



Institut de recherche sur l'immigration et  
sur les pratiques interculturelles et inclusives

 Collège de Maisonneuve

# Pour une gestion quotidienne d'équipes d'infirmières culturellement diversifiées

20 mai 2015





Cette recherche a été menée par:  
l'Institut de recherche sur l'immigration et sur les pratiques interculturelles et inclusives (IRIPII).

Financé dans le cadre du programme d'aide à la recherche et au transfert – volet Innovation sociale  
(PART-IS-2014A013)



Institut de recherche sur l'immigration et  
sur les pratiques interculturelles et inclusives  
 Collège de Maisonneuve

Avec la participation financière de



Coordonnées de la personne responsable du projet dans l'établissement :

**Marianne Renard**  
Chercheure, IRIPI  
514-255-4444 poste 6353

Autres chercheurs qui ont participé au projet :

**Danic Ostiguy · Pascale Chanoux**  
**Marie-Hélène Gour · Thomas Gulian**

Coordonnées de la personne qui représente le partenaire :

**Andréanne Saucier**  
Directrice des soins infirmiers  
Centre universitaire de santé McGill  
514-934-1934 poste 45335



Institut de recherche sur l'immigration et  
sur les pratiques interculturelles et inclusives

 Collège de Maisonneuve

# Table des matières

Introduction	5
1. Description du problème à résoudre ou du défi à relever	7
2. Objectifs initiaux	9
3. Méthode utilisée et moyens retenus au regard du problème à résoudre ou du défi à relever	11
3.1. Co-construction des connaissances	12
3.2. Collecte des données	13
3.2.1. Les entrevues individuelles	13
3.2.2. Les groupes de discussion	13
3.3. Retour sur l'action et évaluation	14
4. Résultats atteints	15
4.1. Problématiques rencontrées dans l'intégration et le maintien en emploi des IDHC	15
4.1.1. Trois trajectoires d'obtention du titre professionnel	15
4.1.2. Les problématiques relatives à l'intégration et au maintien en emploi des IDHC	16
4.2. Les outils	19
4.2.1. Description des outils	19
5. Retombées du projet	23
5.1. Sur l'IRIPI	23
5.2. Sur l'enseignement et la formation	23
5.3. Sur le CUSM	24
5.4. Sur le milieu et les communautés	25
6. Stratégies de transfert réalisées	27
6.1. Les stratégies de transfert vers le CUSM	27
6.2. Les stratégies de transfert vers les autres centres hospitaliers montréalais	28
6.3. Les stratégies de transfert vers un public plus large	28
7. Conclusions du projet	29
Bibliographie	31



# Introduction

Ce rapport présente les résultats des activités menées par l'équipe de l'Institut de recherche sur l'intégration professionnelle des immigrants (IRIPI) en partenariat avec le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) dans le cadre d'une subvention de 30 mois obtenue au printemps 2012. La première partie du rapport rappelle brièvement le problème qu'il s'agissait de résoudre, ainsi que les objectifs du projet. Suivent une description de la méthode qui a été employée, puis une présentation des résultats obtenus. Enfin, les retombées du projet sont présentées, ainsi que les stratégies de transfert qui ont été mises en place pour les assurer.



# Description du problème à résoudre ou du défi à relever

Le secteur de la santé a des objectifs importants à atteindre en matière de qualité des services et d'accessibilité des soins, et les infirmières sont au cœur de sa capacité à le faire (Registered Nurses' Association of Ontario RNAO 2007: 10). De plus, ce secteur doit affronter un contexte de rareté de la main d'œuvre qui le pousse à se préoccuper de la rétention et de la contribution optimale de ses ressources humaines (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ASSSM 2010: 66-67). Une des réponses à ces différents enjeux passe par la création d'«environnements de travail sains» pour les infirmières (RNAO 2007: 10-16), dont la responsabilité incombe aux gestionnaires (Centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers 2010: 25-26). Ce secteur est par ailleurs confronté à une diversification culturelle accrue de sa main d'œuvre infirmière (OIIQ 2010: 1, Cagnet 2010: 255 et 2005: 8). Ce changement pose de nouveaux défis aux gestionnaires en termes de gestion de la diversité (Cornet et Warland 2008: 5-6, Gathers 2003: 14-15, Gavrancic *et al* 2009: 68-69).

Pourtant, des intervenants du secteur de la santé constatent une prise en charge faible (Weech-Maldonado 2002: 111) ou récente (Laflamme 2009, Lecoq 2009) de cette gestion de la diversité. Ainsi, à Montréal, elle consiste principalement en l'adoption de politiques par les établissements et en l'offre d'activités de sensibilisation aux gestionnaires de différents niveaux. On observe par ailleurs la mise en place de quelques mesures pour faciliter l'adaptation à la profession et en emploi des infirmières issues de l'immigration. Mais, aux yeux de plusieurs acteurs (Bauman *et al* 2006: 29, Raghuram 2007: 2247-2249, Baumann et Blythe 2009: 29) et étant donné les barrières<sup>1</sup> auxquelles ces infirmières font face, les milieux doivent aussi adapter leurs pratiques.

Pour des organisations comme le Centre universitaire de santé McGill (CUSM)<sup>2</sup>, il apparaît donc important que les gestionnaires soient accompagnées pour faire face à la diversification culturelle croissante de leurs ressources humaines. En effet, celles-ci sont appelées à répondre, au quotidien, aux exigences accrues d'efficacité et d'efficience demandées au réseau.

---

<sup>1</sup> Selon Baumann et Blythe (2009: 28-29), ces barrières sont liées aux différences d'ordre technologique, de culture professionnelle, d'interactions avec les patients et les collègues, en matière de langue et de vision de l'autonomie professionnelle.

<sup>2</sup> En mars 2010, le pourcentage le plus élevé (21,6 %) d'infirmières diplômées hors Québec exerçant dans la région de Montréal se retrouvait au CUSM (OIIQ 2010: 2).



# Objectifs initiaux

L'objectif général initial du projet était d'outiller les gestionnaires de premier niveau afin de favoriser l'intégration et le maintien en emploi des infirmières diplômées hors Canada (IDHC) au sein des départements de soins. Comme annoncé dans le rapport d'étape remis au ministère en mars 2014, le contact avec le milieu-utilisateur ainsi que les résultats préliminaires des entrevues de recherche ont permis de raffiner cette problématique. En effet, il est ressorti que les infirmières gestionnaires du CUSM disposent d'un éventail de ressources humaines qui les appuient dans leur rôle de leader auprès de leur unité, et que la responsabilité de l'intégration et du maintien en emploi des infirmières est donc partagée avec certaines professionnelles de leur équipe. Ces ressources forment, avec l'infirmière gestionnaire, les équipes de leadership. Au sein de ces équipes, on retrouve les infirmières éducatrices qui, par leur mandat de formation initiale et continue en emploi, jouent un rôle clé dans l'accueil et l'intégration de toutes les infirmières, dont celles formées à l'étranger. Dans ce contexte, un accompagnement efficace des gestionnaires doit considérer le travail de ces ressources, puisque celui-ci est une extension du rôle d'encadrement et de supervision de l'infirmière gestionnaire.

Ainsi, l'objectif général du projet est d'outiller les équipes de leadership afin de favoriser l'intégration et le maintien en emploi des infirmières diplômées hors Canada au sein des départements de soins du CUSM.

Les objectifs particuliers sont :

- recenser les situations problématiques rencontrées par les infirmières gestionnaires, les infirmières éducatrices et les IDHC dans l'intégration et le maintien en emploi de ces dernières;
- concevoir les outils permettant d'aplanir ces problématiques;
- faire évaluer par les preneuses de l'innovation, soit les équipes de leadership, les outils développés;
- améliorer les outils et les transférer à l'ensemble des infirmières gestionnaires du CUSM et à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> L'Agence de santé et services sociaux de Montréal (ASSSM) chapeautait un comité d'experts sur l'intégration des infirmières diplômées hors Canada dans les hôpitaux montréalais. L'Agence ayant fermé ses portes, le comité a été récupéré par l'organisation Recrutement Santé Québec, affilié au ministère de la santé et des services sociaux du Québec. C'est à travers ce comité que les résultats pourront être transférés à d'autres centres hospitaliers montréalais.



