QANE AFI Quality Advancement in Nursing Education Avancées en formation infirmière

CASN ACESI

Vol. 12 | No. 1 (2026) Article 6

Piliers d'un modèle d'excellence dans la formation pratique des étudiantes infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne

Irene Sarasua, McGill University

Jérôme Ouellet, Healthcare Excellence Canada/Excellence en santé Canada

Michèle Desmarais, McGill University

Mylène Lévesque, Université de Sherbrooke

Beverley-Tracey John, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal

CC BY-NC-ND 4.0

Note de page couverture | Cover Page Footnote

Ce projet a été réalisé dans le cadre du programme FORCES d'Excellence en santé Canada et co-parrainé par le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et l'École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill. Nous souhaitons remercier Marie-Andrée Gaudreau, Serena Slater, Marcel Villeneuve, Bruce Campbell, Lynne McVey et Anita Gagnon pour leurs précieuses contributions. Nous tenons également à remercier les étudiant(e)s, les superviseur(e)s et les patient(e)s qui ont apporté des perspectives importantes à ce projet. | This project was conducted as part of Healthcare Excellence Canada's EXTRA Program and was co-sponsored by the Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal and McGill University's Ingram School of Nursing. We gratefully acknowledge the valuable contributions of Marie-Andrée Gaudreau, Serena Slater, Marcel Villeneuve, Bruce Campbell, Lynne McVey, and Anita Gagnon to this work. We would also like to thank the students, supervisors, and patients who contributed valuable insights to this project.

Offrir une formation clinique de qualité permet d'assurer la consolidation des compétences chez les personnes étudiantes, de soutenir la transition du rôle d'infirmière clinicienne[1] à celui d'infirmière praticienne spécialisée (IPS) et de favoriser l'adaptation à un environnement de pratique complexe et exigeant (Pleshkan, 2024). Pour ce faire, un stage de qualité est nécessaire à la formation des étudiantes IPS de première ligne (éIPSPL) et doit impliquer la préparation du milieu de stage (notamment la formation des superviseures) et celle des étudiantes, le soutien continu des superviseures afin non seulement d'instaurer un contexte d'apprentissage optimal pour les éIPSPL, mais également de favoriser la satisfaction, le recrutement et la rétention de superviseures de stage (Luimes, 2021).

Autrement dit, un stage de qualité offre un environnement propice à l'apprentissage, un encadrement adéquat et une exposition clinique permettant l'atteinte des objectifs d'apprentissage. À cet effet, les superviseures manifestent un intérêt pour la formation des éIPSPL et possèdent les compétences nécessaires pour les encadrer efficacement. Étant donné que les IPSPL offrent une vaste gamme de soins directs aux personnes de tous âges, dans des milieux de soins de santé variés (Association des infirmières et infirmiers du Canada, s. d.), les éIPSPL doivent avoir eu une exposition clinique large durant leur stage. Ceci implique des occasions d'interagir avec des patients aux profils variés et présentant des problématiques cliniques diverses, afin d'évaluer la santé de ces personnes et de planifier leurs soins. Ces patients refléteront une diversité d'âges, d'origines ethniques, de langues, de statuts d'immigration ou de résidence, de niveaux socio-économiques, d'orientations sexuelles et d'identités de genre, entre autres. Ils présenteront également une diversité de motifs de consultation, de manifestations cliniques et de comorbidités, permettant ainsi aux éIPSPL de développer des compétences adaptées à une pratique clinique inclusive et complète. Malgré tous les avantages d'un stage de qualité qui comprend une exposition clinique variée, aucun modèle n'était disponible pour guider ce projet d'amélioration continue de la qualité. L'objectif de cet article est de décrire un projet d'amélioration continue de la qualité visant le développement d'un modèle d'excellence en formation clinique des éIPSPL.

Milieux partenaires

Un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) au Québec, partenaire clinique d'une école universitaire de sciences infirmières du même réseau depuis la création du programme d'IPSPL, dessert une population de plus de 375 000 habitants, avec deux groupes de médecine familiale universitaire (GMF-U), 17 GMF et quatre centres locaux de services communautaires (CLSC). Même si celui-ci couvre une clientèle diversifiée, l'offre de places de stage aux éIPSPL demeurait insuffisante. Les partenaires ont fait de l'intégration des IPSPL un objectif stratégique, en s'assurant d'offrir une formation clinique alignée sur les compétences attendues que doivent développer les éIPSPL, dans le cadre de leur cursus universitaire, ainsi qu'un nombre suffisant de places de stage de qualité, afin d'augmenter le nombre de finissantes du programme IPSPL. Les partenaires visaient à pallier les deux problèmes suivants : 1) le manque d'IPSPL et de médecins ayant l'intérêt, les connaissances, l'expérience ou les compétences pédagogiques pour assurer la supervision clinique d'éIPSPL; et 2) le manque d'environnements éducatifs interprofessionnels favorisant la supervision clinique d'éIPSPL. Ces deux problèmes peuvent influencer la qualité de la formation clinique des éIPSPL, alors qu'elle permet la mise

[1] Notez que la forme du féminin se veut inclusive et est utilisée seulement pour alléger le texte, donc elle désigne autant les hommes que les femmes et les autres identités de genre pour les personnes superviseures et pour les personnes étudiantes.

en application des connaissances et habiletés acquises théoriquement, une étape importante dans le parcours universitaire des futures IPSPL (Pleshkan, 2024).

Au cours de l'été 2020, les partenaires ont créé une équipe de projet pour entreprendre le programme FORCES d'Excellence en santé Canada. L'équipe se composait d'une IPS, d'une superviseure de stage IPS, de la directrice des soins infirmiers (DSI), de l'adjointe à la DSI, de la gestionnaire des stages universitaires et de la directrice du programme IPS. Pour soutenir leur compétence en matière d'amélioration continue de la qualité, le programme a offert des webinaires à l'équipe de projet. Ces webinaires comportaient des contenus en lien avec la transformation des soins de santé (dont la formation) et le renforcement des capacités en matière de leadership en santé. Le programme FORCES s'inscrit dans une perspective pragmatique soutenant l'application des connaissances dans le cadre de la réalisation d'un projet d'amélioration continue de la qualité, selon l'approche proposée par Langley et al. (2009). L'objectif initial du projet était l'augmentation du nombre de places de stage de qualité pour les éIPSPL. Initialement, le problème a été défini en faisant un remue-méninge sur les causes sous-jacentes au nombre limité de places de stage mis à la disposition des éIPSPL. Outre une analyse approfondie des écrits, l'équipe a entrepris une analyse auprès des parties prenantes, soit, un processus permettant d'identifier, de comprendre et d'évaluer les intérêts, l'influence et les attentes des différentes personnes impliquées dans un projet ou une décision; cette analyse aide à anticiper les incidences, à gérer les relations et à favoriser une collaboration efficace (Chabot et al., 2024). Ainsi, les personnes qui pourraient exercer une influence dans les stages d'éIPSPL ont été recensées afin d'être consultées et informées du projet d'amélioration continue de la qualité. Parmi celles-ci se trouvaient les superviseures d'éIPSPL, des patients, des gestionnaires, des responsables de stage et des éIPSPL. L'équipe de projet a également réalisé un diagramme des forces mobilisatrices (Institute for Healthcare Improvement, s. d.). Ce dernier a notamment permis de mettre en lumière qu'il n'existe pas de « modèle d'excellence » ou de référence permettant d'évaluer spécifiquement la qualité des stages en formation clinique pour les éIPSPL.

Suivant ce constat, l'équipe de projet a décidé de scinder en deux phases le projet d'amélioration continue de la qualité. La première phase du projet, qui est présentée dans cet article, consistait à élaborer et à valider un modèle d'excellence pour la formation clinique en stage des éIPSPL, incluant la supervision clinique. La deuxième phase, qui est toujours en cours, consiste à mettre en place le modèle d'excellence dans différents milieux cliniques pour les stages des éIPSPL.

