisation du journal réflexif s'est toutefois avérée faible. La personne enseignante a été présente dans l'UCA à quatre moments à raison d'environ deux heures par visite, comme convenu avec le milieu universitaire qui assumait les coûts associés. Durant la mise à l'essai, l'unité a accueilli des résidents en médecine et une étudiante en inhalothérapie, mais n'a accueillie aucune autre stagiaire en sciences infirmières ou en soins infirmiers en provenance d'un autre milieu d'enseignement.

### Caractéristiques des partenaires

Parmi les 15 partenaires ayant participé à la mise à l'essai de l'UCA, huit ont accepté de partager leur expérience lors des entretiens qualitatifs. Les partenaires cliniques sont trois infirmières ayant supervisé les stagiaires et une personne ayant assumé la fonction d'assistante infirmière-chef (AIC) durant le stage dans l'UCA. La partenaire universitaire est la chargée de cours de l'université ayant joué le rôle de personne enseignante. Les partenaires étudiants sont les trois stagiaires. Elles terminaient leur dernière année de baccalauréat en sciences infirmières. Comme il s'agissait d'une première mise à l'essai du modèle, elles avaient préalablement été

sélectionnées parmi les étudiantes et étudiants ne présentant pas de difficultés de progression des apprentissages. Le tableau 1 présente les caractéristiques des partenaires en regroupant celles des partenaires cliniques et de la partenaire universitaire qui ont rempli le même questionnaire sociodémographique.

**Tableau 1**

*Caractéristiques sociodémographiques des partenaires (n = 8)*

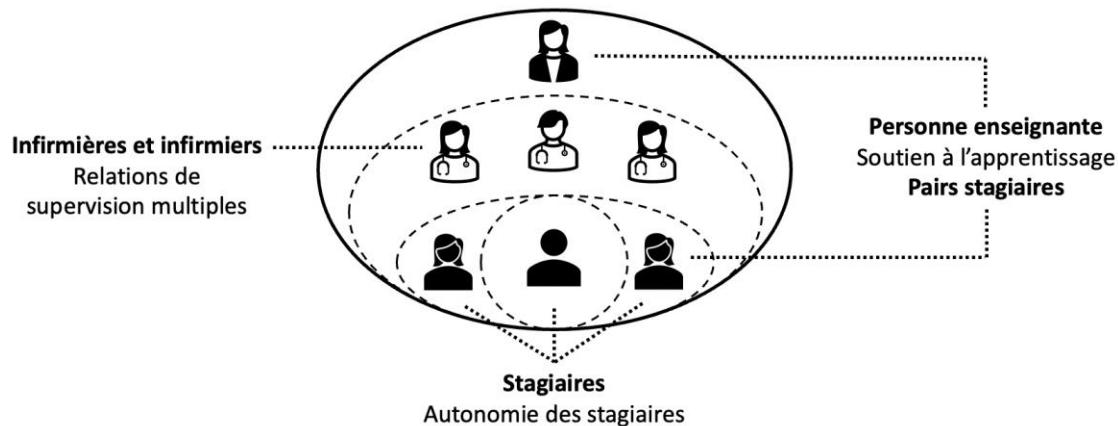
Partenaires cliniques (n = 4) et universitaire (n = 1)	n (à moins d'indication contraire)
Femme	5
Âge (médiane, [étendue])	39 ans [28-51]
Poste occupé	
• Infirmière	3
• AIC	1
• Chargée de cours (personne enseignante)	1
Nombre d'années d'expérience en poste	
• Entre 5 et 10 ans	2
• Plus de 10 ans	3
Partenaires étudiants (n = 3)	n
Femme	3
Âge (médiane, [étendue])	25 ans [22-26]

### Expérience des partenaires

Nous avons identifié neuf thèmes entourant l'expérience des partenaires durant la mise à l'essai de l'UCA. Ils sont regroupés en trois rubriques (voir la figure 1), soit l'autonomie des stagiaires, les relations de supervision multiples et le soutien à l'apprentissage. Le tableau 2 présente les thèmes associés à chaque rubrique en précisant auprès de quels partenaires nous avons recueilli les données à l'origine des thèmes identifiés.

**Figure 1**

*Rubriques associées à l'expérience des partenaires dans l'UCA*



**Tableau 2**

*Thèmes associés à l'expérience des partenaires dans l'UCA*

Rubriques	Thèmes	PC <sup>a</sup>	PU <sup>b</sup>	PE <sup>c</sup>
Autonomie des stagiaires	Apprentissage personnalisé selon les besoins (+) <sup>d</sup>	X	X	
	Refus des inf. de participer à la supervision (-) <sup>e</sup>	X	X	
Relations de supervision multiples	Exposition à différents modèles de pratique (+)	X	X	
	Intégration à l'équipe de soins (+)	X	X	
	Adaptation initiale plus difficile (-)		X	X
	Allègement de la charge de travail (inf.) (+)	X		
	Suivi plus difficile de la progression (inf.) (-)	X		
Soutien à l'apprentissage	Soutien par les pairs (+)	X	X	
	Soutien de la personne enseignante (+)	X	X	X

<sup>a</sup>Partenaires cliniques. <sup>b</sup>Partenaire universitaire. <sup>c</sup>Partenaires étudiants. <sup>d</sup>Aspect positif selon les partenaires. <sup>e</sup>Aspect négatif selon les partenaires.