# Méthode utilisée et moyens retenus au regard du problème à résoudre ou du défi à relever

Rappelons que, pour faire des équipes infirmières des partenaires directs de la recherche et permettre « l’immersion du chercheur dans un contexte organisationnel » (Latiri Dardour 2006 : 137), une méthode de recherche-action (Goyette et Lessard-Hébert 1987 : 13, Lavoie, Marquis et Laurin 1996 : 26-31, Mayer et Ouellet 2000 : 288-289) a été utilisée, « basée sur l’actionnabilité des savoirs issus de celle-ci » (Schmitt 2005 : 6).

Rappelons aussi que le projet reposait sur des méthodes qualitatives : entretiens individuels semi-directifs avec des infirmières gestionnaires, des infirmières éducatrices et des IDHC, groupes de discussion avec des infirmières gestionnaires, ainsi qu’une analyse de documents (données secondaires). Les entretiens semi-directifs permettent aux acteurs de dresser un diagnostic des situations professionnelles dans lesquelles ils évoluent (Schein 1987 : 167) et sont l’occasion de réunir un maximum d’informations concrètes sur le quotidien des acteurs (Plane 2000 : 125-126). Les groupes de discussion ont des avantages (Leclerc et al 2011) dont celui d’être un moyen rapide de recueillir des idées et opinions, d’analyser des besoins et de tester des modalités d’intervention. Les données secondaires, complémentaires aux entretiens, sont utiles pour comprendre un discours par rapport à des faits, pour orienter en partie le contenu des entrevues avec les acteurs et pour trianguler les données (Wacheux 1996). Ces différentes méthodes s’avèrent pertinentes pour la conception d’outils adaptés à la réalité de travail des équipes de leadership.

Enfin, au-delà de la collecte de données qualitatives, la co-conception, avec le milieu utilisateur, de la recherche et des outils a reposé sur la création d’un comité de pilotage réunissant les chercheurs et des acteurs du milieu. Ce comité était chargé d’encadrer la recherche et de participer à ses activités principales : définition de la problématique et construction des indicateurs de résultats, orientation de la création des outils de collecte de données et pilotage de l’analyse et de la production des outils.

Il importe de préciser à ce stade que des éléments contextuels ont demandé une révision de certains aspects de la méthode en cours de projet, tel qu’annoncé dans le rapport d’étape déposé en mars 2014 au ministère.

- Le partenaire s’est vu imposé en 2012-2013 des compressions budgétaires importantes par le gouvernement du Québec. Celles-ci ont rendu son implication active difficile au début du projet, et ont conséquemment ralenti son démarrage.
- La personne responsable du projet a quitté l’IRIPI au printemps 2013, entraînant des délais dans la poursuite du projet.

- Le cumul de ces deux sources de délais a rapproché la fin du projet d'une échéance de premier ordre pour le CUSM : le déménagement de trois de ses hôpitaux au printemps 2015<sup>4</sup>. Ainsi, depuis 2014, les équipes du CUSM sont très prises par la planification et la coordination de ce déménagement d'envergure, ce qui a réduit leur capacité à s'impliquer dans ce projet.

Dans ce contexte, quelques ajustements ont dû être apportés à la méthode afin de s'assurer du succès du projet. Trois dimensions centrales de la méthode telle que mise en œuvre sont présentées ici avec les ajustements qui y ont été apportés, soit la co-construction des connaissances, la collecte des données et le retour vers l'action et l'évaluation.

### 3.1. Co-construction des connaissances

Le comité de pilotage était au cœur du principe de co-construction des connaissances dans le cadre du présent projet. Celui-ci était composé de sept personnes : une représentante du service des ressources humaines du CUSM, une professeure de la faculté des sciences infirmières de l'Université McGill, une infirmière gestionnaire et une infirmière éducatrice possédant une solide expérience auprès des IDHC, une IDHC et deux chercheurs de l'IRIPI. Son mandat était d'assurer un lien entre le travail conceptuel et le travail de terrain. En raison des éléments de contexte évoqués précédemment, le comité a été mis en place tardivement, et a éprouvé certaines difficultés à se réunir. Il s'est rencontré à quatre reprises au total, ce qui lui a tout de même permis d'avoir une contribution importante à plusieurs phases du projet. Il a permis à l'équipe de recherche d'échanger aux étapes clés avec une diversité de membres des équipes terrain, permettant ainsi la co-construction recherchée et assurant la pertinence des résultats du projet.

Date	Objet de la réunion
<b>6 décembre 2012</b>	Présentation de la recherche au comité partiel. Discussion des aspects éthiques. Précision de la problématique de recherche et de la méthode fine.
<b>23 novembre 2013</b>	Présentation de la recherche au comité complet. Présentation et discussion sur les canevas d'entrevue auprès des infirmières gestionnaires, des éducatrices et des IDHC.
<b>13 juin 2014</b>	Présentation et discussion autour 1) des résultats de l'analyse des entrevues individuelles 2) des pistes de création des outils préliminaires.
<b>10 mars 2015</b>	Présentation et discussion autour des outils finaux. Conclusion des activités du comité.

<sup>4</sup> Le 26 avril 2015, l'Hôpital Royal Victoria a déménagé au nouveau site Glen, qui rassemblera une partie importante des services du CUSM en un seul point de service. Le 24 mai, ce sera au tour de l'Hôpital de Montréal pour enfants, puis le 14 juin, d'une partie de l'Institut thoracique de Montréal et de l'Hôpital général de Montréal.

## 3.2. Collecte des données

### 3.2.1. Les entrevues individuelles

La première phase de la collecte des données a consisté en une série d'entrevues individuels semi-directifs menés auprès d'infirmières gestionnaires, d'infirmières éducatrices et d'IDHC. L'objectif de ces entrevues était d'identifier les problématiques rencontrées par les équipes infirmières et les IDHC dans l'intégration et le maintien en emploi de ces dernières. Vingt-trois (23) entrevues ont été menées à l'hiver 2014 avec dix infirmières gestionnaires, quatre éducatrices et neuf infirmières diplômées hors Canada (IDHC).

Une brève analyse sociodémographique montre que tous les sites du CUSM ont été représentés parmi les participants, à l'exception de l'Hôpital de Lachine, et avec une participation particulièrement forte à l'Hôpital Royal Victoria. De plus, le tableau suivant montre la répartition des IDHC en fonction de leur provenance géographique.

Région d'origine	IDHC
Afrique Subsaharienne	1
Asie	1
Moyen-Orient	5
Europe	2

On constate qu'il y a une concentration d'infirmières provenant de la même région du monde, le Moyen-Orient (5/9). Ceci semble s'expliquer par deux facteurs. D'abord, le CUSM a eu des expériences positives avec des infirmières provenant de cette région du monde. Ces infirmières semblent être particulièrement performantes au niveau clinique, tout en ayant une bonne connaissance du français et de l'anglais et en étant familières avec les méthodes de travail nord-américaines. Ainsi, depuis quelques années, une proportion grandissante des recrues IDHC du CUSM provient de cette région du monde. Ensuite, dans un contexte où la participation aux entrevues de recherche était entièrement volontaire, il semble que les infirmières de cette région aient été plus portées à accepter de participer que les autres. Provenant d'un environnement très axé sur l'amélioration des pratiques à partir de la recherche, on peut penser qu'elles ont un intérêt particulier envers ce type d'activités. Enfin, il est à noter que la majorité des IDHC rencontrées avaient suivi la même trajectoire d'intégration, soit le programme d'intégration professionnelle en milieu clinique.