Contexte

Les IPS contribuent à l'amélioration de la santé des populations. Leur pratique est associée à la réduction d'hospitalisations non nécessaires (Mileski et al., 2020), à l'amélioration de l'accès aux soins de santé (Charalambous et al., 2024; Crowe et al., 2024; Mileski et al., 2020), au respect des pratiques exemplaires dans les équipes de soins (Audet et al., 2024), à la réduction de visites aux urgences (Dalgarno et al., 2025), à la diminution de la polypharmacie, à l'augmentation de la satisfaction des patients à l'égard des soins (Martin-Misener et al., 2015), à la diminution des coûts des soins de santé (Crowe et al., 2024; Roots et MacDonald, 2014; Sangster-Gormley et al., 2015) et à l'observance des patients à l'égard de leurs soins (Kinsey et al., 2022). Plus spécifiquement, les IPSPL sont depuis longtemps reconnues comme des acteurs clés dans l'amélioration de l'accès aux services de soins en première ligne, en particulier dans les zones rurales (Maier et al., 2017; Roots et MacDonald, 2014).

Au Québec, les IPSPL ont été intégrées pour la première fois dans le système de santé en 2007, année où le gouvernement du Québec a annoncé son soutien à la mise en place de 250 postes d'IPSPL avant 2015 (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2009). À l'automne 2008, l'école des sciences infirmières, qui a été l'une des premières à offrir cette formation, a accueilli sa première cohorte

d'étudiantes dans sa nouvelle concentration IPSPL. Partenaire clinique important de cette école, le GMF-U d'un des centres hospitaliers, faisant partie depuis 2016 du CIUSSS, a accueilli ses premières étudiantes IPSPL en stage à l'été 2010. En 2014, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (Cabinet du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017) a bonifié l'engagement antérieur du gouvernement en annonçant son objectif de 2 000 IPS rendu en 2025.

Formation de l'IPS au Québec

L'IPS détient une formation de deuxième cycle de 75 crédits qui comprend un volet théorique et un volet de pratique clinique (OIIQ, 2021). Dans les cinq spécialités d'IPS pratiquant au Québec,[2] un élément intégral de la formation est un stage clinique de 950 heures, équivalent à 6 mois à temps plein. Ce stage est supervisé par des IPS, des médecins ou des infirmières cliniciennes spécialisées expertes dans la spécialité concernée. Pour les éIPSPL, la supervision est généralement assurée, à différents moments, par des IPSPL et des médecins de famille, en fonction de leur disponibilité. La composante clinique de la formation des IPS, présente dans tous les programmes canadiens, est considérée comme fondamentale pour le développement d'un large éventail de compétences initiales et pour une transition de rôle efficace sur le lieu de travail (Association canadienne des écoles de sciences infirmières, 2012). Ainsi, la pertinence d'un tel modèle d'excellence repose sur la prémisse que l'intégration réussie des IPS, en tant que professionnelles de la santé autonomes qui exercent la totalité de leur champ de pratique, peut être influencée par les expériences éducatives cliniques, c'est-à-dire les stages. En effet, cette transition de rôle vers la pratique de l'IPS, dès le début de la formation, est un passage difficile qui peut être facilité par une formation clinique préalable de qualité (Pleshkan, 2024).

Méthode

La démarche d'amélioration continue, au sens de Langley et al. (2009), a pour fondements la systémique, la psychologie ainsi que les théories de la variabilité et de la connaissance. Elle comprend quatre étapes : 1) planifier; 2) réaliser; 3) étudier et 4) agir — qui, ensemble, sont itératives et cycliques. Chaque cycle d'amélioration continue comporte ces quatre étapes. Dans les paragraphes qui suivent, les étapes d'élaboration et de validation du modèle d'excellence sont présentées.

Collecte de données

Afin de répondre à l'objectif de développer un modèle d'excellence pour les stages des éIPSPL, une collecte de données a été réalisée. Dans un premier temps, une recension des écrits a permis de dresser un aperçu des obstacles et des facilitateurs à la formation clinique des éIPS. Les mots clés suivants ont été utilisés sur les bases de données CINAHL, PubMed et ERIC : recrutement, rétention, obstacles, facilitateurs, infirmière praticienne, stage, précepteurs, superviseures, capacités, compétences, développement professionnel et environnement. Le tableau 1 présente un résumé des facilitateurs et des obstacles soulevés dans la littérature[3] à l'égard de la formation clinique des éIPS (Alberti et Atkinson,

[2] Les cinq spécialités au Québec sont la néonatalogie, la santé mentale, les soins aux adultes, les soins pédiatriques et les soins de première ligne (OIIQ, 2021).

[3] Au moment du projet, la recension des écrits initiale comprenait des articles situés entre 2010 et 2020. Dans le cadre de cet article, nous avons mis à jour celle-ci avec des articles recensés entre 2020 et 2025. Nous avons constaté que les facilitateurs et les obstacles étaient similaires.

2018; Doherty et al. 2020; Lee et al., 2023; Minor et al., 2019; Pleshkan, 2024; Sroczynski et Dunphy, 2012; Staples et Sangster-Gormley, 2018; Todd et al., 2019; van der Biezen et al., 2017).

Tableau 1

Facilitateurs et obstacles de la formation clinique des IPS

Facilitateurs	**Obstacles**
Expérience de la superviseure	
Sentiment de compétence en tant que superviseure grâce à une formation en supervision (Lee et al., 2023; Minor et al., 2019)	Expériences préalables négatives en tant que superviseure (Minor et al., 2019)
Une autonomie et une flexibilité dans la supervision des étudiantes (Minor et al., 2019)	Sentiment d'être mal à l'aise ou incompétente dans son rôle de superviseure (Minor et al., 2019; Rothwell et al., 2021)
Partenariat avec l'université	
Un protocole d'accord formel avec l'université (Alberti et Atkinson, 2018)	Une bureaucratie institutionnelle/fonction administrative qui alourdit la charge de travail de la superviseure (Doherty et al., 2020)
Un bon contact et une communication efficace avec l'établissement et les étudiantes (Alberti et Atkinson, 2018; Minor et al., 2019)	
Un mandat professionnel pour former/superviser les étudiantes (Alberti et Atkinson, 2018)	
Temps accordé pour la formation	
Temps protégé pour la formation clinique afin de soutenir adéquatement le développement des compétences des étudiantes (Lee et al., 2023; Todd et al., 2019).	Manque de temps (Pleshkan, 2024; Rothwell et al., 2021)
	Charge de travail importante et des attentes en matière de « productivité » (c.-à-d. nombre de patients par jour) (Minor et al., 2019; Rothwell et al., 2021; van der Biezen et al., 2017)
	Trop d'étudiantes par rapport au nombre de superviseures disponibles (Minor et al., 2019; Staples et Sangster-Gormley, 2018)
	Fatigue (Pleshkan, 2024; Todd et al., 2019)

Reconnaissance de la superviseure	
Reconnaissance du développement professionnel offert par la supervision (Minor et al., 2019) Accès aux ressources de l'université (p. ex., activités de formation continue, conférences) (Todd et al., 2019)	Manque de rémunération (Alberti et Atkinson, 2018; Rothwell et al., 2021; Staples et Sangster-Gormley, 2018; Todd et al., 2019) ou de reconnaissance (Todd et al., 2019)
Exposition clinique pertinente	
Concordance de la personnalité et des expériences de la superviseure avec les éIPS afin de favoriser un environnement favorable à l'apprentissage tout en arrimant les besoins d'exposition clinique particuliers de chacune des étudiantes (Pleshkan, 2024)	Concurrence involontaire pour les sites cliniques entre les mêmes professions et les professions différentes (Pleshkan, 2024) Inadéquation entre les besoins d'apprentissage des éIPS et l'exposition clinique disponible dans le milieu de soins (Pleshkan, 2024) Manque d'espace physique pour la supervision (Doherty et al., 2020; Todd et al., 2019)

Cette recension des écrits a servi à élaborer un guide d'entrevue semi-dirigée (voir l'annexe A) avec la contribution de l'équipe de projet dans le but d'identifier les éléments clés d'une expérience de stage de qualité selon la perspective des éIPSPL, des superviseures de stage, des patients ainsi que des gestionnaires impliqués dans les stages des éIPSPL. Certaines entrevues ont été réalisées sur une base individuelle et d'autres en groupe. Les entrevues de groupe ont permis d'aborder les thèmes généraux tout en respectant le rythme des échanges entre les personnes (Savoie-Zajc, 2009). À cet égard, une entrevue semi-dirigée de groupe a été réalisée avec le comité d'implantation[4] qui impliquait des IPSPL, des gestionnaires, et des superviseures médecins. Deux autres entrevues semi-dirigées de groupe ont respectivement été tenues avec six superviseures (IPS et médecins) et sept éIPSPL. Finalement, trois entrevues semi-dirigées individuelles ont été menées auprès de patients ayant consulté une ou plusieurs éIPSPL. La durée des entrevues était de 45 à 75 minutes pour les superviseures et les éIPSPL, et de 30 minutes pour les patients. Le verbatim des entrevues a ensuite été retranscrit.

