



FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIERES

RAPPORT DE STAGE

PRÉSENTÉ À

LA FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES

EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE

MAÎTRISE ÈS SCIENCES (M.Sc.) EN

SCIENCES INFIRMIÈRES OPTION FORMATION

PAR

CAROLINE DONAIS

**SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES RELIÉES AU
PRÉCEPTORAT AUPRÈS D'INFIRMIÈRES PRÉCEPTRICES**

22 JUIN 2015

Remerciements

Je tiens à remercier...

Mon conjoint, Jean-François Martineau, pour son soutien inconditionnel et son amour véritable.

Mon père, Benoit Jolicoeur, pour son soutien financier et ses encouragements.

Mes trois enfants, Kassandra, Mathys et Mickaël Martineau qui ont ensoleillé les journées difficiles et motivé la finalisation de ce projet.

Ma directrice, Joanne Goudreau, vice-doyenne aux études de premier cycle de la Faculté des sciences infirmières, qui m'a accompagnée tout au long de ce projet.

Ma codirectrice et personne-ressource, Julie-Alexandra Roberge, chef du service de la formation et responsable de la planification des stages en soins infirmiers au CSSS, pour son soutien et sa disponibilité.

Les infirmières cliniciennes à la formation qui ont participé au groupe de discussion et toutes les autres personnes qui ont collaboré à la réalisation de ce projet de près ou de loin.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	5
Problématique.....	5
Recension des écrits.....	11
Le préceptorat.....	11
Les responsabilités de la préceptrice.....	12
Les compétences de la préceptrice.....	13
L’approche par compétences (APC).....	15
La pratique réflexive.....	16
Le groupe de discussion.....	17
La « méthode des incidents critiques ».....	23
Déroulement du stage.....	24
Sélection des participants.....	27
Déroulement et constats de la première rencontre.....	28
Déroulement et constats de la deuxième rencontre.....	31
Déroulement et constats de la dernière rencontre.....	36
Évaluation de l’intervention.....	39
Discussion.....	41
Constats.....	41
Forces et facilitateurs du stage.....	43
Limites et difficultés du stage.....	44
Dîner-conférence : Forces, faibles et recommandations.....	47

Recommandations.....	50
Retombées pour la pratique des préceptrices.....	54
Conclusion	55
Références.....	56
Annexe I : Référentiel de compétences de la préceptrice (CIFI)	62
Annexe II : Lettre explicative de recrutement	68
Annexe III : Présentation de la 1 ^{re} rencontre	70
Annexe IV : Grille d'analyse de l'incident critique version 1	76
Annexe V : Grille d'analyse de l'incident critique version 2	79
Annexe VI : Présentation du dîner-conférence.....	82
Annexe VII : Exercice de questionnement	91
Annexe VIII : Questionnaire d'autoévaluation du développement des compétences	93
Annexe IX : Autoévaluations complétées par les membres du GDSMIC.....	95
Annexe X : Évaluation de la satisfaction des participantes aux dîners-conférences	104

Introduction

Environ le tiers de la formation initiale en sciences infirmières est constitué de stages cliniques pendant lesquels les étudiantes sont accompagnées par des infirmières de l'établissement de santé où elles accomplissent leur stage. Ces infirmières, qui travaillent dans des milieux cliniques de soins, endossent alors les responsabilités de préceptrices, la plupart du temps sans une réelle préparation spécifique à ce rôle (St-Pierre, 2007). Or, il s'agit d'un rôle pédagogique crucial pour le développement des compétences des stagiaires (Barker & Pittman, 2008). Ce présent stage de maîtrise en sciences infirmières (option formation) avait pour but de soutenir le développement des compétences reliées au préceptorat de groupes de stagiaires chez des infirmières en milieu clinique par l'acquisition et l'utilisation de savoirs théoriques et de savoirs expérientiels (ressources internes et externes). Des infirmières d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la région montréalaise, préceptrices auprès des étudiantes stagiaires de 1^{re} et 2^e année du baccalauréat initial de la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal, ont été invitées à participer à un groupe de pratique réflexive (Schön, 1983). La méthode des incidents critiques de Leclerc, Bourassa et Filteau (2010) a été utilisée pour structurer les communications du groupe de discussion.

Problématique

Dupuis, De Peyrolle, Bouziate et Mathieu (2010) soutiennent que la sécurité et la qualité des soins dispensés à la clientèle d'un établissement de santé sont directement liées à l'expertise en sciences infirmières, laquelle se développe grâce à une formation théorique et pratique de qualité. La formation s'effectue, entre autres, sous forme de stage dans les milieux cliniques (Barker & Pittman, 2008; Burns, Beauchesne, Ryan-Krause & Sawing, 2006; St-Pierre, 2007). Dans les programmes d'enseignement en sciences infirmières au Canada, entre 800 et 1 100 heures de la formation académique sont consacrées à des stages en milieu clinique (Pringle, Green & Johnson, 2004). Lors de ces stages, la supervision des stagiaires est effectuée à 80 % par des infirmières préceptrices issues des milieux de soins (Pringle et al., 2004). À l'Université de Montréal, cette proportion augmente à 100 % (J. Goudreau, communication personnelle, 20 novembre 2014). Cet encadrement prend la forme de préceptorat, à savoir « une méthode d'enseignement et d'apprentissage visant à aider [...] à acquérir les compétences nécessaires au moyen d'une surveillance directe et circonscrite dans le temps » (Ministère de la Santé et des Services Sociaux [MSSS], 2008, p. 6).

Plusieurs auteurs ont reconnu la complexité du rôle de préceptrice (Brunet, 2009; Luhanga, Billay, Grundy, Myrick & Yonge, 2010; McCarthy & Murphy, 2010; Villeneuve & Moreau, 2010) et l'importante responsabilité des infirmières préceptrices dans le développement des compétences des préceptorées. Toutefois, ces préceptrices sont d'abord des expertes de la pratique clinique en sciences infirmières et selon Sylvain, Dubé, Dubé et Lebrun (St-Pierre, 2007), ainsi que Barker et Pittman (2008), l'expérience et l'expertise cliniques de l'infirmière ne sont pas directement reliées à l'expertise comme

préceptrice. Effectivement, l'infirmière experte sur le plan clinique peut s'avérer novice sur le plan pédagogique (Brunet, 2009). Dans le même sens, Villeneuve et Moreau (2010) soulignent qu'il ne suffit pas d'être un bon professionnel pour « assumer un encadrement de qualité » (p. 460). Bien qu'une préceptrice compte plusieurs années d'expérience, des connaissances théoriques intégrées et un jugement clinique développé, toutes ses ressources sont principalement constituées de savoirs cliniques, à la fois issus de la formation initiale et continue de l'infirmière ainsi que de son expérience hospitalière. De ce fait, l'infirmière du milieu clinique n'est pas nécessairement bien préparée à jouer le rôle de préceptrice en échangeant « ses connaissances avec les autres infirmières et infirmiers, les étudiants et les candidats à l'exercice. » (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2004, Article 8). D'ailleurs, selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ] (2009), un certain nombre de préceptrices ne possèdent pas les compétences requises pour assumer cette responsabilité cruciale au développement de la relève infirmière. Or, certains auteurs soulignent qu'un préceptorat inadéquat pourrait avoir une influence négative sur le développement professionnel de la précepteurée (Barker & Pittman, 2008; Théorêt & St-Pierre dans St-Pierre, 2007). De là l'importance de mettre en place des stratégies qui facilitent et soutiennent le développement des compétences reliées au préceptorat chez les infirmières appelées à jouer ce rôle auprès des étudiantes stagiaires (Pharand, 2007; St-Pierre, 2007).