### 3.2.2. Les groupes de discussion

La seconde phase de la collecte des données devait consister en deux rencontres d'un même groupe de discussion composé d'infirmières gestionnaires et d'infirmières éducatrices. La première avait pour objectif d'élaborer les premières pistes de création des outils préliminaires à partir des résultats

de l'analyse des entrevues individuelles, la seconde de permettre aux infirmières gestionnaires et aux infirmières éducatrices de réagir à leur première version.

Le recrutement pour ce groupe de discussion a été ardu. Bien qu'un courriel d'invitation ait été envoyé à 50 personnes, aucune réponse n'a été reçue. Après une relance, seules deux éducatrices se sont finalement montrées intéressées. La personne-ressource du projet chez le partenaire, qui a beaucoup contribué au succès du recrutement pour les entrevues individuelles, a cette fois exprimé son impuissance devant ce qu'elle a interprété comme la surcharge de travail des équipes de leadership à l'approche du déménagement de l'organisation. Devant ce constat et compte-tenu du besoin de recruter à nouveau dans le même bassin quelques mois plus tard pour les entrevues d'évaluation, il a été décidé que la conception des outils préliminaires s'appuierait sur le comité de pilotage, et que leur évaluation s'appuierait sur les entrevues d'évaluation. Les noms des deux personnes s'étant montrées intéressées à participer aux groupes de discussion ont été conservés pour les entrevues d'évaluation, essentielles pour s'assurer que les outils créés répondent aux besoins des équipes de leadership.

### **3.3. Retour sur l'action et évaluation**

Sept entretiens d'évaluation auprès d'infirmières gestionnaires et d'éducatrices ont été réalisés, afin d'évaluer la pertinence et la facilité d'utilisation des outils préliminaires. Une éducatrice a participé à l'évaluation et au développement des exemples de cas à travers trois entrevues répétées, tandis que trois autres éducatrices et une infirmière gestionnaire ont participé à une seule entrevue d'évaluation d'une heure chacune. Ces entretiens ont permis d'obtenir la rétroaction des preneuses de l'innovation sur les outils préliminaires, assurant ainsi la conception d'une version finale bien adaptée aux besoins du milieu-utilisateur.

# Résultats atteints

La méthode déployée a permis d'atteindre des résultats de deux ordres. D'abord, les problématiques rencontrées par les équipes infirmières du CUSM dans l'intégration et le maintien en emploi des IDHC ont pu être identifiées, problématiques jusque-là peu documentées au Québec. Ensuite, des outils préliminaires permettant de guider les équipes de leadership – et particulièrement les infirmières éducatrices – ont été développés et évalués par des membres des équipes infirmières, permettant ainsi la livraison d'outils conçus à partir d'une connaissance solide des problématiques rencontrées et bien adaptés au contexte de travail des preneuses de l'innovation.

## 4.1. Problématiques rencontrées dans l'intégration et le maintien en emploi des IDHC

Les entrevues menées auprès des infirmières gestionnaires, des infirmières éducatrices, et des IDHC ont permis de documenter des problématiques que rencontrent les équipes infirmières dans l'intégration et le maintien en emploi des infirmières diplômées hors Canada. Un survol des problématiques identifiées et sur lesquelles s'est appuyée la construction des outils vous est présenté ici. Mais d'abord, il convient de présenter la variété des types de trajectoire d'obtention du titre professionnel au sein desquels les IDHC peuvent naviguer au moment où elles s'intègrent aux équipes du CUSM.

### 4.1.1. Trois trajectoires d'obtention du titre professionnel

Le présent projet se concentre sur le cas des infirmières formées à l'étranger. Celles-ci ne sont pas les seules infirmières immigrantes, mais elles se démarquent des autres en ce qu'elles arrivent avec un diplôme en soins infirmiers provenant d'une autre région du monde, ainsi qu'avec les connaissances et pratiques en vigueur à cet endroit. Ainsi, pour se voir octroyer le droit de pratique complet et le titre d'infirmière autorisée au Québec, elles doivent suivre la trajectoire que leur prescrit l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). L'Ordre évaluera le dossier de chaque IDHC individuellement, et prescrira l'une des trois trajectoires possibles en fonction de l'équivalence de la formation reçue, de l'expérience acquise et des accords bilatéraux en vigueur. Les trois trajectoires possibles sont les suivantes : 1) l'arrangement de reconnaissance mutuelle France-Québec (ARM) 2) le programme d'intégration professionnelle en milieu clinique 3) le programme d'intégration professionnelle en milieu collégial.

Les étapes à franchir pour obtenir le titre professionnel diffèrent d'une trajectoire à l'autre, de même que les étapes d'intégration dans le milieu de travail. Par exemple, les infirmières se voyant prescrire la trajectoire de reconnaissance à travers les ARM s'intégreront dans leur milieu professionnel à travers un stage d'adaptation professionnelle d'une durée de soixante-quinze jours. De leur côté, les infirmières se voyant prescrire la trajectoire numéro 3, soit le programme d'intégration en milieu collégial, arriveront dans leur milieu professionnel avec le statut de Candidate à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI), soit le même statut que les diplômées récentes en soins infirmiers du Québec.

Par ces mécanismes, la trajectoire de chaque IDHC a donc des répercussions sur le contexte dans lequel elle s'intégrera en milieu de travail, et donc au CUSM.

#### **4.1.2. Les problématiques relatives à l'intégration et au maintien en emploi des IDHC**

Les problématiques relatives à l'intégration et au maintien en emploi des IDHC ont été extraites de l'analyse des entrevues individuelles menées auprès des infirmières gestionnaires, des infirmières éducatrices et des IDHC à l'hiver 2014. Deux thèmes principaux sont ressortis de l'analyse comme étant des problématiques sur lesquelles la construction des outils pouvait s'appuyer : les différences internationales au niveau de la pratique infirmière et les trous dans la chaîne d'information relative à la présence des IDHC dans l'établissement. Elles vous sont successivement présentées ici.

##### **Les différences internationales au niveau de la pratique infirmière**

Les différences au niveau international dans la pratique des soins infirmiers ressortent dans la littérature scientifique sur l'intégration des infirmières formées à l'étranger comme une source de difficultés dans l'intégration de ces infirmières (Primeau, 2010). Entre autres, la compréhension et l'intégration du rôle de l'infirmière dans le pays d'accueil est un défi important. Nos résultats montrent que le rôle de l'infirmière au CUSM, et donc le type de comportements qu'on attend de sa part, sont relativement uniformes d'une unité et d'un centre hospitalier à l'autre, mais différent de celles existant dans plusieurs autres milieux de soins, au Canada comme ailleurs dans le monde. Certaines infirmières diplômées hors Canada et infirmières gestionnaires rencontrées ont mentionné ces différences comme ayant été à la source de défis d'intégration pour des IDHC. Selon nos résultats, les caractéristiques de la pratique infirmière attendue au CUSM qui posent le plus de difficultés pour les IDHC sont les suivantes :

- *Le niveau d'autonomie*  
Il est attendu que l'infirmière prenne des initiatives pour assurer la sécurité de son patient et défende les intérêts de celui-ci devant les autres professionnels.
- *La prévalence relativement faible des protocoles*  
Il est attendu que l'infirmière détermine les soins à prodiguer à partir de son évaluation de la situation, contrairement à certains milieux de pratiques où l'infirmière agit systématiquement en fonction de protocoles.
- *Les interactions infirmières-médecins*  
Il est attendu que l'infirmière contacte au besoin directement le médecin pour lui poser une question ou lui faire part d'une préoccupation par rapport au traitement du patient.
- *La relation avec le patient et sa famille*  
Il est attendu que l'infirmière montre de l'intérêt, de l'empathie et de la compassion pour le patient et sa famille, ainsi que de la considération pour leurs volontés et besoins.

Le manque d'autonomie d'une infirmière, et ce qui peut être perçu comme son manque d'intérêt ou d'empathie envers les patients, sont les éléments qui semblent poser défi le plus souvent.