Considérations et démarches éthiques

Selon un outil fourni par le comité d'éthique de la recherche du milieu clinique où l'étude a été menée, ce projet répondait aux critères d'un projet d'amélioration continue de la qualité et ainsi ne requérait pas une évaluation par le comité d'éthique de la recherche. Néanmoins, les règles usuelles éthiques et déontologiques inhérentes à une conduite responsable en recherche ont guidé le processus

[4] Dans le cadre du programme FORCES d'Excellence en santé Canada, l'équipe de projet doit constituer un comité d'implantation qui sera responsable de la mise en œuvre de l'amélioration proposée; cela dans le but d'impliquer les acteurs qui expérimenteront le changement apporté et d'en faire des parties prenantes engagées.

de collecte de données. À cet égard, les personnes ayant participé au projet ont pu le faire sur la base d'un consentement libre, éclairé et continu, et ce, en se prévalant d'un droit de se retirer du projet d'amélioration continue à tout moment.

Analyse des données

Les données collectées ont fait l'objet d'une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2021), puis d'une organisation sous la forme d'un schéma de concepts (Wheeldon et Ahlberg, 2017).

Analyse thématique

L'analyse thématique constituait une méthode de choix, compte tenu de la nature des données qualitatives collectées ainsi que du but du projet, soit d'élaborer un modèle d'excellence de formation clinique des éIPSPL. Cette méthode permettait aussi de rester ancré près des propos des participants tout en recherchant les différents liens d'ordonnancement (c.-à-d. primaire, secondaire ou subsidiaire) entre les thèmes.

Conformément à la démarche que proposent Paillé et Mucchielli (2021), dans un premier temps, les membres de l'équipe du projet ont regroupé les données collectées selon leur origine avant de procéder à l'analyse. Les données collectées chez les superviseures de stage d'éIPSPL ont donc été regroupées ensemble, ainsi que les données recueillies auprès des patients, des éIPSPL, puis enfin du comité d'implantation. Au total, le corpus de données analysées comptait 50 pages de verbatim à interligne simple. Une fois le corpus de données organisé, trois des membres de l'équipe ont procédé individuellement à la thématisation. Chacun des membres a construit sa propre arborescence thématique en fonction de sa sensibilité théorique et expérientielle. Les trois membres de l'équipe ont réalisé une thématisation continue (Paillé et Mucchielli, 2021).

Une fois cette thématisation réalisée, l'ensemble des membres de l'équipe de projet s'est réuni pour discuter et comparer les thèmes relevés. Cette discussion a donné lieu à l'émergence de trois thèmes principaux correspondant aux phases du stage (pré, per et post) : 1) la préparation au stage, 2) l'expérience de stage, et 3) la rétroaction sur l'expérience de stage. Ces trois thèmes, mis en relation, décrivent le continuum de l'expérience de stage IPS, tant sous l'angle de l'éIPSPL que celui de la superviseure. Après avoir statué sur ces trois thèmes principaux par consensus, les analystes sont retournés au corpus de données pour poursuivre la thématisation. Une seconde rencontre a permis aux membres de l'équipe de projet de reprendre chacun des thèmes, à partir des relevés des thèmes des analystes, pour en discuter et procéder à l'examen en discursif des thèmes (Paillé et Mucchielli, 2021). Grâce à leur sensibilité théorique et expérientielle (Paillé et Mucchielli, 2021), les analystes ont été en mesure d'établir des liens entre les thèmes identifiés dans l'analyse des données et les connaissances relevées par la recension des écrits. L'analyse des données s'inscrivait dans une démarche itérative. Après avoir complété la thématisation, le relevé final des thèmes coproduit en équipe de projet a été utilisé pour réaliser l'étape suivante, soit la construction d'un schéma de concepts.

Schéma de concepts

Selon Wheeldon et Ahlberg (2017), le schéma de concepts constitue un outil puissant permettant à l'analyste d'aller au-delà du simple texte des verbatim afin de trouver le sens dans les propos tenus par les participants au projet. L'utilisation d'un schéma de concepts permet de faciliter le travail d'analyse en équipe tout en gardant la globalité et la richesse des thèmes identifiés (Wheeldon et Ahlberg, 2017). Ainsi, le schéma de concepts a permis aux analystes non seulement de discuter et de comparer les thèmes, mais également d'établir des connexions entre ceux-ci. Une fois le schéma de concepts complété,

l'équipe de projets s'est réunie de nouveau pour en discuter. Même si ce schéma illustrait globalement et de manière précise l'ensemble du continuum de stage des éIPSPL, visuellement, il demeurait relativement complexe à comprendre pour les moins expérimentés ou initiés avec l'ensemble de la démarche réalisée dans le cadre du projet. À la suite de cette discussion, il a été convenu de procéder à une étape subséquente de synthétisation des données sous la forme d'une modélisation (Le Moigne, 1999). C'est cette modélisation qui a été présentée par la suite, dans le retour aux acteurs (Savoie-Zajc, 2019).

Validation des analyses. La validation du modèle d'excellence recherché pour la formation clinique éIPSPL a été réalisée par l'équipe de projet au moyen d'une série de rencontres virtuelles avec des superviseures de stages et des éIPS. Sept superviseures et six éIPS ont participé aux rencontres virtuelles. Le but de validation était explicité au tout début des rencontres. Par la suite, le modèle était diffusé aux participantes avec une explication de chacune de ses composantes. Les participantes étaient ensuite invitées à donner leur avis tant sur le contenu que sur la forme du modèle. La rétroaction était captée en direct pendant les échanges. Les participantes pouvaient également faire parvenir par courriel leurs commentaires après la rencontre. L'ensemble de ce retour aux acteurs et de cette démarche avait pour but d'arriver à une « validité de signifiance » (Savoie-Zajc, 2019) pour l'enseignement et l'apprentissage en stage, au regard du modèle coconstruit. La validité de signifiance visait à s'assurer que ce que l'on dégage en matière de sens dans le processus d'analyse est cohérent avec la perspective des acteurs auprès desquels on a collecté les données ou, dans le cas qui nous occupe, auprès des personnes visées par l'amélioration continue que l'on tente de réaliser grâce au modèle.