À la FSI, les infirmières sont invitées à participer à une activité de formation préparatoire au rôle de préceptrice, d'une journée, avant d'entreprendre la supervision du stage des étudiantes. Par ailleurs, le CSSS où le stage a lieu propose une activité de formation de trois heures intitulée « Outillons nos précepteurs » aux professionnels en

soins infirmiers, soit les infirmières et infirmières auxiliaires, qui agiront comme préceptrices. Cette formation est principalement dirigée vers la supervision de nouveaux employés car elle est constituée d'informations sur le déroulement du programme d'orientation à l'embauche, de la structure de la semaine de formation théorique et de l'orientation clinique. Le but de la formation est de permettre aux participantes de comprendre les niveaux de compétences attendues chez la nouvelle infirmière à la fin de l'orientation clinique et d'être outillées pour offrir une supervision clinique de qualité. En plus des informations précédentes, la formation comprend l'apprentissage de deux techniques pédagogiques de soutien au développement des compétences des préceptorées, soit la pensée à voix haute et la rétroaction. Finalement, les futures préceptrices sont invitées à commenter trois mises en situation effectuées par les formateurs dans le but d'identifier des comportements facilitants ou non à l'accueil et l'intégration d'une nouvelle infirmière. Nous pouvons ici souligner que, malgré que cette formation ne soit pas spécifique aux préceptrices d'étudiantes stagiaires, elle offre tout de même certaines ressources qui s'ajoutent à celles offertes par l'université.

Bien que ces activités de formation à l'université et au CSSS soient structurées selon la pédagogie active, elles ne permettent pas, à elles seules, le développement des compétences de la préceptrice car elles sont de courte durée. Effectivement, plusieurs auteurs, dont Lasnier (2000) et Tardif (2006), soulignent qu'une compétence se développe tout au long de la carrière professionnelle et donc sur une longue période de temps. Ces activités constituent un point de départ au développement des compétences de la préceptrice, mais non une finalité, car comme souligné par Ménard et St-Pierre (2014), l'apprentissage est un processus continu de construction des savoirs.

En plus de l'aspect longitudinal du développement des compétences, il est important de souligner que pour développer celles-ci, la préceptrice doit analyser sa pratique (Benner, 1995; Centre d'innovation en formation infirmière [CIFIFI], 2010; Masciotra, 2005; Perrenoud, 2001; St-Pierre, 2007). Selon toute évidence, la pratique réflexive, soit l'action de réfléchir sur sa pratique dans le but de s'améliorer, est un bon outil de développement professionnel (Leclerc et al., 2010; Perrenoud, 2001; Schön, 1983). D'autres auteurs, tel que Baker et Pittman (2008), soulignent que la pratique réflexive est importante pour changer la pratique d'un professionnel car l'individu, quel qu'il soit, a tendance à répéter les stratégies avec lesquelles il a l'habitude de fonctionner ou d'enseigner, même si celles-ci ne sont pas adaptées à toutes les situations. Il semble donc pertinent d'utiliser une approche de pratique réflexive, telle que la « méthode des incidents critiques » de Leclerc, Bourassa et Filteau (2010) comme outil de développement professionnel des préceptrices.

Recension des écrits

Cette section présentera d'abord une définition du préceptorat, puis identifiera les responsabilités ainsi que les compétences de la préceptrice selon le « Référentiel des compétences de la préceptrice » de la FSI de l'Université de Montréal (2010). Ensuite, sera présentée l'approche par compétences qui sert de cadre théorique au programme de baccalauréat pour lequel les préceptrices sont appelées à superviser des étudiantes et qui sert aussi de cadre de référence pour l'intervention de ce projet de maîtrise. Une définition de la pratique réflexive sera énoncée. Finalement, la pertinence du groupe de discussion structuré selon la « méthode des incidents critiques » (GDSMIC) comme intervention favorisant le développement des compétences sera documenté.

Le préceptorat

Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que le préceptorat est une relation officielle, d'une durée préétablie, entre deux personnes, soit une novice et une expérimentée (Beecroft, McClure Hernandez & Reid, 2008; MSSS, 2008; OIIQ, 2009; Villeneuve & Moreau, 2010) ou des novices avec une expérimentée (St-Pierre, 2007). Cette relation est une stratégie pédagogique visant à aider la préceptore à développer les compétences nécessaires pour exercer une profession (CIFI, 2010; MSSS, 2008; OIIQ, 2009; St-Pierre, 2007). Effectivement, le préceptorat « représente l'élément clé du développement professionnel » (Sylvain, Dubé, Dubé et Lebrun, cité dans St-Pierre, 2007, p. 41). Pour ce faire, deux composantes centrales du préceptorat soit : la « transmission des savoirs théoriques vers les savoirs pratiques » et « l'évaluation des

besoins et de la compétence clinique » doivent être assumés par la préceptrice (Pharand, 2007, p. 706).

Le préceptorat peut être utilisé pour l'intégration du nouveau personnel dans un milieu (MSSS, 2008) ou dans le cadre de la formation initiale (CIFI, 2010; Dewolfe et al., 2010; Ha & Pepin, 2008; Hsu, 2006; OIIQ, 2009; Pharand, 2007; Pringle et al., 2004). Le projet de stage visait exclusivement le préceptorat des étudiantes au cours de leur formation initiale au baccalauréat à la FSI de l'Université de Montréal.

Les responsabilités de la préceptrice

Les différentes caractéristiques du préceptorat engendrent plusieurs responsabilités pour l'infirmière qui assure le rôle de préceptrice. Cette dernière a un rôle essentiel dans l'apprentissage des étudiantes (Barker & Pittman, 2008) en leur permettant d'être en relation avec le milieu de pratique réel (Barker & Pittman, 2008; Perrenoud, 2001) ainsi que d'expérimenter et de développer leur pensée critique (Therrien & Dumas dans St-Pierre, 2007) et leur jugement clinique (OIIQ, 2009). Les préceptrices facilitent le partage de connaissances théoriques et expérientielles (Villeneuve & Moreau, 2010) ainsi que le transfert de la théorie à la pratique (Dewolfe et al., 2010; Ha & Pepin, 2008; Hsu, 2006; Pharand, 2007) en permettant aux stagiaires de « mettre en contexte leur apprentissage théorique » (Tyler, Rowlands & Spasoff, 2009, p. 13), ceci en garantissant la qualité et la sécurité des soins à la clientèle en s'assurant de « la justesse des actes professionnels posés » par la préceptoree (Villeneuve & Moreau, 2010, p. 453). Les préceptrices permettent ainsi aux stagiaires de vivre une expérience préparatoire à

l'exercice de la profession (Peptel cité dans Villeneuve & Moreau, 2010). D'ailleurs, certains auteurs (Clare, Edwards, Brown & White, cités dans Ha & Pepin, 2008), soutiennent que le stage est l'unique méthode pédagogique permettant de préparer l'étudiante à être efficace sur le marché du travail. Finalement, la préceptrice doit aussi assumer un rôle d'évaluatrice et ainsi certifier la réussite ou l'échec du stage de la préceptorée (Burns et al., 2006; Desrosiers, 2009; Villeneuve & Moreau, 2010). Par conséquent, pour que l'expérience du stage soit optimale, la préceptrice doit développer certaines compétences.