Une infirmière qui n'arrive pas à développer l'autonomie attendue peut devenir un poids dans la gestion de l'unité, auquel cas l'équipe de leadership se sent souvent impuissante dans ses efforts pour aider l'infirmière à atteindre les objectifs. Les résultats suggèrent toutefois que, parfois, une incompréhension mutuelle au niveau des variations dans la définition du rôle de l'infirmière interfère dans le processus d'intégration de l'IDHC. Par exemple, une infirmière qui excellait au niveau des connaissances techniques mais qui n'échangeait aucunement avec les patients a suscité des commentaires comme ceux-ci : « on ne comprenait pas, elle était une très bonne infirmière, avec de bonnes connaissances, mais elle ne s'intéressait pas au patient. Pourtant, c'est la base de notre profession ça, s'intéresser aux patients, sur le plan humain, prendre soin ». Or, il est ressorti des entrevues avec les IDHC que dans certains milieux de pratique, être infirmière consiste en prodiguer des soins sans interagir avec le patient, ce volet étant réservé à d'autres professionnels de la santé. Ce type de différences dans la pratique des soins infirmiers et dans le rôle de l'infirmière sème ainsi parfois une subtile confusion, les membres de l'équipe de leadership n'étant pas nécessairement conscients de l'ampleur du décalage entre le rôle de l'infirmière tel qu'ils le conçoivent, et celui qui correspond à la formation initiale qu'a reçue l'IDHC. Certains membres des équipes de leadership rencontrés ont souligné l'importance d'avoir une bonne compréhension de ce décalage.

Un autre aspect des différences de pratique qui pose des défis est la comparaison que plusieurs IDHC ont tendance à faire ouvertement entre les façons de faire du CUSM et celles de leur contexte de travail précédent. Ces comparaisons peuvent irriter l'entourage professionnel de l'IDHC et entraîner des tensions dans les équipes. Notons toutefois que certaines gestionnaires ont réussi à faire des différences exprimées à travers ces comparaisons un moteur pour l'amélioration des pratiques sur leur unité. Dans ces cas, la venue d'IDHC a dynamisé l'unité dans son ensemble.

Notons aussi que les différences de pratique peuvent au contraire être appréciées par les IDHC et devenir un facteur de motivation à s'intégrer, voire de fierté. Par exemple, pour certaines, un niveau plus élevé d'autonomie est très apprécié et stimulant. D'autres voient d'un très bon œil le modèle McGill qui intègre la famille dans les soins, alors qu'elles viennent de milieux où la famille est moins considérée. Aussi, certaines sont habituées à une charge de travail plus élevée et apprécient donc les conditions de travail qu'on leur offre.

Il est important de souligner que, par l'environnement de travail qu'il offre, le CUSM aplanit plusieurs difficultés liées aux différences de pratiques. Ainsi, les outils créés ont pu s'appuyer sur les défis identifiés, mais aussi sur les bonnes pratiques déjà en place, à formaliser. D'abord, contrairement à d'autres milieux hospitaliers, le CUSM reconnaît l'expertise des infirmières formées à l'étranger en les recrutant pour travailler directement dans leur champ de spécialité. Ainsi, l'IDHC se sent d'entrée de jeu relativement à l'aise, puisque son expérience du type de soins à prodiguer vient compenser dans une certaine mesure sa méconnaissance des processus de travail locaux. De plus, les infirmières d'expérience étant une denrée rare dans certaines spécialités, l'IDHC peut devenir une ressource importante et attendue, ce qui l'aide à établir sa crédibilité face à ses pairs et l'équipe de leadership.

Ensuite, une forte culture d'apprentissage et de développement professionnel semble prévaloir au CUSM. Celle-ci s'exprime entre autres à travers des ressources mises en place pour permettre aux

infirmières de comprendre et d'intégrer ce qu'on attend d'elles. Selon nos résultats, les ressources les plus importantes pour les IDHC sont la période de préceptorat de 5 à 6 semaines pendant laquelle la préceptrice est entièrement libérée pour accompagner la nouvelle infirmière, la disponibilité de la préceptrice qui est maintenue sur le même horaire de travail une fois la période de préceptorat terminée, et la présence des éducatrices.

Enfin, le CUSM aplanit aussi les différences de pratique dès la sélection, en allant chercher, lorsque c'est possible, des infirmières formées à l'étranger dont la formation, l'expérience et les langues maîtrisées se marient naturellement bien avec le profil recherché au CUSM. Selon nos résultats, ces infirmières s'intègrent en général très bien.

Toutefois, malgré ces mécanismes qui aplanissent les difficultés liées aux différences de pratiques, plusieurs membres des équipes de leadership rencontrés ont exprimé le besoin d'en savoir plus sur le contexte de soins auquel les IDHC qu'ils accueillent sont habituées. Par exemple, elles ont rarement suffisamment d'informations pour interpréter le comportement de l'IDHC à la lumière de son bagage réel, et ainsi contribuer plus efficacement à l'aider à s'adapter aux exigences de son nouvel environnement de travail. Il y avait là une base d'intervention pour les outils à concevoir.

### **Les trous dans la chaîne d'information**

Le parcours et les besoins de formation et d'accompagnement des IDHC diffèrent en plusieurs points de ceux d'une infirmière formée au Québec. Pour les infirmières éducatrices, l'arrivée d'une IDHC sur leur département demande donc des ajustements. Pour être en mesure de réaliser efficacement ces ajustements, les infirmières éducatrices ont entre autres besoin d'une grande quantité d'informations relatives au parcours, aux besoins, et aux spécificités des IDHC. On appelle ici ces informations la «chaîne d'information». Les résultats issus de l'analyse des entrevues individuelles démontrent que, si les infirmières éducatrices du CUSM possèdent une certaine quantité d'informations sur les IDHC, plusieurs trous persistent dans cette chaîne d'information.

Les principaux thèmes sur lesquels l'information est manquante sont les suivants :

- *Le statut de l' IDHC selon sa trajectoire auprès de l'ordre et le moment où elle arrive au CUSM*
- *Les modalités du programme d'intégration professionnelle relativement :*
  - aux ressources financières et humaines nécessaires
  - aux exigences de l'OIIQ
  - aux exigences de l'organisation
- *L'endroit où on peut trouver les textes que l'IDHC doit lire pendant son programme d'intégration professionnelle*

L'équipe de leadership a accès à plusieurs de ces informations en ligne, mais leur recherche est coûteuse en temps et en énergie, qui plus est dans le contexte de charge de travail élevée du secteur de la santé. La transmission systématique d'une information structurée permettrait de libérer du

temps à ces équipes, leur permettant ainsi peut-être d'en investir davantage dans le suivi direct des progrès de l'IDHC.

Ces résultats nous éclairent sur certains défis rencontrés par les équipes infirmières dans l'intégration des IDHC aux unités du CUSM. Plusieurs des défis ressortis rejoignent ceux cités dans la littérature scientifique internationale portant sur l'intégration professionnelle des infirmières formées à l'étranger. Notons toutefois qu'il est aussi ressorti que des caractéristiques de l'environnement de travail du CUSM semblent aplanir certaines de ces difficultés, notamment la culture de développement professionnel, certaines politiques de ressources humaines, le caractère multiethnique du personnel et des patients, et le caractère bilingue de l'environnement. L'ensemble de ces résultats a servi de base à la conception des outils.

## **4.2. Les outils**

### **4.2.1. Description des outils**

Les résultats issus des entrevues individuelles ont posé les bases des outils préliminaires. Ceux-ci devaient répondre à deux besoins principaux : favoriser le dialogue entre l'IDHC et l'infirmière éducatrice au niveau des différences de pratiques, et fournir une information claire, complète et facilement accessible aux infirmières éducatrices relativement aux éléments identifiés. Pour répondre à ces besoins, un processus d'accompagnement de l'infirmière éducatrice dans la formation de l'IDHC a été conçu. Celui-ci comprend sept outils, dont chacun est décliné en trois versions référant à chacune des trois trajectoires possibles des IDHC. Ainsi, un processus complet de formation de l'IDHC est proposé aux équipes de leadership. Afin de faciliter l'utilisation du processus de formation proposé, un exemple de cas est proposé pour chacune des trois versions du processus. Les cas fictifs qui servent à illustrer l'utilisation des outils ont été créés à partir des résultats de recherche.