Résultats

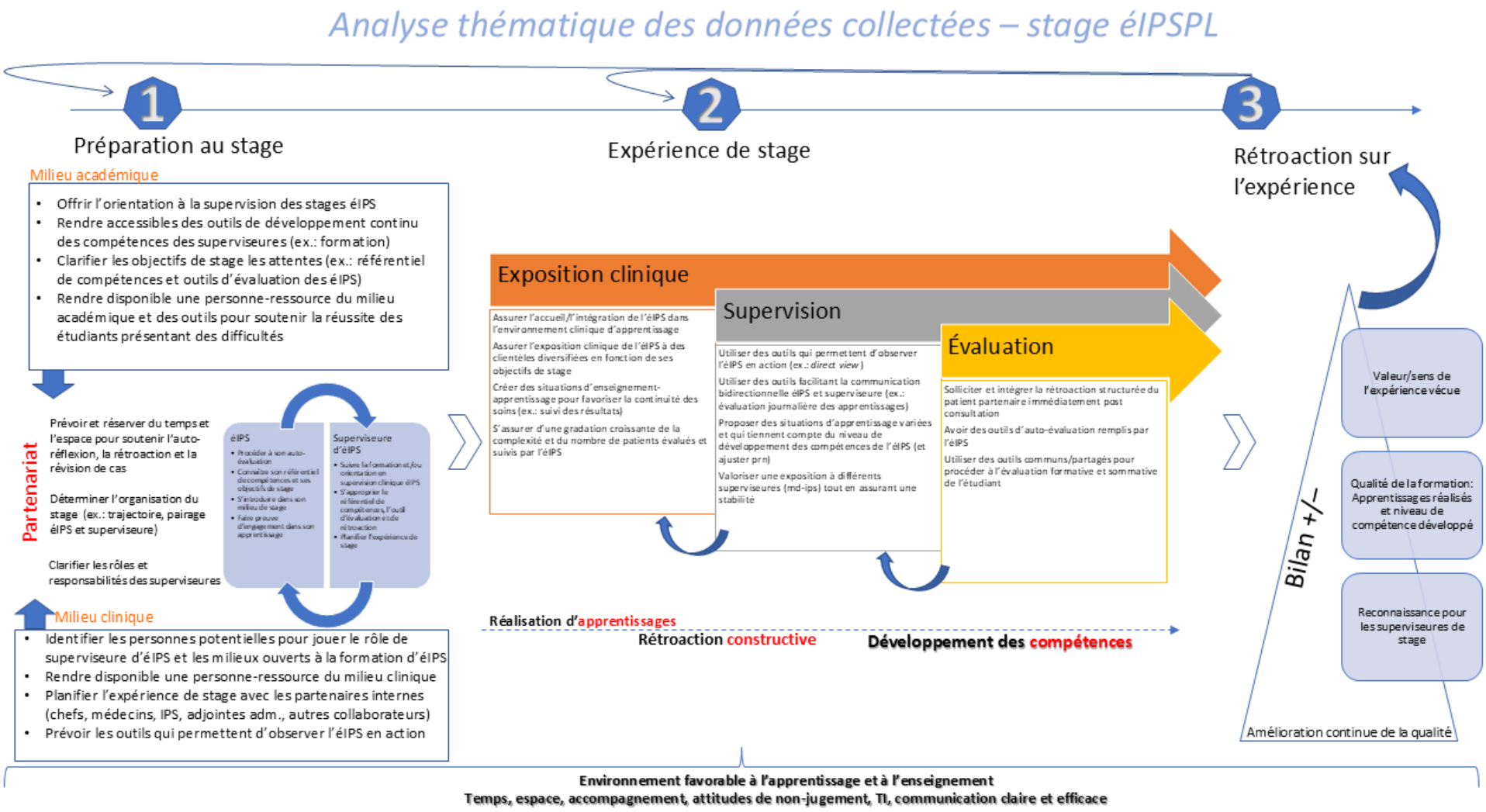
Dans cet article, les résultats du projet d'amélioration continue de la qualité se déclinent en deux parties. La première vise à présenter le schéma de concepts, couvrant le continuum de stage IPSPL élaboré à partir de l'analyse thématique réalisée à la suite des entrevues (voir la figure 1). Le schéma de concepts a permis d'illustrer et de mieux comprendre le continuum de stage IPSPL. La deuxième partie présente le modèle d'excellence élaboré à partir du schéma de concepts.

Schéma de concepts

L'élaboration du schéma de concepts (voir la figure 1) a commencé par la mise en relation des trois thèmes principaux repérés grâce à l'analyse thématique, à savoir : 1) la préparation au stage; 2) l'expérience de stage et 3) la rétroaction sur l'expérience de stage. Notez que l'évaluation fait référence à l'évaluation du développement des compétences de l'éIPSPL en stage sous forme formative ou sommative. Pour ce qui est de l'auto-évaluation, nous parlons ici de l'éIPSPL qui s'évalue elle-même par rapport au développement de ses compétences. Finalement, la rétroaction est une information qui est donnée ou reçue (c.-à-d., donnée par la superviseure ou le patient partenaire et reçue par l'éIPSPL) afin d'accompagner l'éIPSPL dans le développement de ses compétences.

Figure 1

Analyse thématique et schéma de concepts



1) Préparation au stage

Les résultats indiquent que la préparation du stage repose à la fois sur le milieu universitaire, le milieu clinique et sur un partenariat développé et soutenu entre ces milieux.

Le milieu universitaire doit accompagner les superviseures en leur fournissant une orientation à la supervision, en leur offrant des outils de développement professionnel continu et en clarifiant les objectifs et les attentes. Il doit également affecter une personne-ressource et offrir des outils pour soutenir la réussite des éIPSPL. Cette personne-ressource du milieu universitaire exerce un rôle de professionnelle de soutien aux superviseures et aux éIPSPL. Elle est également responsable de la planification de l'expérience de stage avec les partenaires internes du milieu de santé (p. ex., gestionnaires, médecins, IPS, adjointes administratives et autres collaborateurs). Cette planification de l'expérience implique de nombreuses fonctions. Elle participe, par exemple, à l'orientation de l'éIPSPL et de la superviseure clinique; elle apporte un soutien aux superviseures et aux éIPSPL durant le stage au moyen de visites régulières selon les besoins et de relances pour évaluer les progrès accomplis dans l'atteinte des objectifs et des compétences du cours; elle oriente les superviseures en expliquant les objectifs d'apprentissage, les attentes, les outils d'évaluation et les politiques et procédures pertinentes de l'université; elle apporte un soutien continu aux éIPSPL dans le développement de leurs compétences. Elle peut aussi soutenir de manière plus importante les superviseures lorsqu'une éIPSPL éprouve des difficultés d'intégration de ses apprentissages dans la pratique.

Pour sa part, le milieu clinique doit identifier les personnes qui pourraient être superviseures d'éIPSPL selon leur expérience, leurs disponibilités et leur clientèle en fonction de l'exposition clinique requise dans le parcours de l'éIPSPL, et les endroits prédisposés à former des éIPSPL. De plus, en partenariat, les milieux universitaires et cliniques doivent prévoir du temps pour soutenir l'autoréflexion, la rétroaction et l'examen de cas. Ils doivent également déterminer l'organisation du stage (p. ex., trajectoire et jumelage) et clarifier les rôles et responsabilités des superviseures. De leur côté, les éIPSPL ont la responsabilité de prendre un statut d'apprenant et de démontrer de l'ouverture dans leur auto-évaluation, de connaître le référentiel des compétences, de s'intégrer dans leur milieu de stage et de faire preuve d'engagement et de responsabilisation dans leur apprentissage.

Toujours dans le cadre de la préparation au stage, les superviseures d'éIPSPL ont la responsabilité de suivre la formation ou l'orientation en supervision clinique d'éIPSPL, de s'approprier le référentiel de compétences ainsi que les outils d'évaluation et de rétroaction. Par outils d'évaluation, on entend les documents utilisés pour évaluer les compétences de l'éIPSPL en stage, alors que les outils de rétroaction comprennent notamment un document qui permet aux superviseures de fournir de la rétroaction formative aux éIPSPL. En dernier lieu, ils doivent avoir du temps pour planifier l'expérience de stage.

2) Expérience de stage

L'expérience de stage comprend la réalisation d'apprentissages, qui, accompagnés d'une rétroaction constructive, conduisent à l'intégration des compétences. L'expérience de stage comporte trois maillons étroitement reliés les uns aux autres. Il s'agit de l'exposition clinique, la supervision et l'évaluation.

L'exposition clinique consiste à assurer l'accueil et l'intégration de l'éIPSPL dans l'environnement clinique d'apprentissage. Il est important de faire en sorte que les éIPSPL puissent évaluer des clientèles diversifiées et intervenir auprès d'elles. En outre, il est crucial de créer des situations d'enseignement-

apprentissage pour favoriser la continuité des soins (p. ex., suivi des résultats d'imagerie et d'analyses de laboratoire) et d'assurer une gradation croissante de la complexité et du nombre de patients évalués et suivis par l'éIPSPL.

En ce qui concerne la supervision pendant le stage, il s'avère impératif d'utiliser des outils permettant d'observer l'éIPSPL directement au travail, et de faciliter la communication bidirectionnelle entre les éIPSPL et les superviseures (p. ex., journal des apprentissages). Il est également judicieux de proposer des situations d'apprentissage variées qui tiennent compte du niveau de développement des compétences de l'éIPSPL et de valoriser une exposition à différentes superviseures (c.-à-d., IPS et médecins) tout en assurant une stabilité.

Quant à l'évaluation, il est essential de solliciter et d'intégrer la rétroaction de manière structurée à la suite de la consultation de patients. Il est aussi important d'avoir des outils d'auto-évaluation remplis par l'éIPSPL. Finalement, il est impératif d'utiliser des outils communs/partagés entre la superviseure et l'éIPSPL pour assurer l'évaluation formative et sommative.