### *Autonomie des stagiaires*

Les stagiaires ont apprécié pouvoir participer au choix des personnes qu'elles soignaient : « J'ai trouvé ça plus motivant, [...] j'avais la possibilité d'être autonome et acquérir de nouvelles connaissances » (PE21). Cette particularité a favorisé un **apprentissage personnalisé selon les besoins** : « Au milieu du stage, je me suis rendu compte que je n'avais presque pas interagi avec des familles [...], donc après j'ai choisi des personnes en fin de vie, parce que leurs familles venaient plus souvent » (PE22). Les infirmières et infirmiers ont trouvé qu'ils pouvaient mieux orienter leur supervision : « J'ai aimé que [les stagiaires] nous disent ce qu'elles voulaient voir, parfois on montre ce qu'on pense qui est important, mais elles ne sont peut-être pas rendues là » (PC22). Cependant, l'autonomie des stagiaires face au choix des personnes soignées était parfois

réduite par le **refus de certaines membres du personnel infirmier de les superviser** : « Quand il y avait une infirmière avec des trucs intéressants, mais qu'elle ne voulait pas de stagiaires, [...] ça enlevait des opportunités » (PE23). Aussi, selon les stagiaires, les infirmières et infirmiers ne leur accordaient pas tous le même niveau d'autonomie, ce qui nuisait à leur progression : « Une journée, j'avais deux personnes soignées, j'avais fait plein de choses, et le lendemain j'étais avec une autre infirmière qui ne me laissait pas faire grand-chose, j'avais l'impression de reculer » (PE22).

### ***Relations de supervision multiples***

Durant leur stage dans l'UCA, les stagiaires ont développé des relations de supervision avec plusieurs infirmières et infirmiers. Ces relations se situent au cœur de l'expérience de stage : « Tu aimes ou non ton stage en fonction de ton infirmière, point barre, même si tu n'aimes pas la spécialité dans laquelle tu te trouves » (PE23). Les infirmières et infirmiers leur ont permis d'être **exposées à différents modèles de rôle et de pratique** : « [Les stagiaires] ont vu plusieurs façons de fonctionner [...], ça leur a permis de réfléchir, de voir les soins sous différents angles » (PC22). Parmi ces multiples relations de supervision, les stagiaires ont apprécié celles avec les infirmières et infirmiers stimulant leur raisonnement clinique et leur permettant d'intégrer la théorie à la pratique : « Chaque infirmière ne faisait pas nécessairement ça, [...] mais j'en ai eu qui me questionnaient beaucoup sur la physiopathologie et ça me permettait de faire des liens entre ce qu'on avait vu en classe et sur le terrain » (PE21). Par ailleurs, les relations de supervision multiples ont favorisé **l'intégration des stagiaires au sein de l'équipe** : « Comme on travaillait avec beaucoup d'infirmières, on développait plus d'affinités et on était portées à aller les voir pour les questionner ou leur demander des conseils [...], ça faisait vraiment une belle collaboration et je me sentais accueillie » (PE22). Cependant, certaines stagiaires ont rapporté une **adaptation initiale plus difficile** : « Au début, j'avais vraiment de la difficulté à m'organiser, parce que tout le monde travaillait un peu différemment, [...] j'étais mêlée dans mes soins » (PE22). Ce phénomène a également été constaté par la personne enseignante : « Elles trouvaient ça difficile de devoir tout le temps se réadapter à une structure, une façon de fonctionner » (PU21). Les stagiaires auraient préféré être jumelées avec les mêmes infirmières ou les mêmes infirmiers pendant les premiers jours de stage afin de se familiariser avec l'environnement d'apprentissage. De leur côté, les infirmières et infirmiers ont apprécié les relations de supervision multiples, même s'ils avaient parfois l'impression de devoir se répéter plus souvent : « J'ai aimé superviser plusieurs stagiaires, voir leur façon de fonctionner, ça me permettait de m'adapter à chacune » (PC31). Certains ont même perçu un **allègement de la charge de travail** associée au partage des relations de supervision au sein de l'équipe : « Comme ce n'était pas toujours la même personne, ça diminuait la surcharge, parce que quand tu supervises [...], il faut que tu parles plus et que tu doubles de vigilance » (PC22). La journée d'accueil des stagiaires aurait aussi contribué à ce phénomène : « Cela a sauvé une grosse charge de travail aux infirmières qui nous ont accueillies les premiers jours, parce qu'on pouvait poser toutes nos questions, s'il n'y avait pas eu cette journée-là, ça aurait été lourd pour elles » (PE22). Toutefois, des infirmières et infirmiers ont déploré un **suivi plus difficile de la progression** des stagiaires : « J'ai moins apprécié le manque de suivi sur ce qu'elles avaient fait, leurs forces, leurs faiblesses, sur quoi il fallait travailler » (PC31). Pour une stagiaire, cette situation s'est traduite par un sentiment d'insécurité : « Tu ne savais jamais où tu te situais, si tu passais, si tu échouais, parce que tu recommençais tout le temps avec une nouvelle personne » (PE23). Celles n'ayant pas rencontré cet enjeu ont fait état d'une supervision caractérisée par une bonne communication : « La stagiaire me faisait un compte rendu, elle était