#### **4.2.1.1. Processus de formation d'une IDHC**

Cet outil sert d'introduction aux suivants, en présentant la démarche qui est proposée. Il fait le lien entre les différents outils, et donne la marche à suivre pour les utiliser. De plus, on y énonce quelques recommandations tirées des bonnes pratiques ressorties des entrevues de recherche.

La démarche proposée consiste essentiellement en l'établissement d'un dialogue entre l'IDHC et l'infirmière éducatrice afin de permettre une évaluation personnalisée des besoins de formation de l'IDHC au regard de ses expériences antérieures et des exigences du département où elle a été embauchée. Ce dialogue permet aussi à l'infirmière éducatrice de mieux comprendre les références et les habitudes de pratique infirmière de l'IDHC, ce qui l'aidera à l'accompagner dans ses apprentissages. Enfin, le dialogue permet à l'IDHC d'acquérir une meilleure compréhension des comportements qui sont attendus de sa part. Une fois les besoins personnalisés de formation identifiés, ils sont reportés dans une proposition de calendrier de formation, et font l'objet d'un suivi hebdomadaire à l'aide d'une fiche de suivi.

À cette démarche encadrée par quatre outils s'en ajoutent trois autres, qui visent à aider l'infirmière éducatrice à mieux comprendre la trajectoire d'intégration que doit suivre l'IDHC. Ces derniers outils répondent aux besoins liés à la chaîne d'information.

#### **4.2.1.2. Schéma général des trajectoires**

Ce schéma vise à combler un trou dans la chaîne d'information en présentant simplement et schématiquement les trois trajectoires possibles des IDHC pour accéder au titre d'infirmière autorisée : par les Arrangements de reconnaissance mutuelle France-Québec, par le programme d'intégration professionnelle en milieu clinique, et par le programme d'intégration professionnelle en milieu collégial. Les infirmières éducatrices sont souvent très confuses relativement à ces trajectoires, alors même que celles-ci influencent la façon dont elles doivent intervenir auprès de l'IDHC qu'elles accueillent. Ce tableau, qui résume l'information essentielle, les aide à comprendre pourquoi toutes les IDHC n'ont pas le même statut, et par quelles étapes chacune doit passer. L'infirmière éducatrice peut ainsi mieux les accompagner à travers leur processus de formation et d'intégration.

#### **4.2.1.3. Schéma spécifique des trajectoires**

Ces schémas, qui sont au nombre de trois, présentent chacun spécifiquement une des trois trajectoires-type. Ils précisent les étapes à parcourir pour obtenir le titre d'infirmière en suivant cette trajectoire, mais aussi les statuts professionnels et les responsabilités de l'infirmière éducatrice correspondant à chacune de ces étapes. Cet outil vise aussi à combler un trou dans la chaîne d'information.

#### **4.2.1.4. Identification de la trajectoire qui s'applique à l'infirmière**

La démarche de l'infirmière éducatrice auprès de chaque IDHC doit débuter par l'identification de la trajectoire-type que suit l'infirmière. Il est ressorti des résultats que les équipes de leadership ne font souvent pas de différence entre les infirmières issues de l'immigration formées au Québec, et celles formées à l'étranger. Cet outil vise donc à aider l'infirmière éducatrice à identifier la trajectoire suivie par l'IDHC dont elle est en charge, pour ainsi mieux pouvoir l'accompagner dans son processus de formation et d'intégration.

#### **4.2.1.5. Grille d'évaluation des besoins de formation**

Cet outil est au cœur du dialogue à établir entre l'infirmière éducatrice et l'IDHC sur les différences de pratiques dans les soins infirmiers. Il consiste en une grille à remplir par l'infirmière éducatrice, dans un processus d'échange avec l'IDHC. Cette grille permet de situer les principales caractéristiques de la pratique infirmière telle que pratiquée sur l'unité où doit s'intégrer l'IDHC, en plus d'évaluer à quel point ces pratiques diffèrent de ce à quoi est habituée l'IDHC. Ainsi, cette dernière est invitée à expliquer brièvement le type de pratiques avec lequel elle est familière relativement à des éléments clés (division du travail, travail d'équipe, matériel et équipements, productivité demandée, type de soins prodigués, etc.). L'infirmière éducatrice peut ensuite évaluer l'écart à combler entre les références de l'IDHC et les pratiques locales, et ainsi cibler les points névralgiques de la formation qu'elle doit lui donner.

Administrée en début de formation en emploi, cette grille permet d'accorder dès le départ de l'attention aux éléments qui risquent d'être plus difficiles à assimiler pour l'IDHC, permettant ainsi que les ressources allouées à la formation soient utilisées de façon optimale dès le départ.

#### **4.2.1.6. Calendrier du programme d'intégration professionnelle**

Une fois les besoins prioritaires de formation identifiés, ils peuvent être reportés au calendrier du programme d'intégration professionnelle. Celui-ci aide les infirmières éducatrices à planifier un programme d'intégration qui soit complet et personnalisé tout en leur faisant gagner du temps en leur fournissant un canevas. Cet outil est adapté d'un outil développé par une infirmière éducatrice du CUSM.

#### **4.2.1.7. Fiche de suivi du programme d'intégration professionnelle**

Enfin, une fiche de suivi a été conçue afin de formaliser le suivi des apprentissages de l'IDHC. Cela permet à l'infirmière éducatrice d'ajuster rapidement les activités de formation aux difficultés et apprentissages de l'IDHC, permettant encore une fois à cette dernière de profiter pleinement des ressources investies dans sa formation. La fiche de suivi permet aussi de formaliser la rétroaction donnée à l'IDHC, rétroaction qui est d'autant plus importante quand les références de pratiques sont différentes. Enfin, la fiche de suivi facilite l'évaluation finale du programme d'intégration professionnelle en milieu clinique, puisqu'elle reprend plusieurs des éléments de la grille d'évaluation de l'OIIQ.

### **4.2.2. Résultats de l'évaluation des outils**

Les outils préliminaires ont été présentés à cinq membres des équipes de leadership, pour un total de sept rencontres. Quatre points forts principaux ont été soulevés par les professionnelles rencontrées. D'abord, les outils permettent aux infirmières éducatrices de systématiser l'accueil des nouvelles IDHC sur l'unité sans entraîner une charge de travail supplémentaire pour elles. Cette systématisation assurera une bonne qualité d'accompagnement, dans un contexte où les ressources sont de plus en plus rares. Ensuite, le lien qui est fait dans les outils avec les exigences de l'OIIQ facilite l'évaluation des IDHC en comblant des trous dans la chaîne d'information pour les infirmières éducatrices. Ainsi, utiliser les outils a pour elles un double intérêt : adapter en amont la formation aux besoins spécifiques de l'IDHC, mais aussi structurer la collecte des informations nécessaires à l'évaluation finale de l'IDHC auprès de l'Ordre, lorsque c'est pertinent. Troisièmement, il a été très apprécié que la notion d'intégration telle qu'employée dans les outils aille au-delà des strictes tâches pour s'élargir à d'autres dimensions du travail, qui entraînent aussi des difficultés reliées aux différences de pratiques. Par exemple, la division du travail, la sévérité des cas, l'emplacement du matériel sur l'unité, le niveau d'autonomie attendu, etc. Enfin, il a été souligné que, si ces outils seront très utiles auprès des IDHC, ils pourront aussi servir à l'accueil et l'intégration de toutes les nouvelles infirmières au CUSM en ce qu'ils facilitent l'élaboration d'un programme de formation en milieu de travail adapté aux besoins et à l'expérience de chacune, qui varient beaucoup d'une infirmière à l'autre.