Les compétences de la préceptrice

Afin d'assumer adéquatement son rôle et ses responsabilités, la préceptrice doit développer certaines compétences. Premièrement, plusieurs définitions du terme compétences sont recensées dans la littérature. Néanmoins, plusieurs auteurs s'entendent sur le fait qu'une compétence est un « savoir agir » qui ne se limite pas à un savoir ou un savoir-faire (Lasnier, 2000; Perrenoud, 2001; Tardif, 2006). Par exemple, Tardif (2006) définit une compétence comme « un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situation » (p. 22). Cette définition permet de considérer l'importance de l'acquisition de ressources internes et externes dans le développement de compétences et soutient le sens même de ce présent travail. Ces ressources sont constituées, selon Tardif (2003), de connaissances, d'attitudes et de conduites.

Les compétences de la préceptrice sont identifiées et définies dans le « Référentiel des compétences de la préceptrice » de la FSI (CIFI, 2010) présenté en annexe I de ce travail. Ce référentiel a été développé par des chercheurs de l'Université de Montréal, suite à une recension des écrits pertinents sur le préceptorat et à la consultation d'experts des milieux cliniques. Il comprend les trois compétences qui regroupent la majorité des savoirs, savoir-être et savoir-faire attribués aux préceptrices, soit: 1) « Établir et maintenir un partenariat avec les membres de l'équipe et autres personnes impliquées dans la formation »; 2) « Soutenir l'apprentissage des préceptorées »; et 3) « Assurer son développement professionnel » (CIFI, 2010, p. 2). Ces trois compétences sont interreliées car chacune a une influence sur l'apprentissage des préceptorées. Ces trois compétences sont définies par des capacités et des indicateurs (voir annexe I) qui servent de toile de fond pour structurer l'intervention choisie dans ce stage.

Premièrement, pour soutenir l'apprentissage des préceptorées, la préceptrice doit « Établir et maintenir un partenariat avec les membres de l'équipe et autres personnes impliquées dans la formation » (CIFI, 2010, p. 2). Effectivement, la préceptrice doit acquérir des ressources, telles que des connaissances et des habiletés afin de faciliter l'intégration des stagiaires dans le milieu de soins, ceci dans le but d'offrir un climat propice à l'apprentissage des préceptorées (Houle & Therrien, 2005).

Deuxièmement, pour soutenir l'apprentissage des préceptorées, la préceptrice doit développer des compétences en pédagogie (Beecroft et al., 2008; Pharand, 2007; St-Pierre, 2007; Villeneuve & Moreau, 2010). Ces compétences lui permettront d'utiliser des stratégies pédagogiques telles que le questionnement structuré selon la taxonomie de Bloom (1956), la pensée à voix haute et la rétroaction qui sont toutes des stratégies

permettant le développement des compétences chez les préceptorées (CIFI, 2014). De plus, ces compétences en pédagogie permettront à la préceptrice de comprendre les critères d'évaluation des compétences de la préceptorée et d'effectuer l'évaluation formative et certificative (Burns et al., 2006; Desrosiers, 2009; Tardif, 2006; Villeneuve & Moreau, 2010). Pour comprendre ces critères d'évaluation, la préceptrice doit premièrement acquérir des connaissances sur le programme de formation par compétences, ses spécificités et ses particularités. Elle sera ainsi en mesure d'effectuer l'évaluation adéquatement et, par le fait même, de soutenir le développement des compétences de la préceptorée car l'évaluation fait partie de l'apprentissage selon Tardif (2006), Lasnier (2000) et Leroux (2014).

Finalement, pour soutenir l'apprentissage des préceptorées, la préceptrice doit « Assurer son développement professionnel » (CIFI, 2010, p. 2). Elle doit donc participer activement au développement de ses propres compétences comme préceptrice et comme infirmière. Il semble donc évident que les trois compétences de la préceptrice sont interreliées puisque chacune d'elles influence l'apprentissage des préceptorées. Afin de soutenir le développement des compétences de la préceptrice et par le fait même des préceptorées, il est important de bien comprendre l'approche par compétences.

L'approche par compétences (APC)

Elle est l'approche privilégiée dans le programme de formation en sciences infirmières de l'Université de Montréal et celle qui a été choisie pour l'intervention éducative visant le développement des compétences des préceptrices. L'APC se situe

dans le paradigme de l'apprentissage qui est caractérisé par un processus d'apprentissage inscrit dans une perspective constructiviste où l'apprenant est actif et au centre du processus (Martineau & Simard, 2001; Ménard & St-Pierre, 2014; MSSS, 2001; Perrenoud, 2004; Villeneuve & Moreau, 2010). Plus précisément, ce paradigme définit la connaissance « comme une construction personnelle qui s'appuie sur les connaissances antérieures de l'individu, ses buts et ses expériences vécues » (Ménard & St-Pierre, 2014, p. 31). Ces connaissances deviennent des ressources que la préceptrice peut utiliser pour développer ses compétences. Une telle approche modifie donc le rôle traditionnel de la préceptrice qui n'est alors plus strictement une experte clinique qui transmet son savoir à la préceptorée, mais une guide qui l'accompagne dans la construction même de ses savoirs et dans le développement de ses propres compétences (Villeneuve & Moreau, 2010). Dans le but de développer cette nouvelle approche pédagogique, il est important que la préceptrice analyse sa pratique de supervision clinique.

La pratique réflexive

Plusieurs définitions de la pratique réflexive existent, toutefois plusieurs auteurs (Masciotra, 2005; Perrenoud, 2001; Zaher & Ratnapalan, 2012) s'entendent pour identifier Schön (1983) comme le père fondateur de cette dernière. Cet auteur définit la pratique réflexive comme le fait de réfléchir dans l'action et sur l'action. Il souligne donc l'importance d'analyser ses actions ou sa pratique professionnelle dans un but d'amélioration. Selon plusieurs auteurs (Benner, 1995; CIFI, 2010; St-Pierre, 2007), la pratique réflexive est l'une des composantes essentielles du développement

professionnel. Elle permet aux professionnels de se poser des questions sur leur façon d'agir et d'analyser leur pratique (Aïta, Lampron, Héon, Dupuis & LeMay, 2013; Perrenoud, 2001). La pratique réflexive pourrait permettre le développement des compétences d'ordre pédagogique d'une préceptrice par la réflexion de celle-ci sur ses savoirs et ses pratiques reliés à la supervision clinique. Toutefois, pour observer un changement dans la pratique, la pratique réflexive doit inclure une collaboration avec les pairs. Dans ce sens, le groupe de discussion est une stratégie pédagogique permettant, notamment, d'offrir un lieu d'échanges avec les pairs et une réalisation de pratique réflexive.