transparente, elle ne faisait pas juste me parler de ses forces, mais aussi de ce qu'elle avait à travailler, je pouvais me fier sur elle, [...] puis on essayait de progresser » (PC22).

### ***Soutien à l'apprentissage***

Les stagiaires avaient accès à différentes sources de soutien au sein de l'UCA. D'abord, la présence de deux stagiaires au même moment est associée au **soutien par les pairs** : « C'était plaisant d'avoir une autre personne avec moi [...], on pouvait discuter de nos soins, comment allait notre journée, c'était comme un support moral, [...] je trouvais ça bien de partager ces moments » (PE21). Les infirmières et infirmiers ont également constaté ce soutien : « Il y avait un esprit d'équipe entre elles, s'il y en avait une qui avait une technique intéressante, elle allait chercher sa collègue, [...] c'est rare qu'on voie ça en stage » (PC31). Les notes de terrain faisaient d'ailleurs état de différentes manifestations de soutien par les pairs, par exemple : « Les stagiaires regardent l'intubation d'une patiente, elles discutent de leurs observations, partagent leurs questionnements et tentent d'y répondre ». Toutefois, une stagiaire a affirmé que plus le stage avançait, moins elle avait recours à ses pairs pour du soutien : « Plus on prenait d'autonomie, moins on avait le temps de discuter et d'aller voir comment allait l'autre [...] c'était plus aidant au début » (PE23). Les stagiaires ont également apprécié le **soutien de la personne enseignante** : « La première fois qu'elle est venue, j'ai pleuré, ça allait tellement mal et ça m'a fait du bien qu'elle me dise : ça va bien, c'est correct, tu n'es pas en train d'échouer ton stage » (PE23). Lors de ses visites, la personne enseignante s'informait du déroulement du stage et des objectifs d'apprentissage des stagiaires, mais aussi de leur vie personnelle et de leur bien-être en général. La personne enseignante a affirmé que sa présence sur l'unité favorisait une communication ouverte avec les stagiaires : « En ayant un contact fréquent avec les stagiaires, ça leur permettait d'échanger plus avec moi, [...] un lien de confiance plus fort s'est établi parce que je venais sur l'unité » (PU21).

### **Discussion**

Les résultats du troisième cycle de cette recherche-action décrivent l'expérience vécue par les partenaires durant la mise à l'essai de l'UCA. Ils mettent en lumière une expérience globalement positive durant laquelle les partenaires ont pu expérimenter plusieurs des bénéfices attendus en lien avec l'utilisation du modèle. Les thèmes associés à leur expérience s'articulent à l'intérieur de trois rubriques : l'autonomie des stagiaires, les relations de supervision multiples et le soutien à l'apprentissage. Nous décrivons ces bénéfices qui pourraient rehausser la qualité de la formation clinique en sciences infirmières. Les partenaires ont aussi vécu des enjeux similaires à ceux rapportés dans les écrits scientifiques, ce qui a orienté les pistes d'amélioration proposées pour la poursuite des travaux.

### **Bénéfices de l'UCA**

Selon les stagiaires, l'UCA leur a permis de travailler avec plusieurs infirmières et infirmiers durant leur stage et ainsi être exposées à différents modèles de rôle et de pratique. Ceci rejoint les résultats de l'étude de Callaghan et al. (2009) dans laquelle les stagiaires ont pu expérimenter différentes approches de soins infirmiers, évaluer ce que chaque approche avait à leur offrir, puis incorporer les éléments susceptibles d'améliorer leur pratique. Des bénéfices similaires ont été constatés dans d'autres programmes de formation en santé employant des modèles de stage à multiples superviseurs, notamment en ergothérapie (Graves et Hanson, 2014; Newton et Ashby, 2019). Par ailleurs, les stagiaires ont indiqué que l'UCA a favorisé une personnalisation de leurs apprentissages en leur permettant de participer au choix des personnes qu'elles soignaient en fonction de leurs objectifs d'apprentissage. Selon McCullough et