3) Rétroaction sur l'expérience de stage

La rétroaction sur l'expérience de stage consiste essentiellement à réaliser un bilan des points forts et des points à améliorer par un examen rétrospectif du vécu en stage, autant du côté de l'éIPSPL que de la superviseure. Le premier élément du bilan consiste à poser un regard réflexif sur la valeur ainsi que sur le sens de l'expérience vécue par l'éIPSPL, ses superviseures et les patients. Le deuxième élément consiste à évaluer la qualité de la formation clinique au regard des apprentissages réalisés ainsi que du niveau de compétence développé par l'éIPSPL. Enfin, le troisième élément vise à valoriser la contribution des superviseures de stage par différents moyens (p. ex., activités/repas pour souligner l'excellence de leur travail). Dans un même ordre d'idées, l'ensemble du continuum de stage repose sur la création d'un environnement favorable à l'apprentissage et à l'enseignement (p. ex., temps, espace, accompagnement).

Élaboration d'un modèle d'excellence de formation clinique d'éIPSPL

Le schéma de concepts élaboré dans la phase d'analyse des données a permis d'identifier cinq piliers sur lesquels repose l'ensemble du continuum de stage IPSPL (figure 2). Ces piliers ont servi d'assises à l'élaboration du modèle d'excellence en enseignement clinique dans le cadre des stages des éIPSPL. Les cinq piliers sont : 1) le partenariat; 2) la diversité de l'exposition clinique; 3) le soutien et le perfectionnement des superviseures; 4) l'implication des patients dans la formation clinique des éIPSPL; et 5) une culture d'apprentissage fondée sur les forces et les données probantes. La figure 2 présente ces cinq piliers du modèle d'excellence en formation clinique des éIPSPL. C'est ce modèle pour lequel la démarche de validité de signifiance a été amorcée.

Figure 2

Modèle d'excellence en formation clinique des étudiantes infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne



Note. IPS = infirmière praticienne spécialisée. Reproduit avec autorisation. Lévesque, M., Sarasua, I., Ouellet, J. et John, B.-T. (2025). *Construire l'excellence dans la formation clinique des étudiantes infirmières praticiennes spécialisées en première ligne* [document inédit]. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal – Université McGill, p. 28.

Partenariat (CIUSSS – Université)

Le partenariat entre les milieux clinique et universitaire est ressenti comme étant essentiel dans la conception collaborative de l'expérience de stage des éIPSPL. Ce partenariat fait en sorte que les acteurs des différents milieux travaillent ensemble et apprennent à se connaître mutuellement, ce qui facilite le jumelage entre les superviseures de stage et les éIPSPL. Ce travail de collaboration, dans un contexte de rareté des ressources humaines et financières, constitue un excellent moyen de renforcer les capacités de l'ensemble des milieux clinique et universitaire dans les stages des éIPSPL. Dans ce partenariat, le

milieu clinique identifie les places de stage, les superviseures et les personnes-ressources, tandis que le milieu universitaire prépare les étudiantes à leur expérience de stage, fournit les documents d'appui à l'apprentissage, et désigne les personnes-ressources du milieu universitaire.

Diversité de l'exposition clinique

L'exposition clinique des éIPSPL doit être au diapason des besoins de santé des clientèles les plus vulnérables des communautés soignées afin de faciliter l'accès à des soins de qualité et adaptés. L'analyse des données a permis de mettre en évidence la pertinence de la contribution conjointe des IPSPL et des médecins à la formation clinique des éIPSPL, car selon ces dernières, les deux professionnels soutiennent de manière distincte le développement des compétences nécessaires à l'exercice du rôle d'IPSPL.

Soutien et perfectionnement des superviseures

En plus de développer et de rendre accessible une formation à l'intention des superviseures d'éIPSPL, les résultats mettent également en évidence l'importance d'évaluer leurs besoins de perfectionnement professionnel. Les résultats témoignent de l'importance de faciliter le réseautage des superviseures à l'aide de différents moyens, dont des communautés de pratique. Les superviseures d'éIPSPL ont également souligné leur besoin d'être soutenues dans le développement de leur capacité à donner de la rétroaction aux éIPSPL.

Implication des patients dans la formation des éIPSPL

L'expérience vécue dans le programme FORCES d'Excellence en santé Canada a conduit l'équipe de projet à réfléchir sur l'intégration des patients dans la formation des éIPSPL. Les données analysées ont mis en évidence que l'implication des patients trouve sa pertinence dans la rétroaction structurée après la consultation d'une éIPSPL. Par ailleurs, la superviseure de stage doit faciliter cette rétroaction.

Culture d'apprentissage fondée sur les forces et les données probantes

Le modèle de formation clinique des éIPSPL s'enracine également dans les valeurs de la philosophie des soins du CIUSSS et de l'école des sciences infirmières : Soins infirmiers fondés sur les forces (Gottlieb et Gottlieb, 2013). Ces valeurs misent sur l'utilisation et le développement des forces des individus ainsi que sur l'utilisation de résultats probants pour appuyer ses actions.

Discussion

Ce projet d'amélioration continue de la qualité a permis d'avoir une vision globale et intégrée des composantes essentielles dans une trajectoire de formation clinique de qualité des éIPSPL. Cette démarche a impliqué la schématisation de l'expérience du continuum de stage des éIPSPL, des superviseures facilitant leurs apprentissages en milieu clinique ainsi que la rétroaction fournie par le patient après une consultation.

La proposition d'un modèle d'excellence basé sur cette schématisation se veut enracinée dans la pratique et pose un jalon pertinent et nécessaire pour l'avancement de la formation clinique des éIPSPL et, éventuellement, la recherche en sciences infirmières. Les paragraphes qui suivent reprennent chacune des trois phases du continuum de stage issues de l'analyse thématique réalisée (figure 1) ainsi que les éléments connexes du modèle d'excellence (figure 2), en les mettant en perspective avec des écrits recensés.

Préparation du stage : un moment charnière pour le maillage entre les milieux cliniques et universitaires

Le modèle d'excellence met en évidence l'importance du partenariat entre les milieux cliniques et universitaires lors de la préparation du stage. Ceci s'explique par « la complémentarité entre l'apprentissage en milieu académique et l'apprentissage en milieu clinique » (Lechasseur, 2023, p. 2). Ce partenariat implique notamment d'offrir des outils de perfectionnement professionnel destinés aux superviseures (p. ex., formations en supervision) pour remédier au manque de formation qui s'avère un obstacle à un programme de stage de qualité. Il faut développer les compétences en supervision chez les superviseures (Rothwell et al., 2021). Plus précisément, Lechasseur (2023) souligne l'importance de développer de nouvelles compétences qui se regroupent en six catégories : disciplinaires et professionnelles, organisationnelles, relationnelles, cliniques et techniques, réflexives et, dernièrement, pédagogiques et didactiques. C'est pourquoi il est important de soutenir les superviseures en offrant des activités de développement professionnel continu afin de les préparer à ce nouveau rôle (Perryman, 2022) tout en renforçant le partenariat entre les milieux universitaire et clinique, et en favorisant la rétention des superviseures (Fincham et al., 2021).

Par ailleurs, l'analyse des verbatim a permis de mettre en évidence l'importance d'avoir une personne-ressource du milieu universitaire disponible et engagée, dès la planification des stages IPSPL, afin de soutenir les éIPSPL, entre autres lorsqu'elles éprouvent des difficultés, et les superviseures, au besoin, au bon moment. À cet égard, des auteurs ont relevé que le manque de soutien en clinique, de la part du milieu universitaire, constitue une barrière au recrutement de superviseures de stages (Germano et al., 2014; Webb et al., 2015). En fin de compte, ce manque de soutien est susceptible de compromettre ou de limiter le maintien ou l'expansion des programmes universitaires de formation d'éIPSPL et la qualité de leur formation clinique en stage; d'où l'importance d'une personne-ressource attitrée à ce soutien.