Le groupe de discussion

Le groupe de discussion est selon Chamberland, Lavoie et Marquis (cité dans Martineau & Simard, 2001, p. 10) un « échange de propos entre les apprenants sur un sujet donné, pendant un temps déterminé ». Son but premier est de permettre l'interaction et la communication « pour réaliser une tâche commune dans un temps déterminé » (Martineau & Simard, 2001, p. 6). Étant donné que « les interactions sociales constituent une composante essentielle du processus de construction des connaissances » (Jonnaert, 2002, p. 74), l'utilisation d'une stratégie interactive, tel que le groupe de discussion (Lasnier, 2000; Tyler et al, 2008) concorde avec la vision socioconstructiviste de la formation par compétences, car cette stratégie pédagogique permet la prise en considération des interactions sociales (Masciotra, 2005) dans la construction même des savoirs.

Le groupe de discussion peut favoriser le développement des différentes compétences du « Référentiel de compétences de la préceptrice » de la FSI. Premièrement, pour la compétence « Établir et maintenir un partenariat avec les membres de l'équipe et autres personnes impliquées dans la formation » (CIFI, 2010, p. 2), soulignons que le groupe de discussion contribue au développement d'habiletés sociales qui sont importantes pour la communication interprofessionnelle (Burns et al., 2006), telles que le respect des autres et une bonne capacité à communiquer (Tyler et al., 2009). La collaboration avec d'autres préceptrices peut favoriser l'appropriation même de ce rôle par la valorisation commune des membres. Le groupe de discussion a aussi un pouvoir d'influence en combinant plusieurs voix, ce qui permet de dénoncer des situations à risque relié à la qualité et à la sécurité des soins aux usagers et ainsi permettre des changements dans la formation, dans l'institution et auprès des différents collaborateurs.

En plus du développement d'habiletés personnelles et professionnelles, le groupe de discussion permet l'acquisition de différentes ressources composées, entre autres, de savoirs. Effectivement, le groupe de discussion peut encourager l'échange de savoirs théoriques et expérientiels qui peuvent devenir, selon Bourdieu (cité dans Leclerc et al., 2010, p. 19) des « savoirs explicites » et « transférables » qui pourront « être enseignés et reconnus ». Dans ce sens, les expériences « personnelles, sociales et professionnelles » (Zaher & Ratnapalan, 2012, p. 310) de chaque membre d'un groupe deviennent des savoirs reconnus par le groupe. De plus, le fait de comparer ses connaissances avec celles des autres facilite la validation de celles-ci, leurs modifications ou encore le fait de les infirmer (Jonnaert, 2002; Tyler et al., 2009). Cette méthode permet donc l'acquisition de

connaissances et « l'élaboration de représentations partagées d'une réalité » (Leclerc et al., 2010, p. 16). Chaque membre peut confronter ses croyances avec les données théoriques validées ou les expériences communes partagées et ainsi progresser. Le groupe de discussion peut aussi aider à la gestion de conflits, par exemple entre la préceptrice et la préceptorée, en diminuant la pression individuelle vécue dans une situation difficile par le soutien des pairs et le partage de ressources (Boutin & Camaraine cité dans Houle & Therrien, 2005). L'individu, membre du groupe, peut donc bénéficier du récit des expériences passées des collègues qui deviennent des exemples à suivre ou des contre-exemples à éviter, permettant ainsi une amélioration de l'efficacité des interventions en gestion de conflits. Cet avantage est important, car Villeneuve et Moreau (2010) soulignent que plusieurs préceptrices quittent leur fonction en lien avec l'incapacité de gérer des situations conflictuelles avec les préceptorées.

Deuxièmement, pour la compétence « Soutenir l'apprentissage des préceptorées » (CIFI, 2010, p. 2), le groupe de discussion, en favorisant le « perfectionnement d'habiletés intellectuelles de plus haut niveau comme le raisonnement clinique et la résolution de problème » (Tyler et al., 2009, p. 7) peut contribuer à soutenir le développement des compétences de la préceptrice. Effectivement, le raisonnement clinique est identifié par plusieurs auteurs (Chapados, Audélat & Laurin, 2014; Tanner, 2006) comme une habileté complexe de collecte et d'analyse de données qui vise à émettre des hypothèses et à orienter ses actions pour obtenir les résultats attendus. Dans ce sens, le raisonnement clinique de la préceptrice lui permet d'analyser la progression de la préceptorée pour ensuite adapter son encadrement pédagogique selon les besoins

spécifiques celle-ci. Cela, dans le but de soutenir le développement des compétences professionnelles en sciences infirmières de la préceptrée.

En plus des habiletés, la préceptrice doit acquérir d'autres ressources pour soutenir adéquatement les préceptrées. À cet effet, le groupe de discussion permet de mieux intégrer de nouvelles connaissances, de développer la pensée critique et d'acquérir la capacité à résoudre des problèmes (Martineau & Simard, 2006; Zaher & Ratnapalan, 2012; Tyler et al., 2009). L'acquisition de nouvelles connaissances est essentielle pour outiller la préceptrice dans l'évaluation des compétences des préceptrées car cette responsabilité exige « une expertise didactique » selon Perrenoud (2004, p. 9). Dans ce sens, le groupe de discussion permet le développement d'une autre habileté importante chez la préceptrice, soit l'évaluation des compétences. Cette habileté est importante car l'évaluation fait partie prenante de l'apprentissage selon Tardif (2006). La collaboration entre les membres du groupe de discussion peut permettre une meilleure homogénéité de la compréhension des critères d'évaluation des compétences des stagiaires. Effectivement, l'évaluation des compétences est une tâche complexe qui présente toujours une part de subjectivité (Tardif, 2006). En plus de sa complexité, cette tâche effectuée par les préceptrices peut affecter la disposition des préceptrées à apprendre, car une évaluation mal menée peut engendrer une émotion négative chez les préceptrées et, selon Poliakow (2003), lorsque l'affectif est prédominant, le cognitif est au second plan ce qui diminue la capacité d'apprentissage des préceptrées.

Troisièmement, pour la compétence « Assurer son développement professionnel » (CIFI, 2010, p. 2), le groupe de discussion s'avère un outil efficace. Effectivement, selon Zaher et Ratnapalan (2012), il peut être utilisé comme « méthode pratique et efficace de

développement professionnel » (p. 310), car il permet aux membres, premièrement, de « réfléchir à leur pratique sur une base individuelle » et dans un deuxième temps, d' « inciter le groupe à apporter des changements pertinents » dans leur pratique (p. 311). Le groupe de discussion permet donc à chaque membre du groupe de mieux se connaître en stimulant la réflexion (Martineau & Simard, 2001).

Finalement, le groupe de discussion amènerait un effet bénéfique sur la motivation de ses participants. Clairement, plusieurs auteurs font ressortir l'effet motivationnel relié au travail d'équipe et à la collaboration avec les pairs (Ouellet, 2006; Viau, 2000). Cet avantage est intéressant puisque la motivation serait étroitement reliée à l'apprentissage selon plusieurs auteurs (Moisan, 2001; St-Pierre, 2007; Viau, 2000).

Toutes ces caractéristiques démontrent l'apport potentiel du groupe de discussion comme stratégie pour aider la préceptrice à développer les différentes compétences d'ordre pédagogique identifiées précédemment. Toutefois, pour réussir à bénéficier de ces différentes retombées positives, le groupe de discussion doit respecter certaines règles.