Sawchenko (2007), la qualité de l'UCA réside dans cette caractéristique prévoyant que les expériences cliniques des stagiaires sont déterminées par leurs propres besoins, plutôt que par les routines ou les pratiques cliniques en vigueur sur l'unité. L'UCA permet ainsi aux stagiaires de travailler auprès des personnes soignées dont la situation clinique offre des occasions d'apprentissage en adéquation avec le développement optimal de leurs compétences. Les partenaires ont aussi mentionné l'intégration des stagiaires au sein de l'équipe de soins et l'allègement de la charge de travail des infirmières et infirmiers comme étant des bénéfices de l'UCA. Ces résultats sont cohérents avec ceux rapportés dans les écrits scientifiques sur ce modèle. En effet, l'UCA procurerait aux stagiaires le sentiment de faire partie intégrante de l'équipe et leur permettrait de développer leurs compétences en collaboration (Callaghan et al., 2009). Elle soulagerait aussi la pression exercée sur le personnel infirmier en lien avec la supervision (McCullough et Sawchenko, 2007). Face au contexte actuel de surcharge de travail dans les milieux cliniques, l'UCA pourrait ainsi rehausser l'intérêt et la disponibilité des infirmières et infirmiers envers la supervision de stage. Par ailleurs, la présence simultanée de deux stagiaires dans l'UCA s'est traduite par du soutien entre les pairs (p. ex. : partage d'idées, de connaissances ou de questionnements). Le soutien entre les stagiaires est reconnu pour jouer un rôle important dans une expérience de stage, en contribuant à la création d'un environnement d'apprentissage positif favorisant la motivation, la productivité et le développement d'un sentiment d'appartenance envers le milieu de stage (Dionne Merlin et al., 2020). Le soutien à l'apprentissage par les pairs a aussi été associé à une diminution de l'anxiété des stagiaires et au développement de leurs capacités de réflexion critique et de résolution de problèmes (Carey et al., 2018). Considérant l'incertitude entourant l'efficacité du préceptorat à cet égard (Jayasekara et al., 2018), les possibilités d'apprentissage par les pairs dans une UCA représentent une plus-value associée à l'utilisation de ce modèle. Un autre bénéfice de l'UCA concerne la présence d'une personne enseignante de l'université durant le stage. Bien que ses visites aient été limitées à quatre moments durant le stage, les stagiaires ont souligné le réconfort qu'elle leur apportait. D'autres auteurs ont souligné l'importance de la présence d'une personne enseignante pour contrer le sentiment de solitude souvent ressenti par les stagiaires (Gustafsson et al., 2015). Les résultats de plusieurs études mettent également en lumière le rôle d'experte pédagogique joué par une personne enseignante dans les modèles de supervision de stage en partenariat entre les milieux clinique et universitaire (Ekstedt et al., 2019; Gustafsson et al., 2015; Kristofferzon et al., 2013; Pedregosa et al., 2020). Dans l'étude de Fairbrother et al. (2016), la personne enseignante (nommée « facilitatrice ») travaille conjointement avec les stagiaires en physiothérapie et les superviseurs pour promouvoir le travail d'équipe, la socialisation professionnelle et l'utilisation de stratégies pédagogiques adéquates (Fairbrother et al., 2016). Dans la présente étude, la personne enseignante a pu discuter avec les stagiaires, les questionner sur leur pratique en stage et les encourager à réfléchir sur leurs apprentissages. Ce type de soutien est reconnu pour faciliter l'intégration de la théorie à la pratique (Gustafsson et al., 2015) ainsi que le développement de la confiance en soi et des capacités de prise de décisions (Pedregosa et al., 2020).

### **Enjeux et pistes d'amélioration**

Les résultats de cette étude permettent aussi de soulever des enjeux et des pistes d'amélioration en lien avec la supervision dans une UCA. D'abord, les stagiaires ont parfois vécu difficilement le fait d'être supervisées par différentes personnes, notamment parce qu'elles devaient constamment s'ajuster à de nouvelles façons de travailler. Ce constat a aussi été rapporté par Zilembo et Monterosso (2008), qui ont signalé la difficulté associée au manque de continuité dans la supervision et les incohérences en résultant du fait que chaque infirmière et infirmier