Si ces points forts permettent de saisir toute la pertinence des outils proposés, les entretiens ont aussi permis d'identifier des points à améliorer afin de renforcer leur efficacité et de s'assurer de leur bonne adaptation au contexte de travail des équipes de leadership. D'abord, ces entretiens ont permis de raffiner les dimensions du travail des infirmières qui devaient être retenues dans la grille d'évaluation des besoins de formation. Par exemple, il a été mentionné que le droit d'accès des patients à leur dossier médical devait y figurer comme étant un aspect important et caractéristique de la pratique infirmière au Québec. Ensuite, il a été mentionné que les préceptrices<sup>5</sup> devraient être sensibilisées aux problématiques liées aux différences de pratiques et devraient se voir présenter les outils, puisqu'elles pourraient être désignées pour en utiliser certains. Les infirmières gestionnaires, à qui seront présentés les outils, pourront relayer les informations aux préceptrices dans leurs services respectifs. Enfin, il a été suggéré que la colonne *profil du poste* de la *Grille d'évaluation des besoins de formation* soit remplie d'entrée de jeu par toutes les unités qui accueillent des IDHC au CUSM. Ainsi, les outils seraient prêts à être utilisés rapidement dans chacune de ces unités. C'est ce qui sera recommandé aux infirmières gestionnaires lors de la présentation à venir des outils.

---

<sup>5</sup> Les préceptrices sont des infirmières ayant un certain nombre d'années d'expérience dans le milieu de travail et à qui on confie la responsabilité d'agir à titre de mentor et de coach pour une nouvelle infirmière.

# Retombées du projet

Les retombées du projet sont différentes selon les acteurs considérés. On distinguera les retombées sur l'IRIPI, les retombées sur l'enseignement et la formation, et enfin, les retombées sur le partenaire et le public plus large.

## 5.1. Sur l'IRIPI

L'IRIPI a développé à travers la mise en œuvre de ce projet une expertise novatrice dans un domaine stratégique pour son mandat : l'intégration et le maintien en emploi des professionnels formés à l'étranger. Si des écrits existent relativement à l'accession au titre professionnel pour ces personnes, peu de connaissances ont été développées relativement à leur intégration en milieu de travail. L'IRIPI se positionne ainsi comme leader dans ce domaine. À cette expertise s'ajoute celle plus pointue développée relativement à la profession infirmière et à l'intégration des professionnels immigrants dans le milieu de la santé. Ces connaissances acquises dans un milieu où les besoins en main d'œuvre sont criants sont une base solide pour l'élaboration de nouveaux projets porteurs d'innovation. Enfin, ce projet a permis à l'IRIPI de se créer un réseau de partenaires potentiels dans le système de la santé et des services sociaux montréalais, réseau qui lui permet de se maintenir à jour sur les besoins liés à l'intégration des immigrants dans ce secteur tout en lui permettant de se positionner avantageusement pour appuyer les initiatives de ses acteurs.

## 5.2. Sur l'enseignement et la formation

Les retombées sur l'enseignement et la formation sont doubles. Premièrement, le projet a permis l'embauche, par l'IRIPI, d'étudiants du programme Sciences humaines du Collège de Maisonneuve en tant que stagiaires. Les rapports de stage remis par ces derniers sont annexés au présent rapport. Les stagiaires ont été responsables de la retranscription des données issues des entrevues effectuées par les chercheurs avec les infirmières gestionnaires, les infirmières éducatrices et les IDHCs. Ils ont ainsi dû, à partir de l'écoute attentive des bandes audio, transcrire le plus fidèlement possible le verbatim des entretiens, en anglais ou en français. Nous avons ainsi pu illustrer avec eux l'un des principes fondamentaux de la recherche en sciences sociales : l'importance de l'empirie. Toute recherche doit être basée sur le recueil de données, qui servent à confirmer ou infirmer des hypothèses de recherche en lien avec un objectif donné. La retranscription des données a également été l'occasion pour eux de saisir la façon dont se mène une entrevue de recherche, tâche nécessitant de l'expérience et des qualités particulières. Enfin, la mise en contact avec les données a constitué un prélude à l'analyse. Cela leur a permis d'exercer leur esprit d'analyse et d'évoquer avec les chercheurs certaines idées. Enfin, cette tâche a également eu une autre portée pédagogique : la familiarisation avec les principes éthiques de la recherche avec les êtres humains. Dans le projet, l'opérationnalisation de ces principes a été explicité aux étudiants, qui ont ainsi été sensibilisés et formés.

Deuxièmement, le projet a impliqué la participation d'une enseignante en psychologie et d'un enseignant de techniques administratives du Collège de Maisonneuve. La première a été impliquée dans les phases de préparation et de formulation du problème, ainsi que d'accès au terrain, son départ en congé de maternité l'ayant contrainte à quitter le projet par la suite. Le second a donc contribué aux phases de collecte et d'analyse des données, puis de conception et d'évaluation des outils. Ainsi, un des deux enseignants était actif à toutes les étapes de la recherche, de la définition des objectifs à la création des outils et leur rectification. Leur apport au projet a été majeur, chacun ayant participé activement au projet et ayant donc pu faire profiter l'équipe de son expertise en psychologie ou en management et gestion des ressources humaines, respectivement. Réciproquement, leur implication dans ce projet a eu des retombées importantes sur leur enseignement spécialement dans le cas du second qui a pu participer à la portion terrain. D'abord, sa participation au processus de recherche-action lui a permis d'illustrer de façon plus concrète, dans le cadre du cours *Recherche commerciale*, l'importance du design de recherche, de la bonne intégration des différentes phases de ce design, ainsi que certaines difficultés et contraintes reliées à l'analyse de données qualitatives et au développement d'outils pour et par les intervenants du milieu. Ensuite, le contenu du matériel de recherche ainsi que les outils conçus enrichissent son enseignement, notamment dans les cours *Dotation et sélection de personnel* et *Supervision d'une équipe*. Il peut y utiliser les résultats du terrain, leurs implications ainsi que des cas précis afin d'illustrer certaines problématiques à l'étude. Ainsi, ses étudiants bénéficient d'un apport direct de son expérience de recherche et des résultats du projet, qui viennent enrichir leurs apprentissages et illustrer concrètement ce qu'est la recherche et en quoi elle est porteuse d'innovation en management.

### 5.3. Sur le CUSM

Les retombées sur le CUSM sont de trois ordres. D'abord, les équipes de leadership disposent maintenant d'outils efficaces et adaptés à leur pratique – parce que construits à partir de leurs préoccupations et avec eux – pour faire face aux défis qu'elles rencontrent dans l'intégration et le maintien en emploi des IDHC. Ces outils répondent à la fois à leur besoin de disposer d'une information claire et complète à portée de main relativement aux étapes à franchir avec ces infirmières, et à celui de mieux connaître le cadre de pratique auquel sont habituées ces dernières. Dans un contexte de rationalisation des ressources, ces outils qui permettent de sauver temps et énergie, sont précieux pour les équipes de leadership, comme en fait foi la rétroaction reçue lors de la phase d'évaluation.

Ensuite, le projet a constitué un espace de « capitalisation de l'expérience » des membres des équipes infirmières du CUSM qui sont les plus expérimentées auprès des IDHC, c'est-à-dire que le projet a contribué à valoriser et partager l'expérience qu'ils ont acquise. Cette capitalisation a reposé sur le comité de pilotage et sur les entrevues individuelles menées auprès des infirmières gestionnaires et des infirmières éducatrices. Il en a résulté la formalisation, au travers d'outils, d'un corpus de savoir-faire issus entre autres de la pratique des membres de certaines équipes de leadership. Ce corpus formalisé de savoir-faire a pour objectif de pérenniser l'expérience acquise et développée au CUSM et de favoriser le transfert de connaissances de ces derniers vers d'autres équipes de leadership ou membres de ces équipes. Entre autres, le transfert pourra se faire vers les nouvelles recrues aux postes d'infirmière éducatrice et d'infirmière gestionnaire.