Premièrement, il est important que les membres du groupe connaissent et acceptent la structure du groupe afin que ce dernier devienne « un espace sécuritaire d'expression, de dialogue et de délibération » (Leclerc et al., 2010, p. 16). Les communications entre les membres du groupe doivent être caractérisées par une conversation éducative, réflexive et structurée (Wilén cité dans Martineau & Simard, 2001). Les membres doivent donc collaborer entre eux et être actifs afin de favoriser les échanges et les apprentissages (Chocat, 2009; Leclerc et al., 2010; Masciotra, 2005;

Perrenoud, 2001; Zaher & Ratnapalan, 2012). De plus, afin de permettre ses apports bénéfiques, le groupe de discussion doit être composé d'un minimum de quatre participants selon Chamberland, Lavoie et Markis (2006) et d'un animateur dont le rôle est de « guider les membres vers une position de parole engagée » afin d'amener chaque participant à « aller au-delà de l'expérience vécue » (Leclerc et al., 2010, p. 12).

Deuxièmement, le groupe de discussion doit être utilisé à plusieurs reprises sur une durée significative afin d'apporter l'effet bénéfique escompté sur l'apprentissage et le développement des compétences puisque ce dernier s'effectue à long terme (Tardif, 2006). Dans ce sens, une revue de littérature effectuée par Zaher et Ratnapalan (2012) sur l'utilisation de petits groupes d'apprentissage, incluant l'analyse de 13 articles datant de 1999 à 2009, dont 11 étaient de type descriptif et la majorité réalisée au Canada, souligne que la fréquence des rencontres variait d'une à deux fois par mois et que la durée moyenne des rencontres était d'une à deux heures. À cet effet, d'autres auteurs (Aita et al., 2013) soulignent que la fréquence des rencontres doit répondre aux besoins du groupe.

Finalement, tel que dit précédemment, il est important que le groupe de discussion ait une structure connue de ses membres. Dans ce sens, le groupe de discussion devient une structure de base à d'autres stratégies pédagogiques, comme la « méthode des incidents critiques ».

La « méthode des incidents critiques »

Cette méthode offre une structure pour le groupe de discussion. Elle a comme but fondamental l'amélioration de la pratique professionnelle (Aita et al., 2013). Elle permet l'analyse critique et le développement professionnel des participants (Leclerc et al., 2010; Tyler et al., 2009). L'« incident critique » se définit comme une situation qui « peut sembler anodine de prime abord, mais qui s'avère marquante pour le sujet » (Tyler et al., 2009, p. 17). Le partage de ces incidents critiques et leur analyse amènent un apprentissage « sur le plan individuel [...] collectif [...] et sur le plan institutionnel » (p. 19).

Le groupe de discussion structuré selon la « méthode des incidents critiques » (GDSMIC) doit respecter les quatre étapes suivantes : 1) la « Préparation individuelle du récit », 2) la « Séance initiale de travail en groupe », 3) l'« Incubation individuelle » et 4) le « Retour réflexif distancé en groupe » (Leclerc et al., 2010, p. 20). Cette structure permet de maximiser les échanges et l'apprentissage de chacun.

Un narrateur doit préalablement être identifié afin que celui-ci puisse effectuer sa préparation individuelle. Comme première étape, le narrateur doit choisir une situation identifiée comme l'« incident critique ». Ce choix doit reposer sur trois critères, soit : « relater des situations vécues et non imaginées », « être circonscrit[e]s dans le temps » et doit « se déployer dans une interaction » (Leclerc et al., 2010, p. 17). Il s'agit donc d'une situation problématique vécue qui nécessite une analyse approfondie. Dans ce sens, « les erreurs et les ratés » d'un individu (Leclerc et al., 2010, p. 16) deviennent des histoires de cas réels et complexes. D'ailleurs, l'utilisation de cas réels serait, selon Zaher et

Ratnapalan (2012) plus adaptée et plus facilitante pour l'apprentissage que des histoires de cas fictifs. Il est recommandé que le narrateur écrive son incident critique en utilisant un guide.

La deuxième étape se déroule au moment de la réunion où le narrateur décrit son incident critique aux membres du groupe en s'appuyant sur son document écrit. Il doit identifier quatre composantes de son expérience, soit: « sa compréhension de la situation », « ses intentions et intérêts », « ses émotions et ressentis » et, finalement, « ses croyances et valeurs en jeu dans cette situation » (Leclerc et al., 2010, p. 22). Suite à l'énoncé de l'incident critique, chaque participant est encouragé par l'animateur à questionner le narrateur, toujours en s'appuyant sur la grille d'analyse d'incident critique (annexes IV et V), afin d'éclaircir la situation et d'en mieux comprendre l'ensemble. Les participants peuvent aussi questionner le narrateur sur les intentions derrière le choix des stratégies utilisées dans l'incident critique. Ceci permet de mettre en lumière certains comportements ou « réflexes » chez le narrateur qui seraient moins souhaitables dans certaines situations. Puis, les participants partagent leurs perceptions de la situation dans le but d'explorer diverses avenues d'analyse. De par les questions et discussions, le groupe peut permettre au narrateur de prendre conscience de certaines émotions vécues ou de certaines stratégies utilisées, consciemment ou non lors de l'incident. Par la suite, le partage de connaissances et de savoirs expérientiels entre les participants permet l'acquisition de nouvelles ressources pour le narrateur, mais aussi pour tous les autres participants du groupe. Finalement, l'animateur effectue une synthèse des points de convergence et de divergence d'interprétation de l'« incident critique » (Mercier & DeMuelenaere, cité dans Leclerc et al., 2010).

À la troisième étape, le narrateur invite les participants à continuer la réflexion individuellement. La séance se termine et chacun retourne à ses occupations habituelles. Dans les jours suivant la rencontre, une recherche de littérature sur le sujet est effectuée par l'animateur puis transférée aux différents membres du groupe pour une lecture approfondie afin d'apporter de nouvelles ressources aux membres pour la prochaine rencontre.

Une dernière étape a lieu lors du retour réflexif à la rencontre suivante. Le narrateur de la première rencontre revient sur la situation discutée à la rencontre précédente et partage la présence ou non de nouveaux éléments ou de changements dans sa pratique qui y sont reliés. Puis, le reste du groupe est invité à discuter des retombées de la dernière rencontre sur leur interprétation de la situation ou sur leur pratique. De plus, les participants sont conviés par l'animateur à partager s'ils ont vécu des situations similaires. Par la suite, chaque membre est invité à divulguer au groupe les apports intéressants ressortis de l'article ou des « textes choisis [...] par le responsable du groupe » (Leclerc et al., 2010, p. 26) qu'il a lu avant la rencontre, en lien avec l'incident critique analysé antérieurement. Ce partage de savoirs théoriques favorise l'acquisition de nouvelles ressources.