enseigne et pratique ses activités cliniques différemment. Comme suggéré par les stagiaires dans cette étude et par d'autres auteurs (Goudreau et al., 2018; McCullough et Sawchenko, 2007), il serait souhaitable que les stagiaires soient jumelées avec la même infirmière ou le même infirmier durant les premières journées de stage dans une UCA afin qu'elles puissent se familiariser avec l'équipe de travail et mieux comprendre la routine en vigueur. Une autre stratégie serait l'identification d'un superviseur principal auprès de qui les stagiaires pourraient se référer en tout temps (voir Hall-Lord et al. (2013) et Kristofferzon et al. (2013) pour une description plus détaillée de ce rôle). Aussi, le suivi de la progression des stagiaires entre les infirmières et infirmiers était plus difficile dans l'UCA. Selon McCullough et Sawchenko (2007), les stagiaires dans une UCA peuvent avoir plus de difficulté à établir rapidement des relations de supervision basées sur la confiance avec les multiples infirmières et infirmiers et hésiter à communiquer l'état de leur progression. Un stage de 12 jours pourrait être trop court pour le développement optimal de ces relations. En effet, des stages de plus longue durée donnent plus de temps pour nouer des relations de confiance et sont associés à une plus grande satisfaction des stagiaires (Forber et al., 2016). L'instabilité dans la composition du personnel infirmier et leur charge de travail importante, exacerbées par le contexte pandémique, ont aussi pu compliquer la communication entre les partenaires. En étant mal informés de la progression des stagiaires, les infirmières et infirmiers peuvent avoir tendance à surveiller de manière plus rapprochée leurs faits et gestes (McCullough et Sawchenko, 2007). Ce phénomène pourrait expliquer en partie pourquoi les stagiaires de notre étude ont perçu des variations dans le niveau d'autonomie leur étant accordée durant le stage. Lorsque la communication sur leur progression est absente ou insuffisante, l'expérience des stagiaires est plus négative (Jansson et Ene, 2016). Contraintes de répéter les mêmes soins lors de chaque changement de superviseur, elles arrivent plus difficilement à réaliser de nouveaux apprentissages (Jansson et Ene, 2016; Zilembo et Monterosso, 2008). Considérant la faible utilisation du journal réflexif par les stagiaires, les membres du comité collaborateur ont suggéré d'explorer d'autres stratégies de suivi de la progression, comme le recours à une fiche de communication plus brève et rapide à consulter. Les écrits scientifiques font aussi état de l'utilisation d'outils électroniques pour assurer le suivi et la rétroaction, notamment en sciences infirmières (Marcellus et al., 2021) et en médecine (Alismail et al., 2021). En ergothérapie, Graves et Hanson (2014) proposent la tenue de rencontres hebdomadaires en présence de tous les superviseurs, l'établissement de canaux de communication structurés entre les stagiaires et les superviseurs et l'utilisation de contrats d'apprentissage pour favoriser la responsabilisation des stagiaires. Par ailleurs, le nombre limité d'infirmières et infirmiers prêts superviser des stagiaires entravait parfois leur capacité de choisir les personnes soignées dont la situation clinique répondait à leurs objectifs d'apprentissage. D'autres chercheurs ont constaté que le faible intérêt des professionnels figure parmi les principaux obstacles à la supervision de stage dans les établissements de santé et de services sociaux (Leclerc et al., 2014). Ce faible intérêt pourrait être attribuable au manque de formation et de soutien (Leclerc et al., 2014). Une piste d'amélioration réside donc dans la formation de l'ensemble du personnel en lien avec la supervision clinique afin de contribuer au développement d'une culture d'apprentissage dans les milieux de soins. Le soutien développé dans le cadre de cette recherche-action s'inscrivait dans cette démarche. Nous n'avons pas été en mesure de rejoindre l'ensemble des infirmières et infirmiers par la formation, mais les fiches aide-mémoire ont été appréciées des partenaires. Il serait aussi pertinent de réfléchir à des stratégies pour stimuler et maintenir l'engagement envers la supervision, comme l'attribution de crédits de formation continue ou la participation à des activités de développement professionnel (Marcellus et al., 2021). De plus, il importe de considérer que les infirmières et infirmiers novices

sont souvent sollicités pour la supervision de stage, alors qu'ils sont encore en processus d'appropriation de leur pratique (Pierre et Blanchet Garneau, 2022). Une attention particulière doit donc être portée à leurs besoins d'apprentissage et de soutien. La modulation de leur charge de travail pourrait aussi favoriser une meilleure gestion du temps et un plus grand investissement dans la supervision des stagiaires (Pierre et Blanchet Garneau, 2022).