Toujours dans la préparation du stage, le partenariat clinique et universitaire permet de créer un espace favorisant les échanges quant à la clarification des rôles et des responsabilités des superviseures de stage et des éIPSPL. À cet égard, Pleshkan et al. (2024) soulignent que le manque de temps et les responsabilités supplémentaires des superviseures déjà fort occupées constituent un obstacle à l'apprentissage clinique. Autrement dit, le manque de temps des superviseures entrave potentiellement l'apprentissage des éIPSPL en stage. Par exemple, les superviseures peuvent manquer de temps pour offrir une rétroaction régulière (Pleshkan et al., 2024). Parallèlement, les éIPSPL ont un rôle actif à jouer dans la préparation de leur stage (Pleshkan et al., 2024). À titre d'exemple, l'analyse thématique réalisée dans le cadre de ce projet a fait ressortir l'importance de se préparer à son stage en faisant preuve d'engagement et en procédant à son auto-évaluation, ce qui corrobore les propos de Roberts et al. (2020) et de Pleshkan et al. (2024).

Dans un même ordre d'idées, tel que mentionné précédemment, les superviseures de stage doivent se préparer en suivant les formations en supervision clinique d'éIPS et les programmes d'orientation, et en planifiant le stage de l'éIPSPL. Comme présenté à la figure 1, la planification du stage de la part des superviseures implique aussi de s'approprier les outils d'évaluation et de rétroaction. Il est aussi important de prévoir les ressources nécessaires au bon déroulement du stage. Certains auteurs, tels que Pitts et al. (2019), ont mis à la disposition des superviseures des grilles clarifiant les attentes, à la fois pour les superviseures elles-mêmes et pour les milieux universitaires. Dans ces deux grilles, on retrouve les catégories suivantes : le développement de la trajectoire du stage, l'orientation de l'éIPS et de l'équipe de soins, l'expérience clinique, la communication, l'évaluation et la clôture de l'expérience clinique (Pitts et al., 2019). Bref, ces grilles pourraient être utiles à l'étape de la planification des stages des éIPSPL.

Expérience de stage : l'exposition clinique, la supervision et l'évaluation

L'expérience de stage se dépeint en trois thèmes majeurs, soit : 1) l'exposition clinique, 2) la supervision et 3) l'évaluation. Les résultats convergent avec la littérature en ce qui a trait à la nécessité d'assurer un accueil et une intégration des éIPSPL dans le milieu clinique (Nelson et Zimmerman, 2021). L'exposition à des situations et des clientèles variées est un incontournable dans le stage des éIPSPL (Fincham et al., 2021). L'analyse thématique a permis de dégager un élément important de l'exposition clinique qui n'a pas été identifié directement dans la littérature. Les données recueillies appuient l'importance de créer des situations d'apprentissage qui permettent aux éIPSPL d'assurer un suivi et la continuité des soins de leurs patients comme il est décrit dans le référentiel de compétences IPS de l'université (École des sciences infirmières Ingram, 2024). La gradation de la complexité et du nombre de cas est un élément clé pour l'atteinte des compétences des éIPSPL. Autrement dit, les éIPSPL assument graduellement de plus en plus de responsabilités liées à leurs compétences tout en assurant la gestion de l'ensemble de leurs patients, ce qui les amène à une pratique de plus en plus autonome (Nelson et Zimmerman, 2021).

Les superviseures ont un rôle important à jouer dans l'expérience de stage et le développement des compétences des éIPSPL. L'utilisation d'outils de communication et d'observation (p. ex., outil d'auto-évaluation) est essentielle, ce qui est conforme à la littérature (Barker et Pittman, 2010; Pitts et al., 2019). L'exposition à des situations de stages variées et qui correspondent au niveau de développement des compétences de l'éIPSPL est nécessaire pour la réalisation d'une expérience de stage réussie (Nelson et Zimmerman, 2021). Les résultats de la revue systématique de Pleshkan et al. (2024), comprenant 34 études, appuient d'ailleurs ce point. D'autres données collectées dans le cadre du projet d'amélioration continue soulignent l'importance de l'exposition à différentes superviseures, mais aussi à différents types de professionnelles superviseures. À cet égard, l'exposition à des superviseures médecins semble importante dans le développement de certaines compétences dont celle de la démarche diagnostique différentielle. La réalité contextuelle du milieu clinique québécois a possiblement permis de mettre en évidence l'importance de ce type de co-supervision IPSPL-médecin.

L'expérience de stage comprend l'évaluation des apprentissages. Trois thèmes majeurs sont ressortis à ce sujet. Conformément à la littérature, les données analysées ont montré l'importance d'utiliser des outils formatifs et sommatifs dans l'évaluation des éIPSPL (Barker et Pittman, 2010; Fincham et al., 2021). Les entrevues ont permis de mettre en évidence deux concepts importants que la recension des écrits n'a pas permis de valider. Premièrement, l'analyse soutient l'importance pour l'éIPSPL de faire une auto-évaluation de ses compétences durant et à la fin de son stage. De plus, les superviseures de stage ayant participé à une entrevue ont manifesté un intérêt pour l'inclusion de la rétroaction des patients dans l'évaluation de leur expérience avec les éIPSPL. De leur côté, les patients interrogés ont indiqué qu'ils souhaiteraient donner une rétroaction confidentielle dirigée aux éIPSPL en stage. Cet ajout de l'expérience patient à l'évaluation formative des éIPSPL pourrait être un atout important pour le développement des compétences des éIPSPL. Ce constat est cohérent avec la littérature indiquant que l'implication des patients partenaires est prometteuse pour enrichir l'expérience d'apprentissage des étudiants en soins de santé ainsi que leur compréhension des soins centrés sur le patient (Kostiuk et al., 2023).

En dernier lieu, la réalisation d'apprentissages, le développement de compétences et la rétroaction constructive sont importants tout au long de l'expérience de stage. La littérature montre que la rétroaction est essentielle dans l'exercice de la supervision (Barker et Pittman, 2010; Rothwell et al., 2021). Le développement cognitif, technique et professionnel de l'étudiante dépend de la rétroaction (Archer, 2010). La rétroaction est aussi identifiée comme un facteur de stress pour la superviseure (Barker

et Pittman, 2010). Le soutien au développement de cette compétence pour la superviseure est donc souhaitable (Rothwell et al., 2021). De plus, le style de rétroaction de la superviseure devrait être discuté avec l'étudiante avant le début du stage, car cette discussion rendrait la rétroaction plus facile à rédiger et à recevoir (Wilson, 2013).

Rétroaction sur l'expérience : créer du sens dans un environnement qui soutient l'apprentissage et le développement des compétences

La rétroaction sur l'expérience de stage s'inscrit dans un processus d'amélioration continue de la qualité de l'expérience de stage (Rowland et Trueman, 2024). Nos données confirment l'importance de donner un sens et de la valeur à l'expérience vécue par les parties. D'ailleurs, Todd et al. (2019) soutiennent que la reconnaissance des superviseures dans leur rôle est importante afin qu'elles se sentent valorisées et souhaitent devenir et demeurer superviseures. Parallèlement, dans les démarches d'amélioration continue de la qualité, il est important de s'attarder à la qualité de la formation afin de favoriser le développement des compétences des professionnels de la santé (Chabot et al., 2024). En effet, certains écrits soulignent l'importance que la formation clinique des éIPS soit basée sur le développement des compétences, et non sur la durée ou le nombre de jours de stage (Elvidge et al., 2024; Sroczynski et Dunphy, 2012).

La dernière partie de l'analyse thématique met en évidence que l'ensemble des trois phases du continuum de stage doit nécessairement se dérouler dans un environnement favorable à l'enseignement-apprentissage. La littérature démontre que le manque de temps et de communication claire et efficace sont des obstacles à la supervision clinique (Fincham et al., 2021; Pleshkan, 2024). À cet égard, des outils peuvent faciliter l'évaluation de l'environnement de stage. Par exemple, le *Clinical Learning Environment Inventory* propose une liste de 42 éléments permettant d'évaluer l'environnement actuel de stage (McQueen et al., 2018).

Plusieurs écrits appuient l'analyse thématique réalisée qui a été utilisée pour élaborer le schéma de concepts, puis le modèle d'excellence en formation clinique d'éIPSPL. La nouveauté de ce modèle réside dans l'intégration de l'analyse multiperspective et intersectorielle, appuyée par des écrits et une perspective pratique. À notre connaissance, un modèle aussi complet et intégrant l'expérience des parties prenantes est une innovation pour l'enseignement auprès des éIPSPL.