Déroulement du stage

Le stage a eu lieu d'avril 2014 à septembre 2014 au sein d'un CSSS. Pour respecter le principe d'alternance (réflexion/application) présenté précédemment, il était essentiel d'effectuer les groupes de discussion durant des périodes de préceptorat auprès d'étudiantes stagiaires de la FSI de l'Université de Montréal. Ainsi, deux rencontres ont eu lieu en avril et mai 2014 et une autre rencontre a été effectuée en septembre 2014. En plus de ces trois rencontres, deux dîners-conférences ayant pour thème les stratégies pédagogiques reliées au préceptorat ont été réalisés en septembre 2014, suite à une demande des membres du groupe de discussion structuré selon la méthode des incidents critiques.

Dans le CSSS où le stage a eu lieu, cinq postes d'infirmières cliniciennes à la formation sont destinés spécifiquement pour l'encadrement de groupes d'étudiantes stagiaires de première et deuxième année du baccalauréat de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Chacune de ces infirmières cliniciennes assume le rôle de préceptrice pour quatre groupes de cinq à six étudiantes stagiaires par année. Ainsi, cinq infirmières cliniciennes (quatre de jour et une de soir) assurent l'encadrement de plus de 100 stagiaires annuellement. Deux infirmières cliniciennes d'un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), libérées de leurs fonctions habituelles d'infirmière clinicienne et d'assistante infirmière-chef, deux fois par année, pour superviser des groupes de stagiaires, se sont aussi jointes au groupe.

Sélection des participants

Les participantes pressenties pour l'intervention ont toutes été identifiées par la personne-ressource du milieu. Toutes les infirmières ciblées étaient des infirmières cliniciennes employées du CSSS, de jour ou de soir. Elles parlaient toutes français et étaient reconnues par la personne-ressource du milieu comme des infirmières compétentes et motivées. Elles supervisaient des groupes de stagiaires au moment de l'intervention.

Le premier contact avec les participantes pressenties a eu lieu en avril 2014, par courriel (annexe II). Dans les deux semaines qui ont suivi, un contact téléphonique ou en personne a été effectué avec chaque membre du groupe qui avait préalablement accepté l'invitation par courriel.

Suite à ce contact, un deuxième courriel incluant une lettre explicative ainsi que l'article « Utilisation de la méthode des incidents critiques dans une perspective d'explicitation, d'analyse critique et de transformation des pratiques professionnelles » de Leclerc, Bourassa et Filteau (2010) a été transmis à chaque membre du groupe. Les préceptrices étaient invitées à participer aux rencontres qui auraient lieu à trois ou quatre reprises, selon leurs besoins, durant la période allouée au stage. Une première date de rencontre a été identifiée par courriel et l'agente administrative du secteur de la formation a réservé un local pour la rencontre. Afin de faciliter la présence de la monitrice de soir, les rencontres se sont déroulées de 13 h à 15 h 30. Le fait que les rencontres avaient lieu durant les heures de travail et dans le milieu clinique hospitalier favorisait la participation

des employés de l'hôpital, mais s'est avéré un peu plus difficile pour les infirmières du CHSLD qui se trouvaient hors-site.

Déroulement et constats de la première rencontre

Six préceptrices se sont présentées à la première rencontre, soit trois infirmières cliniciennes à la formation de jour et une de soir, ainsi que deux infirmières cliniciennes de CHSLD. La rencontre a duré 2 heures 30 minutes. La première demi-heure a été consacrée aux présentations de l'animatrice et des participantes. Ensuite, l'animatrice a présenté la définition du rôle de préceptrice, ses responsabilités, le but du groupe de discussion et le « Référentiel des compétences de la préceptrice » de la FSI à l'aide d'une présentation (annexe III). L'animatrice a été surprise de constater que les participantes ne connaissaient pas le « Référentiel des compétences de la préceptrice », bien qu'elles aient toutes participé à une journée de formation pour les préceptrices donnée par l'Université de Montréal. Toutefois, la majorité des préceptrices avaient participé à cette formation plus d'une année avant la rencontre. Une lecture détaillée de chaque compétence, des indicateurs et des capacités a permis au groupe de se familiariser avec le référentiel. Puis, l'animatrice a suggéré de consacrer une rencontre à chaque compétence, ce qui a été entériné par le groupe à l'unanimité.

Après cette introduction, l'animatrice a présenté la « Grille d'analyse d'incident critique » (annexe IV) ce qui a soulevé plusieurs questions de la part du groupe, tel que : « Que veux-tu dire par quelles étaient les règles institutionnelles en vigueur? », « Et que veux-tu dire par quelles étaient les conditions particulières? », « Et qu'est-ce que tu veux

savoir quelles étaient les règles ou procédures de travail en place? » (Avril 2014). Afin de tenter de répondre aux interrogations des participantes, l'animatrice a utilisé un exemple vécu dans le passé pour répondre aux différentes questions de la grille. Il s'agissait d'une situation où elle supervisait six stagiaires, sur une unité de périnatalité, quelques années auparavant, situation tout à fait semblable à celles vécues par les préceptrices du groupe. Elle avait reçu des plaintes d'infirmières sur l'odeur nauséabonde que dégageait l'une des stagiaires qu'elle supervisait. L'animatrice a expliqué sa compréhension de la situation, soit qu'à ce moment-là, elle avait perçu comme message implicite des infirmières que c'était à elle, en tant que préceptrice du groupe, de régler ledit problème avec la stagiaire. Elle a souligné qu'à ce moment précis, elle était très mal à l'aise, car elle trouvait que c'était très délicat de ne pas blesser émotionnellement la stagiaire ou de ne pas être mal interprétée. L'animatrice n'a pas eu le temps de terminer la description de l'incident critique selon les trois composantes, car ce début de récit a encouragé une participante à partager une situation d'encadrement de stagiaire qui avait été difficile pour elle. Puisque nous avons ciblé la première compétence du « Référentiel de compétences de la préceptrice » pour cette première rencontre, elle a raconté comment une infirmière du milieu de stage l'avait fait se sentir incompetente comme professionnelle en donnant des directives contradictoires à celles données précédemment à une stagiaire. Il s'agissait de son premier stage sur une unité de chirurgie alors qu'elle avait de l'expérience comme infirmière depuis près d'une décennie, mais seulement aux départements de cardiologie et de soins critiques.

Ce partage a engendré différentes réactions des membres du groupe qui ont suggéré d'emblée plusieurs interventions, oubliant ainsi l'étape d'analyse de la situation. Un

retour sur la méthode des incidents critiques, décrite un peu plus tôt, a permis de faire l'analyse nécessaire pour comprendre plus en profondeur la situation, y compris les émotions de la participante en lien avec la situation vécue. Les principaux points de convergence ressortis étaient les suivants :

- « il est difficile d'effectuer des stages sur une unité où les préceptrices ne connaissent pas les infirmières »
- « il est difficile d'effectuer des stages sur une unité où l'expertise professionnelle de l'infirmière préceptrice est faible »
- « une impression d'avoir à faire ses preuves auprès des infirmières de l'unité pour être acceptée comme préceptrice sur l'unité »

(préceptrices, communication personnelle le 30 avril 2014)