## Forces et limites

Cette étude est la première ciblant la mise à l'essai d'une UCA en contexte québécois et l'une des rares réalisées dans une unité de soins intensifs. À notre connaissance, il s'agit également de la première étude sur l'UCA ayant eu recours à un devis de recherche-action. L'approche participative a permis de mobiliser les partenaires dans la démarche et a stimulé leur engagement dans une relation de partenariat. Ils ont d'ailleurs mentionné leur intérêt à poursuivre conjointement les travaux sur l'UCA. Les observations sur le terrain et la triangulation des sources de données, des méthodes de collecte et des analystes (analyse en équipe) contribuent à la crédibilité des résultats (Morse, 2015). Tout au long de l'étude, le premier auteur a rédigé un journal de bord composé de ses réflexions personnelles afin de prendre en considération l'influence de la subjectivité (Baribeau, 2005). Il a régulièrement discuté avec les membres de l'équipe de recherche et du comité collaborateur pour confronter ses interprétations initiales et en arriver à des résultats plus nuancés. La description riche et détaillée des résultats permet aux milieux intéressés par l'UCA de déterminer s'ils sont transférables et ont un sens dans leur contexte (Savoie-Zajc, 2011). Par ailleurs, seules quatre partenaires cliniques ont accepté de participer au troisième cycle de cette recherche-action, possiblement en raison de leur épuisement associé à la pandémie de COVID-19 au moment de l'étude ou de leur manque d'intérêt envers la recherche. Les perspectives d'autres infirmières et infirmiers, de même que celles des gestionnaires et des personnes soignées, auraient peut-être contribué à brosser un portrait différent de l'expérience vécue dans l'UCA. Cependant, nous avons vérifié la plausibilité de nos interprétations par des échanges réguliers avec les membres du comité collaborateur incluant des acteurs du terrain. Le recours aux entretiens de groupe pourrait avoir introduit un biais de désirabilité sociale. Pour le réduire, nous avons rencontré séparément les différents partenaires et leur avons rappelé le droit à la différence. Le mode virtuel pourrait aussi avoir nui à la qualité des données, en limitant les interactions entre les partenaires et la capture de la communication non verbale (Tuttas, 2015; Willemsen et al., 2022). Nous avons tenté de pallier ces limites en constituant des groupes de taille restreinte, en adoptant un style d'animation suscitant les échanges entre les partenaires et en assurant la présence d'un observateur (Tuttas, 2015; Willemsen et al., 2022).

## Conclusion

Cet article décrit l'expérience vécue par des partenaires de la formation clinique en sciences infirmières durant la mise à l'essai d'une UCA dans un milieu de soins intensifs. Les bénéfices de l'UCA cernés dans le troisième cycle de cette recherche-action offrent le potentiel de rehausser la qualité des expériences d'apprentissage en stage. Ils justifient d'encourager la réalisation d'autres recherches sur ce modèle dans un plus vaste éventail de milieux cliniques afin de poursuivre l'accumulation des preuves de sa pertinence en contexte québécois. Nos résultats et les pistes d'amélioration proposées constituent un point de départ intéressant pour les organisations et les chercheurs de la francophonie intéressés à s'engager dans une collaboration de recherche autour de l'UCA en vue de l'implantation éventuelle du modèle au Québec.

## Références

- Alismail, A., Tabisula, B. M. et López, D. (2021). Designing a clinical education tracking system: An innovative approach. *Advances in Medical Education and Practice*, 12, 539-546. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S312734>
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives, hors série* (2), 98-114.
- Bradbury, H. (2015). *The SAGE handbook of action research*. SAGE Publications.
- Braun, V. et Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications.
- Brinkmann, S. et Kvale, S. (2018). *Doing interviews* (2<sup>e</sup> éd.). SAGE Publications.
- Budgen, C. et Gamroth, L. (2008). An overview of practice education models. *Nurse Education Today*, 28(3), 273-283. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.05.005>
- Callaghan, D., Watts, W. E., McCullough, D. L., Moreau, J. T., Little, M. A., Gamroth, L. M. et Durnford, K. L. (2009). The experience of two practice education models: Collaborative learning unit and preceptorship. *Nurse Education In Practice*, 9(4), 244-252. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.08.010>
- Cant, R., Ryan, C., Hughes, L., Luders, E. et Cooper, S. (2021). What helps, what hinders? Undergraduate nursing students' perceptions of clinical placements based on a thematic synthesis of literature. *SAGE Open Nursing*, 7, 23779608211035845. <https://doi.org/10.1177/23779608211035845>
- Carey, M. C., Kent, B. et Latour, J. M. (2018). Experiences of undergraduate nursing students in peer assisted learning in clinical practice: A qualitative systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 16(5), 1190-1219. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003295>
- Chicca, J. (2020). Should we use preceptorships in undergraduate nursing education? *Nursing Forum*, 55(3), 480-484. <https://doi.org/10.1111/nuf.12452>
- Courtney-Pratt, H., Ford, K. et Marlow, A. (2015). Evaluating, understanding and improving the quality of clinical placements for undergraduate nurses: A practice development approach. *Nurse Education in Practice*, 15(6), 512-516. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.07.002>
- Cusack, L., Thornton, K., Drioli-Phillips, P. G., Cockburn, T., Jones, L., Whitehead, M., Prior, E. et Alderman, J. (2020). Are nurses recognised, prepared and supported to teach nursing students: Mixed methods study. *Nurse Education Today*, 90, 104434. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104434>
- Dedoose Version 9.0.46, web application for managing, analyzing, and presenting qualitative and mixed method research data. (2021). SocioCultural Research Consultants, LLC. [www.dedoose.com](http://www.dedoose.com)
- Dimino, K., Vargas, P. et Banks, J. M. (2022). Student learning outcomes of dedicated education units (DEU): A systematic review. *Journal of Doctoral Nursing Practice*. <https://doi.org/10.1891/JDNP-2021-0036>