Limites du projet

Même si le modèle comporte certaines limites, il permet de regrouper de manière holistique les éléments clés nécessaires à une expérience de stage réussie tant de la perspective de l'éIPSPL que de celle de sa superviseure sans oublier l'apport de l'expérience du patient partenaire, dans un contexte donné. Le fait que le modèle ait été développé initialement dans un seul centre de santé le rend évidemment perfectible, car certains contextes dans d'autres milieux de soins pourraient être différents en matière de structures, de ressources et de processus inhérents aux stages des éIPSPL ainsi que de la supervision qui en découle. Néanmoins, les piliers que propose ce modèle peuvent servir d'assises d'un point de vue pédagogique et pratique. Les phases ultérieures prévues de mise à l'échelle du modèle permettront, par ailleurs, de potentiellement identifier d'autres limites du modèle et de continuer d'ajuster ce dernier, toujours dans une perspective d'amélioration continue de la qualité. En outre, le développement éventuel de projets de recherche visant à le valider scientifiquement pourrait aussi en améliorer sa crédibilité et ainsi contribuer à l'avancement des sciences infirmières, non seulement au plan de la formation, mais aussi de la recherche en formation infirmière, dans un contexte de pratique avancée.

Conclusion

Le modèle d'excellence développé et présenté dans cet article décrit les éléments clés et les personnes-ressources essentielles qui doivent être impliquées pour une expérience optimale de stage d'éIPSPL. Il met aussi en évidence l'importance d'une communication efficace entre les milieux clinique et universitaire, ainsi que la nécessité d'une formation et d'une préparation adéquates pour les superviseures et les éIPSPL.

Ultérieurement, il est prévu de poursuivre la validation du modèle (p. ex., tester le modèle). Par la suite, le modèle sera utilisé dans le milieu dans lequel il a été développé. Les étapes subséquentes à cette utilisation comprendront des cycles d'amélioration continue, ainsi qu'une mise à l'échelle du modèle selon la séquence suivante : 1) pour les éIPSPL dans les milieux autres que celui dans lequel le modèle a été développé; 2) pour les éIPS en santé mentale; 3) pour les éIPS en soins aux adultes et, plus largement, 4) pour les étudiantes en sciences infirmières et dans d'autres disciplines des professionnels de la santé. Un plan de diffusion et de communication sera également élaboré afin de faciliter la mise à l'échelle et à l'implantation à long terme du modèle.

Références

Alberti, H. et Atkinson, J. (2018). Twelve tips for the recruitment and retention of general practitioners as teachers of medical students. *Medical Teacher*, *40*(3), 227–230. https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1370082

Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2012). *Nurse practitioner education in Canada: National framework of guiding principles & essential components.* https://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINALNPFrameworkEN20130131.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (s. d.). *Infirmières et infirmiers praticiens*. https://www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee/infirmieres-et-infirmiers-praticiens

Archer, J. C. (2010). State of the science in health professional education: Effective feedback. *Medical Education*, *44*(1), 101–108. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03546.x

Audet, L.-A., Lavoie-Tremblay, M., Tchouaket, É. et Kilpatrick, K. (2024). Interprofessional teams with and without nurse practitioners and the level of adherence to best practice guidelines in cardiac surgery: A retrospective study. *Journal of Clinical Nursing*, *33*(11), 4395–4407. https://doi.org/10.1111/jocn.17117

Barker, E. R. et Pittman, O. (2010). Becoming a super preceptor: A practical guide to preceptorship in today's clinical climate. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, *22*(3), 144–149. https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00487.x

Cabinet du ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017, 26 mars). *2000 infirmières praticiennes spécialisées d'ici 2024-2025 pour donner des soins de santé* [communiqué de presse]. https://www.newswire.ca/fr/news-releases/2000-infirmieres-praticiennes-specialisees-dici-2024-2025-pour-donner-des-soins-de-sante-617124083.html

Chabot, C., Drolet, M., Gagnon, K., Laliberté-Gagné, J., Lévesque, M., Plouffe Malette, M., Poirier, M.-D. et Groulx, A. (dir.). (2024). *Énoncé de position sur l'amélioration continue de la qualité au Québec. Recommandations vers l'exemplarité*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. https://ssaquebec.ca/nouvelles/enonce-de-position-sur-lamelioration-continue-de-la-qualite-acq/

Charalambous, J., Hollingdrake, O. et Currie, J. (2024). Nurse practitioner led telehealth services: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, *33*(3), 839–858. https://doi.org/10.1111/jocn.16898

Crowe, S., Spence, B. G. et Colley, P. (2024). Enhancing orthopedic care: The impact of introducing nurse practitioners. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, *54*, 101123. https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2024.101123

Dalgarno, M., Halpin, K., Connell, L., Johnston, B. et Cooper, M. (2025). The impact of the district nurse advanced nurse practitioner role on the transformation of district nursing. *British Journal of Community Nursing*, *30*(2), 76–82. https://doi.org/10.12968/bjcn.2024.0017

Doherty, C. L., Fogg, L., Bigley, M. B., Todd, B. et O'Sullivan, A. L. (2020). Nurse practitioner student clinical placement processes: A national survey of nurse practitioner programs. *Nursing Outlook*, *68*(1), 55–61. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.07.005

École des sciences infirmières Ingram. (2024). *Nurse practitioner program competency framework* [document inédit]. Université McGill.

Elvidge, N., Hobbs, M., Fox, A., Currie, J., Williams, S., Theobald, K., Rolfe, M., Marshall, C. et Phillips, J. L. (2024). Practice pathways, education, and regulation influencing nurse practitioners' decision to provide primary care: A rapid scoping review. *BMC Primary Care*, *25*, Article 182. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02350-3

Fincham, S. J., Smith, T. et Purath, J. (2021). Implementation of an educational program to improve precepting skills. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, *33*(4), 331–337. https://doi.org/10.1097/jxx.0000000000000326

Germano, E., Schorn, M. N., Phillippi, J. C. et Schuiling, K. (2014). Factors that influence midwives to serve as preceptors: An American College of Nurse-Midwives survey. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *59*(2), 167–175. https://doi.org/10.1111/jmwh.12175

Gottlieb, L. N. et Gottlieb, B. (2013). *Strengths-based nursing care: Health and healing for person and family*. Springer Publishing Company.

Institute for Healthcare Improvement. (s. d.). *Driver diagram.* https://www.ihi.org/resources/tools/driver-diagram

Kinsey, A. M., Shaughnessy, K. et Horine, D. (2022). A nurse practitioner-led centralized lung cancer screening program. *The Journal for Nurse Practitioners*, *18*(10), 1062–1066. https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2022.08.029

Kostiuk, S., Winkler, L., Ha, C., Dalidowicz, M., Naylen Hobach, J., Obafemi, W., Cameron, A. et Press, M. (2023). Creating successful patient partnerships in healthcare education to potentially improve students' understanding of patient-centered care. *Journal of Professional Nursing*, *49*, 40–43. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2023.08.005

Langley, G. J., Moen, R. D., Nolan, K. M., Nolan, T. W., Norman, C. L. et Provost, L. P. (2009). *The improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance* (2e éd.). Jossey-Bass.

Lechasseur, K. (2023). *Supervision de stage en milieu clinique* (1e éd.). Chenelière Éducation.

Lee, G. A., Baker, E. E., Stewart, C. et Raleigh, M. (2023). Advanced practice and clinical supervision: An exploration of perceived facilitators and barriers in practice. *Journal of Clinical Nursing*, *32*(5–6), 780–788. https://doi.org/10.1111/jocn.16341

Le Moigne, J.-L. (1999). *La modélisation des systèmes complexes*. Dunod.

Lévesque, M., Sarasua, I., Ouellet, J. et John, B.-T. (2025). *Construire l'excellence dans la formation clinique des étudiantes infirmières praticiennes spécialisées en première ligne* [document inédit]. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal – Université McGill.