Enfin, puisque les outils conçus dans le cadre de ce projet s'appuient sur l'expertise acquise par les équipes de leadership du CUSM, et comme ils seront diffusés dans le reste du réseau de la santé montréalais, ce projet contribuera à faire rayonner et à partager l'expertise du CUSM auprès de ses pairs.

#### **5.4. Sur le milieu et les communautés**

À cet égard, les retombées sont capitales. En premier lieu, l'amélioration des façons de soutenir les professionnels formés à l'étranger dans leurs démarches d'intégration est nécessaire eu égard aux problèmes que cette population rencontre dans son insertion sur le marché du travail. Ainsi, au travers du projet, les équipes de leadership ont contribué à concevoir des outils destinés à accompagner des professionnelles formées à l'étranger en vue de leur intégration en milieu de travail. L'amélioration du suivi offert par ces équipes de leadership bénéficiera aux IDHCs qui seront embauchées au CUSM dans le futur. De plus, les retombées du projet concernent également un nombre potentiellement plus élevé de professionnels formés à l'étranger en démarche d'insertion professionnelle, puisque les outils seront diffusés auprès d'autres centres hospitaliers montréalais. Enfin, les outils conçus dans le cadre de ce projet pourront éventuellement, dans le cadre d'un futur projet, être adaptés à d'autres secteurs d'activités et à d'autres professionnels. Parce que si les différences de pratiques et l'information jouent un rôle particulièrement important dans l'intégration des infirmières formées à l'étranger, on peut penser que ces problématiques ne leur sont pas spécifiques.



# Stratégies de transfert réalisées

Les stratégies de transfert réalisées se regroupent en trois axes. Le premier concerne les preneurs directs de l'innovation, à savoir le CUSM et ses équipes de leadership. Le second concerne les autres centres hospitaliers de la région de Montréal. Enfin, le troisième concerne un public plus large.

## 6.1. Les stratégies de transfert vers le CUSM

La première dimension du transfert concerne les preneuses de l'innovation, soit les équipes de leadership du CUSM. La recherche prévoyait, dans sa conception même (une recherche-action), un transfert permettant l'appropriation de l'approche et des outils développés en cours de projet par des membres des équipes de leadership du CUSM. On distinguera trois aspects. En premier lieu, des leaders infirmiers ont été impliqués dans les phases de conception, de production et d'évaluation des outils sur le terrain, notamment par le biais du comité de pilotage. Ce comité, qui s'est réuni quatre fois tout au long du projet, a constitué un premier outil de transfert. En effet, le transfert est d'autant plus efficace et aisé qu'il associe les preneurs de l'innovation le plus en amont possible de la production des résultats.

En second lieu, le devis prévoyait des allers-retours réguliers entre l'action et la conceptualisation. Ce parti-pris méthodologique s'est traduit par le fait que le projet a été découpé en plusieurs phases qui sont inter-reliées les unes aux autres. En effet, la phase de collecte des données, conduite lors de la première année, a donné lieu à la constitution d'outils préliminaires, qui ont été évalués par des membres des équipes de leadership lors de la deuxième année, et ensuite rectifiés à la lumière des résultats de ces entretiens. Étant donné que les phases d'évaluation ont impliqué les preneuses de l'innovation, ce mouvement itératif entre l'action et la conceptualisation a été garant d'un transfert progressif des résultats vers ces dernières.

Ces deux dimensions constituent les conditions d'un transfert efficace mais aussi pertinent vers le milieu-utilisateur. Toutefois, comme le CUSM est une grande organisation, plusieurs équipes de leadership n'ont pu être impliquées dans le processus de recherche. Ainsi, afin de favoriser un transfert plus large vers les équipes qui n'ont pas eu la chance de participer, une présentation des résultats de la recherche et des outils conçus s'adressant aux infirmières gestionnaires de l'ensemble de l'organisation sera organisée. Le déménagement de plusieurs des équipes infirmières vers le nouveau site de l'Hôpital Glen étant présentement en cours, il a été convenu que cette présentation aurait lieu à l'automne 2015.

## **6.2. Les stratégies de transfert vers les autres centres hospitaliers montréalais**

La seconde dimension du transfert couvre la diffusion des outils vers les autres centres hospitaliers montréalais. L'idée de ce projet est née au *Comité d'experts sur l'intégration professionnelle des infirmières diplômées hors Canada* organisé jusqu'en janvier 2015 par l'Agence de santé et services de sociaux de Montréal (ASSSM). Ce comité réunit des représentants de plusieurs centres hospitaliers montréalais et de différents ministères, de CÉGEP qui offrent de la formation continue aux IDHC, des chercheurs, etc. L'IRIPI s'est engagée à présenter les résultats de la recherche et les outils conçus aux membres de ce comité à l'automne 2015<sup>6</sup>. Par la suite, il est prévu que les outils soient rendus disponibles aux organisations et/ou équipes intéressées à les utiliser.

## **6.3. Les stratégies de transfert vers un public plus large.**

À ce jour, le projet a fait l'objet de trois présentations à des publics plus larges. D'abord, au panel *Intégration professionnelle des diplômés internationaux en santé au Québec : avancées et défis*, dans le cadre du Colloque pour étudiants et jeunes diplômés du Centre d'études ethniques des universités montréalaises (CEETUM) tenu en mars 2015. Ensuite, à la Conférence nationale annuelle Metropolis, ayant réuni à Vancouver en mars 2015 des acteurs gouvernementaux, non-gouvernementaux et issus des milieux de recherche relativement aux problématiques de l'immigration. Enfin, au CSSS Bordeaux-Cartierville en mai 2015 dans le cadre d'un midi-causerie réunissant praticiens et chercheurs. Ces présentations ont toutes trois fait état des principaux résultats de ce projet relativement aux mécanismes pour diminuer l'impact des différences internationales dans la pratique infirmière, tout en offrant un aperçu des outils conçus à travers ce projet. Ont assisté à ces présentations des étudiants aux cycles supérieurs ainsi que des chercheurs universitaires, puis des praticiens et des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux.

---

<sup>6</sup> À noter que, l'ASSSM ayant été dissoute, ce comité sera repris par Recrutement Santé Québec au cours des prochains mois.

## Conclusions du projet

Rappelons que le projet avait pour objectif général d'outiller les équipes de leadership du CUSM dans l'intégration et le maintien en emploi des infirmières diplômées hors Canada au sein des unités de soins. En effet, la revue de littérature effectuée a montré que, si le réseau de la santé en général et le corps infirmier en particulier se diversifient, les pratiques et outils en gestion de la diversité y sont, elles, encore limitées. Ainsi, l'innovation consistait à développer un accompagnement s'adressant aux équipes de leadership et visant à les soutenir dans la gestion quotidienne de la diversité de leurs équipes, et plus spécifiquement des infirmières diplômées à l'étranger. L'enquête de terrain a permis d'identifier deux problématiques principales pour lesquelles les équipes de leadership avaient besoin d'être outillées : l'accompagnement des IDHC et des éducatrices relativement aux différences dans la pratique infirmière, et les trous dans la chaîne des informations nécessaires à la bonne intégration des IDHC. Conséquemment, le projet a permis de concevoir sept outils proposant une démarche d'accueil et d'intégration des IDHC aux équipes de leadership, au regard de ces deux problématiques. Ces sept outils sont disponibles en trois versions distinctes, chacune étant adaptée à l'une des trois trajectoires possibles des IDHC vers la reconnaissance professionnelle au Québec.

La démarche de co-construction des connaissances au cœur de ce projet a permis d'assurer la pertinence des résultats pour les preneuses de l'innovation, soit les équipes de leadership infirmier du CUSM, et donc le succès du projet. En effet, à travers le comité de pilotage et la démarche d'évaluation des outils, l'équipe de recherche a pu valider, à toutes les étapes du projet, les orientations à prendre pour bien répondre au problème initialement posé. Ainsi, les outils créés permettent de renforcer l'accompagnement des équipes de leadership dans l'accueil et l'intégration des IDHC, tout en formalisant et systématisant des bonnes pratiques déjà existantes dans certaines équipes au sein de l'organisation. Conséquemment, la démarche a aussi permis d'assurer le partage à l'interne du savoir-faire de certaines équipes du CUSM particulièrement expérimentées auprès des IDHC, renforçant ainsi l'expertise et l'efficacité collective en matière d'accueil et d'intégration des infirmières formées à l'étranger. Le transfert des résultats du projet vers d'autres centres hospitaliers montréalais permettra aussi de faire rayonner cette expertise à l'extérieur des murs du CUSM.