- Dionne Merlin, M., Lavoie, S. et Gallagher, F. (2020). Elements of group dynamics that influence learning in small groups in undergraduate students: A scoping review. *Nurse Education Today*, 87, 104362. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104362>
- Edgecombe, K. et Bowden, M. (2014). *Clinical learning and teaching innovations in nursing – Dedicated education units building a better future* (vol. 10). Springer.
- Ekstedt, M., Lindblad, M. et Lofmark, A. (2019). Nursing students' perception of the clinical learning environment and supervision in relation to two different supervision models – A comparative cross-sectional study. *BMC Nursing*, 18, 49. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0375-6>
- Fairbrother, M., Nicole, M., Blackford, J., Nagarajan, S. V. et McAllister, L. (2016). A new model of clinical education to increase student placement availability: The capacity development facilitator model. *Asia-Pacific Journal of Cooperative Education*, 17(1), 45-59.
- Flott, E. A. et Linden, L. (2016). The clinical learning environment in nursing education: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 501-513. <https://doi.org/10.1111/jan.12861>
- Forber, J., DiGiacomo, M., Carter, B., Davidson, P., Phillips, J. et Jackson, D. (2016). In pursuit of an optimal model of undergraduate nurse clinical education: An integrative review. *Nurse Education In Practice*, 21, 83-92. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.09.007>
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Maheu-Cadotte, M.-A., Proulx, M. et Martel, K. J. (2018). *L'unité collaborative d'apprentissage (UCA) : un modèle pour optimiser la formation clinique infirmière*. Rapport remis au Comité de la formation infirmière de l'OIIQ.
- Graves, C. et Hanson, D. (2014). The multiple mentoring model of student supervision: A fit for contemporary practice. *OT Practice*, 19, 20-32.
- Gustafsson, M., Kullén Engström, A., Ohlsson, U., Sundler, A. J. et Bisholt, B. (2015). Nurse teacher models in clinical education from the perspective of student nurses – A mixed method study. *Nurse Education Today*, 35(12), 1289-1294. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.008>
- Hall-Lord, M. L., Theander, K. et Athlin, E. (2013). A clinical supervision model in bachelor nursing education – Purpose, content and evaluation. *Nurse Education in Practice*, 13(6), 506-511. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.02.006>
- Jansson, I. et Ene, K. W. (2016). Nursing students' evaluation of quality indicators during learning in clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 20, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.06.002>
- Jayasekara, R., Smith, C., Hall, C., Rankin, E., Smith, M., Visvanathan, V. et Fribe, T.-R. (2018). The effectiveness of clinical education models for undergraduate nursing programs: A systematic review. *Nurse Education in Practice*, 29, 116-126. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.12.006>
- Kallio, H., Pietila, A. M., Johnson, M. et Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954-2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>

- Kristofferzon, M. L., Martensson, G., Mamhidir, A. G. et Lofmark, A. (2013). Nursing students' perceptions of clinical supervision: The contributions of preceptors, head preceptors and clinical lecturers. *Nurse Education Today*, 33(10), 1252-1257.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.08.017>
- Krueger, R. A. et Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5<sup>e</sup> éd.). Sage.
- Leclerc, B. S., Jacob, J. et Paquette, J. (2014). *Incitatifs et obstacles à la supervision de stages dans les établissements de santé et de services sociaux de la région de Montréal : une responsabilité partagée*. [https://centreinteractions.ca/wp-content/uploads/2020/04/rapport\\_supervision\\_stages\\_final.pdf](https://centreinteractions.ca/wp-content/uploads/2020/04/rapport_supervision_stages_final.pdf)
- Levett-Jones, T., Lathlean, J., Higgins, I. et McMillan, M. (2009). Staff-student relationships and their impact on nursing students' belongingness and learning. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 316-324. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04865.x>
- Lougheed, M. et Galloway Ford, A. (2005). *The collaborative learning units © model of practice education for nursing: A summary*. <https://www.uvic.ca/hsd/nursing/assets/docs/undergraduate/transfer/current/clu.pdf>
- Marcellus, L., Jantzen, D., Humble, R., Sawchuck, D. et Gordon, C. (2021). Characteristics and processes of the dedicated education unit practice education model for undergraduate nursing students: A scoping review. *JBI Evidence Synthesis*, 19(11), 2993-3039.  
<https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00462>
- Marcellus, L., Jantzen, D., Vermes, F., Duncan, S. M. et Maclaren, J. (2022). From pilot to established practice: Reflecting on the 20-year journey of implementing a collaborative learning unit practice education model in Victoria, British Columbia. *Quality Advancement in Nursing Education – Avancées en formation infirmière*, 8(1).  
<https://doi.org/10.17483/2368-6669.1305>
- Martel, K. J. (2017). *Exploration des facteurs contraignants et facilitants, perçus par des professionnels de la santé, à l'implantation d'une unité collaborative d'apprentissage en milieu clinique* [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal].  
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/20080>
- McCullough, D. et Sawchenko, L. (2007). *Collaborative learning units: An integrated and interprofessional practice education model*. Document inédit.
- McKenna, L., Cant, R., Bogossian, F., Cooper, S., Levett-Jones, T. et Seaton, P. (2019). Clinical placements in contemporary nursing education: Where is the evidence? *Nurse Education Today*, 83, 104202. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104202>
- Miles, M. B., Huberman, A. M. et Saldana, J. (2020). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (4<sup>e</sup> éd.). Sage.
- Morgan, D. L. (2019). *Basic and advanced focus groups*. SAGE Publications.
- Morse, J. M. (2015). Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qualitative Health Research*, 25(9), 1212-1222.  
<https://doi.org/10.1177/1049732315588501>