Luimes, J. (2021). Supporting preceptors of distance nurse practitioner students. *Teaching and Learning in Nursing*, *16*(2), 149–155. https://doi.org/10.1016/j.teln.2020.10.005

Maier, C., Aiken, L. et Busse, R. (2017). *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation*. OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en

Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., Reid, K., Kilpatrick, K., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., Kaasalainen, S., Marshall, D. A., Charbonneau-Smith, R. et DiCenso, A. (2015). Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: Systematic review. *BMJ Open*, *5*(6), e007167. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007167

McQueen, K. A., Poole, K., Raynak, A. et McQueen, A. (2018). Preceptorship in a nurse practitioner program: The student perspective. *Nurse Educator*, *43*(6), 302–306. https://doi.org/10.1097/nne.0000000000000498

Mileski, M., Pannu, U., Payne, B., Sterling, E. et McClay, R. (2020). The impact of nurse practitioners on hospitalizations and discharges from long-term nursing facilities: A systematic review. *Healthcare*, *8*(2), 114. https://doi.org/10.3390/healthcare8020114

Minor, S., Huffman, M., Lewis, P. R., Kost, A. et Prunuske, J. (2019). Community preceptor perspectives on recruitment and retention: The CoPPRR study. *Family Medicine*, *51*(5), 389–398. https://doi.org/10.22454/FamMed.2019.937544

Nelson, D. M. et Zimmerman, A. R. (2021). Empowering preceptors: Implementation of an orientation record. *Journal for Nurses in Professional Development*, *37*(1), 56–60. https://doi.org/10.1097/nnd.0000000000000715

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009). Les infirmières praticiennes spécialisées : un rôle à propulser, une intégration à accélérer – bilan et perspectives de pérennité. https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs1927767

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021). *L'infirmière spécialisée et sa pratique : lignes directrices*. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2529-ips-lignes-directrices-web.pdf

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5e éd.). Armand Colin. https://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782200631314

Perryman, K. W. (2022). Nurse practitioner preceptor education to increase role preparedness. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, *34*(5), 763–768. https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000702

Pitts, C., Padden, D., Knestrick, J. et Bigley, M. B. (2019). A checklist for faculty and preceptor to enhance the nurse practitioner student clinical experience. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, *31*(10), 591–597. https://doi.org/10.1097/jxx.0000000000000310

Pleshkan, V. (2024). A systematic review: Clinical education and preceptorship during nurse practitioner role transition. *Journal of Professional Nursing*, *50*, 16–34. https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2023.10.005

Roberts, L. R., Champlin, A., Saunders, J. S. D., Pueschel, R. D. et Huerta, G. M. (2020). Meeting preceptor expectations to facilitate optimal nurse practitioner student clinical rotations. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, *32*(5), 400–407. https://doi.org/10.1097/jxx.0000000000000304

Roots, A. et MacDonald, M. (2014). Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: A mixed methods study. *Human Resources for Health*, *12*, Article 69. https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-69

Rothwell, C., Kehoe, A., Farook, S. F. et Illing, J. (2021). Enablers and barriers to effective clinical supervision in the workplace: A rapid evidence review. *BMJ Open*, *11*(9), e052929. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052929

Rowland, E. et Trueman, H. (2024). Improving healthcare student experience of clinical placements. *BMJ Open Quality*, *13*(1), e002504. https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002504

Sangster-Gormley, E., Griffith, J., Schreiber, R., Feddema, A., Boryki, E. et Thompson, J. (2015). Nurse practitioners changing health behaviours: One patient at a time. *Nursing Management*, *22*(6), 26–31. https://doi.org/10.7748/nm.22.6.26.e1404

Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (p. 337–360). Presses de l'Université du Québec.

Savoie-Zajc, L. (2019). Les pratiques des chercheurs liées au soutien de la rigueur dans leur recherche : une analyse d'articles de *Recherches qualitatives* parus entre 2010 et 2017. *Recherches qualitatives*, *38*(1), 32–52. https://doi.org/10.7202/1059646ar

Sroczynski, M. et Dunphy, L. M. (2012). Primary care nurse practitioner clinical education: Challenges and opportunities. *Nursing Clinics of North America*, *47*(4), 463–479. https://doi.org/10.1016/j.cnur.2012.08.001

Staples, E. et Sangster-Gormley, E. (2018). Supporting nurse practitioner education: Preceptorship recruitment and retention. *International Journal of Nursing Sciences*, *5*(2), 115–120. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.005

Todd, B. A., Brom, H., Blunt, E., Dillon, P., Doherty, C., Drayton-Brooks, S., Hung, I., Montgomery, K., Peoples, L., Powell, M., Vanacore, D., Whalen, D. et Aiken, L. (2019). Precepting nurse practitioner students in the graduate nurse education demonstration: A cross-sectional analysis of the preceptor experience. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, *31*(11), 648–656. https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000301

van der Biezen, M., Derckx, E., Wensing, M. et Laurant, M. (2017). Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: A qualitative study. *BMC Family Practice*, *18*, Article 16. https://doi.org/10.1186/s12875-017-0587-3

Webb, J., Lopez, R. P. et Guarino, A. J. (2015). Incentives and barriers to precepting nurse practitioner students. *The Journal for Nurse Practitioners*, *11*(8), 782–789. https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2015.06.003

Wheeldon, J. et Ahlberg, M. (2017). Mind maps in qualitative research. Dans P. Liamputtong (dir.), *Handbook of research methods in health social sciences* (p. 1113–1129). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-10-2779-6_7-1

Wilson, A. (2013). Giving feedback to student paramedics in the clinical setting. *Whitireia Nursing and Health Journal*, (20), 19–23.

Annexe A : questionnaires d'entrevue

Questions pour le groupe de discussion des étudiant(e)s IPS

1. Selon vous, quels sont les éléments importants d'un excellent programme de stage IPS?
    a. Quels sont les éléments essentiels pour créer un bon environnement de stage?
    b. Quels sont les éléments essentiels permettant d'optimiser les apprentissages (c.-à-d., l'acquisition des compétences)?
    c. Quelles sont les caractéristiques d'un(e) excellent(e) superviseur(e) de stage?
    d. Comment décririez-vous une excellente expérience de stage?
2. Qu'est-ce qui faciliterait votre arrivée ou votre accueil dans un nouveau milieu de stage?
    a. Y a-t-il des façons particulières dont vous devriez être préparé(e) à un stage?
    b. Qu'auriez-vous aimé savoir avant de débuter votre stage ou en commençant votre stage?
3. Quels sont les plus grands défis rencontrés dans vos stages?
4. Comment envisagez-vous l'implication optimale des patients dans votre apprentissage en tant qu'étudiant(e) IPS?

Questions pour le groupe de discussion des superviseur(e)s

1. Quels sont, selon vous, les éléments importants d'un bon programme de stage pour les étudiant(e)s IPS?
2. Quels sont les éléments essentiels pour créer un bon environnement de stage?
3. Quels sont les plus grands défis rencontrés dans le stage des étudiant(e)s IPS (en termes d'accueil, en termes de qualité d'apprentissage) …
    a. Selon vous comme superviseur(e) de stages
    b. Selon vous comme administrateur(trice)
4. Qu'est-ce qui facilite l'accueil en stage des étudiant(e)s IPS dans votre milieu?
5. Qu'est ce qui faciliterait davantage l'accueil en stage d'éIPS dans votre milieu (prompteur : Vos attentes envers l'université? Vos attentes envers le CIUSSS?)
6. Selon vous, quel est le rôle d'une IPSPL et d'un ou d'une étudiant(e) IPS?

Questions pour les entrevues avec les patient(e)s

1. Vous avez récemment rencontré un ou une étudiant(e) IPS lorsque vous avez consulté :
    - Quelle a été votre expérience avec l'étudiant(e) IPS?
    - Quelles étaient vos attentes envers l'étudiant(e) IPS?
        - Ont-elles été satisfaites?
    - Quelles étaient vos attentes envers le ou la superviseur(e) de l'étudiant(e) IPS?
        - Ont-elles été satisfaites?

- Qu'avez-vous apprécié de cette expérience?
- Qu'est-ce qui pourrait être amélioré, selon vous?

2. Selon vous, comment les patient(e)s comme vous peuvent-ils ou elles contribuer à la formation :
   - des étudiant(e) IPS?
   - des professionnel(le)s de la santé (en général)?
3. Selon vous, comment devrions-nous intégrer les patient(e)s dans la rétroaction pour les étudiant(e)s?
4. Selon vous, quel serait l'élément le plus important que les étudiant(e)s IPS devraient apprendre pendant leur stage, afin de répondre à vos besoins et à vos attentes?
5. Dans la formation des professionnel(le)s de la santé, on parle souvent d'une culture de soins centrés sur le patient. Selon vous, que veut dire une « culture de soins centrée sur le patient »?