Il convient à ce stade de souligner certaines limites du projet. La principale limite du projet tient au contexte budgétaire difficile ayant prévalu chez le partenaire, contexte qui a entraîné un décalage temporel dans la mise en œuvre du projet. Cette situation a parfois réduit la possibilité pour les équipes de contribuer à certaines phases du projet. Par exemple, la mise sur pied du comité de pilotage a été retardée, et ses rencontres ont été moins fréquentes qu'initialement prévu, les ressources humaines impliquées étant particulièrement prises. Toutefois, plusieurs réaménagements dans la méthode ont permis d'assurer, malgré ce contexte, la pertinence des résultats.

La seconde limite tient au fait qu'il aurait pu être intéressant d'impliquer un autre acteur de l'accueil et de l'intégration des IDHC au CUSM, les infirmières préceptrices. Ces infirmières agissent à titre de mentor auprès de l'ensemble des infirmières nouvellement embauchées, dont les IDHC.

Toutefois, elles pourront s'approprier et utiliser une partie des outils conçus, puisqu'elles travaillent de concert avec les éducatrices.

Enfin, une dernière limite du projet tient au fait que, bien que les outils soient ultimement destinés à être diffusés à l'extérieur du CUSM au bénéfice d'autres centres hospitaliers montréalais, ceux-ci ont été conçus à partir des besoins spécifiques du CUSM. Ainsi, leur utilisation à l'extérieur des murs du partenaire nécessitera une adaptation au contexte spécifique à chaque centre hospitalier. L'IRIPI pourra contribuer à cette adaptation.

Malgré ces quelques limites, le projet a été un succès et ses résultats sont bien accueillis, autant dans les équipes de leadership infirmier du CUSM qu'à l'extérieur de l'établissement. Il pave la voie à de futures collaborations entre l'IRIPI et le milieu de la santé et, par l'approche novatrice de la formation en milieu de travail qu'ils avancent, les résultats pourraient être transférables vers d'autres secteurs du marché du travail accueillant un grand nombre de travailleurs immigrants.

# Bibliographie

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2010. *Planification stratégique. des priorités urbaines pour des Montréalais en santé*. Montréal: Gouvernement du Québec.

Bauman, Andrea et Jennifer Blythe. 2009. *Integrating Internationally Educated Health Care Professionals into the Ontario Workforce*. Health Human Resources series report Number 20. Toronto: Ontario Hospital Association.

Bauman, Andrea, Blythe Jennifer, Rheume Anne et Karen McIntosh. 2006. *Internationally Educated Nurses in Ontario: Maximizing the Brain Gain*. Human health resources Series number 3 2<sup>nd</sup> Edition. Toronto: Nursing Health Services Research Unit.

Centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers. 2010. *Rotation et stabilisation du personnel infirmier*. Genève: Conseil international des infirmières.

Cognet, Marguerite, Yves Couturier, Jacques Rhéaume et Jocelyne Bertot. 2010. « Soins infirmiers en milieu pluriethnique: points de vue et pratiques dans les établissements publics et privés face à la discrimination et au racisme. » Dans A. Battaglini. *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique*. Montréal: Éditions Saint-Martin, 252-275

Cognet, Marguerite, Jocelyne Bertot, Yves Couturier, Jacques Rhéaume et Barbara Fournier. 2005. « Organisation des soins infirmiers de santé primaire en milieu pluriethnique. » *Série des publications*, vol. 1 du projet *Pratiques infirmières en milieu pluriethnique. Entre modèles culturels et modèles professionnels*. Montréal: Centre de santé et de services sociaux de côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension.

Cornet, Annie et Philippe Warland. 2008. *GRH et gestion de la diversité*. Paris: Dunod.

Gavrancic, Ana, François Courcy et Jacques Proulx. 2009. « Comment superviser une équipe de travail diversifiée? » *Gestion* 34 (2): 68-74.

Gathers, Daryl. 2003. « Diversity Management: An Imperative for Healthcare Organizations. » *Hospital Topics*, 81 (3): 14-20.

Goyette, Gabriel et Michelle Lessard-Hébert. 1987. *La recherche-action: ses fonctions, ses fondements et son instrumentation*. Sainte-Foy: Presses de l'université du Québec.

Laflamme, Pierre. 2009. *Le chemin parcouru depuis 1989, les enjeux de 2009: Rendez-vous interculturel—Agence de la santé et des services sociaux de Montréal—29 septembre 2009*. 24p.

Latiri Dardour, Imene. 2006. *Pilotage du changement organisationnel et recherche intervention en univers hostile. D'un modèle à phases à un modèle à options, sur le cas de la joint venture SGHQ en Chine*. Thèse de doctorat de l'École des Mines de Paris. Paris: École des Mines, p. 133-207.

Lavoie, Louise, Marquis Danielle et Paul Laurin. 1996. *La recherche-action. Théorie et pratique. Manuel d'autoformation*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.

Leclerc, Chantal, Bourassa, Bruno, Picard, France et François Courcy. 2011. « Du groupe focalisé à la recherche collaborative : avantages, défis et stratégies. » *Recherches qualitatives* 29 (3) : 145-167. <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>

Lecoq, Nathalie. 2009. *La gestion de la diversité: nouvelle responsabilité de l'Administration publique*: Rendez- vous interculturel – Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – 29 septembre 2009. 26p.

Mayer, Robert et Francine Ouellet. 2000. « La recherche dite "alternative", la recherche-action, la recherche participative, l'intervention sociologique, la recherche féministe et la recherche conscientisante. » dans R.Mayer, F. Ouellet, M.-C. Saint-Jacques et D. Turcotte, dir. *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur, 287-325.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 2010. « Le Québec accueille de plus en plus d'infirmières étrangères, mais leur nombre demeure peu élevé. » *Bulletin Infostats* 2 (4): 1-4.

Plane, Jean-Michel. 2000. *Méthodes de recherche-intervention en management*. Paris: L'Harmattan.

Primeau, M-D. (2010). L'intégration socioprofessionnelle et la rétention des infirmières DHQ. Document inédit.

Raghuram, Parvati. 2007. « Interrogating the language of integration: the case of internationally recruited nurses. » *Journal of Clinical Nursing* 16 : 2246-2251.

Registered Nurses' Association of Ontario. 2007. *Healthy Work Environments. Best Practice Guidelines. Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence*. Toronto: Registered Nurses' Association of Ontario.

Schein, E.H. 1987. *Process Consultation. Volume II. Lessons for managers and consultants*. Reading MA: A Wesley.

Schmitt, Christophe. 2005. *Le chercheur et le praticien en management : quel(s) lien(s) pour quelle(s) relations(s)?*: 6<sup>ème</sup> Congrès Européen de Science des Systèmes, 19 - 22 septembre 2005, Brest, 8 p.

Wacheux, Frédéric. 1996. *Méthodes qualitatives et Recherche en gestion*. Paris: Edition Economica.

Weech-Maldonado, Robert. 2002. « Racial/Ethnic Diversity Management and Cultural Competency: The Case of Pennsylvania Hospitals. » *Journal of healthcare management* 47 (2): 111-124.





**Institut de recherche sur l'immigration et  
sur les pratiques interculturelles et inclusives**

 **Collège de Maisonneuve**

6220, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H1N 1C1  
[iripii@cmaisonneuve.qc.ca](mailto:iripii@cmaisonneuve.qc.ca)

[iripi.ca](http://iripi.ca)