- Musallam, E., Ali, A. A. et Nicely, S. (2021). The impact of dedicated education model on nursing students' outcomes: An integrative review. *Nurse Education*, 46(5), E113-E116. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001022>
- Newton, C. et Ashby, J. (2019). The ecology of care: A review of the literature in clinical learning environments. *MedEdPublish*, 8(3), 3. <https://doi.org/10.15694/mep.2019.000152.1>
- Nguyen, V. N. B., Lawrence, K. et McGillion, A. (2020). The effectiveness of partnership models in clinical nursing education – A scoping review. *Nurse Education Today*, 90, 104438. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104438>
- Nyoni, C. N., Dyk, L. H. et Botma, Y. (2021). Clinical placement models for undergraduate health professions students: A scoping review. *BMC Medical Education*, 21(1), 598. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-03023-w>
- Pedregosa, S., Fabrellas, N., Risco, E., Pereira, M., Dmoch-Gajzlerska, E., Senuzun, F., Martin, S. et Zabalegui, A. (2020). Effective academic-practice partnership models in nursing students' clinical placement: A systematic literature review. *Nurse Education Today*, 95, 104582. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104582>
- Phillippi, J. et Lauderdale, J. (2018). A guide to field notes for qualitative research: Context and conversation. *Qualitative Health Research*, 28(3), 381-388. <https://doi.org/10.1177/1049732317697102>
- Pierre, J. et Blanchet Garneau, A. (2022). Besoins d'apprentissages et de soutien des infirmières débutantes préceptrices sur une unité collaborative d'apprentissage en milieu hospitalier. *Quality Advancement in Nursing Education – Avancées en formation infirmière*, 8(4), 1-18. <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1365>
- Roberts, E., Kaak, V., & Rolley, J. (2019). Simulation to replace clinical hours in nursing: A meta-narrative review. *Clinical Simulation in Nursing*, 37, 5-13. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.07.003>
- Savoie-Zajc, L. (2011). La recherche qualitative-interprétative en éducation. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (dir.), *La recherche en éducation* (p. 123-146). Éditions ERPI.
- Spence, D., Zambas, S., Mannix, J., Jackson, D. et Neville, S. (2019). Challenges to the provision of clinical education in nursing. *Contemporary Nurse*, 55(4-5), 458-467. <https://doi.org/10.1080/10376178.2019.1606722>
- Stringer, E. et Aragón, A. O. (2021). *Action research* (5<sup>e</sup> éd.). SAGE.
- Tuttas, C. A. (2015). Lessons learned using Web conference technology for online focus group interviews. *Qualitative Health Research*, 25(1), 122-133. <https://doi.org/10.1177/1049732314549602>
- UVic School of Nursing. (s. d.). *The collaborative learning unit*. <https://onlineacademiccommunity.uvic.ca/clu2020/>
- Van Wyngaarden, A., Leech, R. et Coetzee, I. M. (2018). Assessing the value of action research: Using a world café to explore the professional journey of nurse educators. *South African Journal of Higher Education*, 32(6), 519-531. <https://doi.org/10.20853/32-6-2974>

Willemsen, R. F., Aardoom, J. J., Chavannes, N. H. et Versluis, A. (2022). Online synchronous focus group interviews: Practical considerations. *Qualitative Research*.  
<https://doi.org/10.1177/14687941221110161>

Zilembo, M. et Monterosso, L. (2008). Nursing students' perceptions of desirable leadership qualities in nurse preceptors: A descriptive survey. *Contemporary Nurse*, 27(2), 194-206.  
<https://doi.org/10.5172/conu.2008.27.2.194>