Suite à ce premier témoignage d'une participante du groupe et à l'analyse d'un incident critique par le groupe, les membres ont manifesté une grande motivation en partageant des expériences de situations d'encadrement de stagiaires qui avaient été difficiles pour elles dans le passé. Un climat de confiance et de respect s'est développé. Chacune s'exprimait à son tour et respectait le temps de parole de l'autre. Une écoute active et attentive était présente. Plusieurs ont échangé des savoirs et des stratégies utilisées antérieurement. Un tour de table a permis à chacune d'expliquer de manière plus globale comment elles concevaient leur rôle, dans quel contexte clinique elles le mettaient en pratique et quelles difficultés elles avaient rencontrées. À ce moment-là, elles ont constaté qu'un grand nombre de leurs difficultés étaient liées au savoir-être des étudiantes stagiaires. Par exemple, l'une des préceptrices a caractérisé la nouvelle génération de préceptorée de « *Je m'en foutisme* » (préceptrice, communication personnelle le 30 avril). Cette expression a fait rire les participantes tout en provoquant des signes d'approbation. De plus, le manque de politesse de certaines stagiaires,

principalement relié au tutoiement, a été ressorti et une préceptrice a souligné aviser chaque nouveau groupe de stagiaires que son nom c'est Caroline et non « Caro ». Encore une fois, le groupe acquiesça d'un signe de tête. Cet échange a permis de comprendre l'utilité d'un groupe de pratique réflexive pour soutenir les préceptrices.

Malheureusement à la fin de la rencontre, une des participantes a annoncé qu'elle quittait le groupe puisqu'elle avait décidé de cesser de s'impliquer dans l'encadrement des étudiantes stagiaires, car cette fonction exigeait trop d'investissement et trop d'énergie personnellement. Les autres participantes l'ont remerciée de s'être présentée pour cette première fois, soulignant la contribution de sa vaste expérience de préceptrice et l'invitant à revenir partager son savoir avec elles. Avant de quitter, le groupe a choisi la date de la rencontre suivante.

Suite à la première rencontre, l'animatrice a cherché de la documentation sur des stratégies pour mieux intégrer un nouveau milieu clinique et favoriser la collaboration des intervenants aux apprentissages des préceptorées, ce qui était en lien avec la première compétence du « Référentiel de compétences de la préceptrice ». L'animatrice a partagé tous les articles avec les participantes par courriel et elle a confié à chacune la responsabilité d'en résumer un pour la deuxième rencontre du groupe.

Déroulement et constats de la deuxième rencontre

Lors de la deuxième rencontre, trois des cinq préceptrices se sont présentées, soit deux de l'hôpital et une du CHSLD. L'une des préceptrices était en vacances et l'autre avait dû quitter le travail pour raison de santé une semaine avant la rencontre.

L'animatrice a commencé par effectuer un retour sur les lectures en lien avec l'incident critique partagé lors de la première rencontre. Les principales recommandations identifiées dans les lectures étaient :

- La compétence en communication de la préceptrice permet la création d'un environnement d'apprentissage positif pour les apprenants (Levy et al., 2009). Il semble est donc important d'analyser ses propres comportements et d'assurer un développement de ses compétences pour faciliter la collaboration du milieu de stage et la création d'un milieu propice à l'apprentissage.
- Le mentorat par un pair expérimenté aide l'insertion d'une nouvelle enseignante en soins infirmiers (Brunet, 2009). Il est donc facilitant que les préceptrices expérimentées soutiennent les nouvelles préceptrices afin, entre autres, de faciliter leur intégration sur une nouvelle unité de soins.
- Afin d'offrir un soutien efficace, la préceptrice doit « créer un environnement d'apprentissage positif » et « favoriser le développement d'une culture d'enseignement » (Bara, Lischynski, Scotland, Tan & Tarmohamed, n.d.). La préceptrice doit donc veiller à clarifier les malentendus avec l'équipe de l'unité afin d'offrir une expérience de stage formatrice en plus de démontrer aux infirmières du milieu l'apport intéressant du rôle de préceptrice.
- La préceptrice doit « exercer son leadership en mobilisant l'équipe de soins dans le processus d'apprentissage de la préceptoree » et doit « s'approprier les ressources du milieu de stage » (CIFI, 2010, p. 4). Pour ce faire, elle doit, entre autres, aviser l'équipe du milieu clinique du niveau de compétence des

préceptorées, des attentes en lien avec leur collaboration et « utiliser des habiletés de communication stratégique et politique » (CIFI, 2010, p. 5).

Les préceptrices étaient satisfaites de constater que les recommandations partagées avec leurs collègues, tels que de rencontrer l'équipe avant le stage, ainsi que la chef de service afin de connaître leur routine, ainsi que leurs attendus face aux préceptorées et à la préceptrice, étaient corroborées par la littérature. Plus spécifiquement, la préceptrice expérimentée qui avait accompagné la préceptrice novice lors de sa première semaine de stage était satisfaite de constater qu'elle avait joué le rôle de mentor, ce qui était soutenu dans la littérature.

Par ailleurs, la préceptrice qui avait décrit un incident critique à la dernière rencontre a partagé le fait d'avoir utilisé les recommandations des autres membres du groupe avec succès. Effectivement, elle avait pris le temps de rencontrer l'infirmière ainsi que la chef de service pour résoudre le conflit issu de l'intervention de l'infirmière du milieu de stage qui avait donné des directives contradictoires à celles données par la préceptrice à une stagiaire, ce qui avait occasionné un malaise chez la préceptorée et la préceptrice en plus d'un sentiment d'incompétence chez cette dernière.

Ensuite, une deuxième préceptrice a pris le rôle de narratrice et a décrit un incident critique en s'appuyant sur la « Grille d'analyse de l'incident critique 2 » (annexe V). Toutefois, elle n'avait pas rempli la grille avant la rencontre, tel que suggéré lors de la première rencontre. Après la description de l'incident critique, les collègues ont proposé différentes solutions, avant même d'effectuer l'étape de l'analyse. Malheureusement, elles n'ont pas utilisé les grilles d'analyse vierge qui étaient à leur

disposition pour les aider à structurer les différentes étapes du GDSMIC et respecter celles-ci. L'animatrice a recadré la situation et a invité les participantes à commencer par questionner l'infirmière qui avait décrit l'incident afin d'en obtenir une vision plus complète. Puis, l'animatrice a demandé aux participantes de partager leurs interprétations personnelles de la situation. Les réponses des participantes étaient peu explicites et l'animatrice a guidé le groupe en utilisant la reformulation pour faire ressortir les convergences et les divergences dans les différentes interprétations. Ainsi, l'analyse de l'incident critique a été rapide, avec plusieurs périodes de silence.

Cette deuxième rencontre a été très exigeante pour l'animatrice. Il y avait moins de participantes et celles-ci étaient plus passives que lors de la première rencontre. Elles avaient peu de commentaires et aucune des participantes ne désirait partager un nouvel incident critique. Malgré que l'animatrice ait questionné individuellement chaque membre du groupe, aucun exemple relié à la deuxième compétence du référentiel de compétences de la préceptrice, ne fut identifié.

Lors de cette rencontre, sans apport de nouvel incident critique par les participantes, l'animatrice a tenté d'identifier des besoins particuliers chez les préceptrices en posant des questions ouvertes. L'animatrice tentait de rendre pertinent et efficient le temps consacré au groupe de pratique réflexive, car le but des rencontres était de contribuer au développement des compétences des préceptrices. Les préceptrices ont alors mentionné qu'elles souhaitaient une formation magistrale sur les différentes stratégies pédagogiques à utiliser en supervision clinique. Elles disaient se sentir peu outillées pour soutenir l'apprentissage des préceptorées, ce qui est la deuxième compétence du « Référentiel des compétences de la préceptrice » (CIFI, 2010), sans

toutefois avoir d'exemples précis à partager. Cette demande des préceptrices représentait une ouverture vers l'acquisition de nouvelles ressources, ce qui permettait d'offrir un soutien au développement des compétences des préceptrices. L'animatrice a donc accepté d'offrir une formation.

La formation a été structurée sous forme de dîner-conférence puisque les préceptrices avaient souligné qu'il serait avantageux que toutes les infirmières qui agissent comme préceptrices auprès des étudiantes ou des nouvelles employées bénéficient de cette capsule de formation. Ces activités à plus large audience ont alors été planifiées pour l'automne suivant, considérant les vacances estivales des préceptrices du groupe de pratique réflexive. Cette deuxième rencontre s'est terminée sur ce point et il a été convenu que la prochaine date de rencontre aurait lieu après l'été compte tenu de l'absence de supervision de stagiaires durant cette période.

Tout comme suite à la première rencontre, l'animatrice a effectué une recherche de littérature afin d'enrichir les connaissances des participantes dans le cadre de la compétence « Soutenir les préceptorées » (CIFI, 2010, p. 2). Les articles ont ensuite été transmis aux participantes au cours du mois de juin 2014 et un rappel par courriel concernant les lectures à effectuer, a été envoyé au mois d'août, soit cinq semaines avant la rencontre suivante.

Dans les semaines qui ont suivi la deuxième rencontre du GDSMIC, l'animatrice a rencontré la personne-ressource du milieu afin d'organiser une activité de formation continue de 45 minutes sous forme de dîner-conférence ouvert à tous les employés du CSSS agissant à titre de précepteur. Suite à l'accord de la personne-ressource, des

affiches promotionnelles ont été distribuées sur chacune des unités de soins deux semaines avant l'activité. Cette activité a eu lieu à deux reprises en septembre 2014. Une conférence, inspirée de celle donnée aux préceptrices par l'Université de Montréal (Larue, Champagne, Courchesne & Goudreau, 2014) a été présentée et un exemplaire imprimé de la présentation a été distribué aux participants (annexe VI). La présentation était constituée d'un résumé des compétences de la préceptrice et du rôle de cette dernière sur le développement du raisonnement clinique chez les préceptorées. Trois stratégies pédagogiques identifiées par plusieurs auteurs comme étant efficaces pour soutenir les préceptorées dans le développement de leurs compétences, soit la pensée à voix haute (Ericsson, 2006; Phaneuf, 2009; Van Someren, Barnard & Sandberg, 1994), le questionnement (Boswell, 2006; Nicholl & Tracey, 2007; Phillips & Duke, 2001; Sellappah, Hussey, Blackmore & McMurray, 1998; Saeed et al., 2012) et la rétroaction (Archer, 2010; Webster, Goodhand, Haith & Unwin, 2012), ont aussi été présentées. Dans le but d'augmenter l'intégration des connaissances, un exercice sur le questionnement a été réalisé par les participants afin d'expérimenter la formulation de questions de haut niveau (annexe VII). Cette activité a été identifiée comme très enrichissante dans l'évaluation de la formation complétée par 10 des participants. Au total, douze personnes y ont assisté dont deux préceptrices du groupe de discussion.

Déroulement et constats de la dernière rencontre

La dernière rencontre a eu lieu en septembre 2014, soit quatre mois après la rencontre précédente. Une nouvelle personne s'est jointe au groupe, suite à l'obtention

d'un poste comme infirmière clinicienne à la formation et préceptrice de stage. Celle-ci avait assisté au midi-conférence et était heureuse de se joindre au groupe. Au total, quatre préceptrices étaient présentes puisque l'infirmière du CHSLD n'avait pu être libérée. Le retour réflexif distancé, moment où le narrateur de la rencontre précédente, revient sur la situation et partage la présence ou non de nouveaux éléments ou de changements dans sa pratique reliés à la rencontre précédente, n'a pu avoir lieu puisque lors de la rencontre précédente, aucun incident critique n'avait été analysé. De plus, les lectures préalables n'avaient pas été effectuées. Seulement deux des préceptrices présentes à la troisième rencontre étaient présentes à cette dernière rencontre et soulignons le délai important entre les deux rencontres. L'animatrice a donc fait un retour sur les dîners-conférences.

L'absence de lectures préalables et d'incident critique à partager à la rencontre a diminué la durée et la richesse des échanges entre les participantes. Une heure après le début de la rencontre, les participantes n'avaient rien à ajouter en lien avec le besoin de développement de compétences pour soutenir le développement des préceptorées. L'animatrice a finalement offert une présentation magistrale de plus de 45 minutes afin de résumer les articles proposés et de mettre en évidence les recommandations des auteurs en regard de stratégies, tel que le questionnement, la pensée à voix haute ainsi que la rétroaction. D'autres stratégies ont aussi été présentées, telles que faire expliciter le raisonnement clinique de l'apprenant et expliciter son propre raisonnement comme préceptrice (Audétat & Laurin, 2010). De plus, la pertinence de la démonstration et de l'utilisation de contre-exemple dans certains contextes (Giroux & Girard, 2009) a été explorée. Au cours de la présentation, l'animatrice a tenté de stimuler l'intérêt et la participation des préceptrices en les questionnant sur l'applicabilité des stratégies

proposées dans les articles : « Avez-vous déjà utilisé ces stratégies? », « Sont-elles utiles selon vous? », « Est-ce pertinent selon vous d'utiliser ce type de stratégies? », etc. Toutefois, peu de réponses furent données.

Suite à l'exposé magistral et l'explication des différentes stratégies pédagogiques, afin de stimuler les membres du groupe et de les rendre actives dans leur apprentissage, les préceptrices ont expérimenté la formulation de questions de haut niveau par l'utilisation de l'exercice remis aux participantes des diners-conférences (annexe VI). Suite à cela, une discussion sur les différents niveaux de questionnement selon la taxonomie de Bloom (1956) a été débutée. Plusieurs participantes ont souligné avoir pris conscience qu'elles posaient surtout des questions de niveau « connaissance » et que ceci n'aidait pas les préceptorées à développer leur raisonnement clinique. Plusieurs hochements de tête approbateurs ont été perçus, puis de longs silences.

Vers la fin de la rencontre, l'animatrice a demandé au groupe si les deux rencontres précédentes avaient contribué au développement de la troisième compétence du Référentiel de compétences de la préceptrice, soit « Assurer son développement professionnel » (CIFI, 2010, p. 2). Il n'y avait pas eu de rencontre spécifique pour cette compétence, mais une préceptrice a souligné que celle-ci était en continuel développement, que ce soit lors des rencontres, lors des échanges avec les autres préceptrices, avec la coordonnatrice de stage du milieu universitaire, lors des échanges informels avec l'animatrice ou lors de lectures personnelles. Les autres membres étaient d'accord avec cette observation.

Il est important de souligner que le contexte du CSSS a beaucoup changé au cours des mois consacrés au stage. Ainsi, les participantes devaient fournir un important soutien au personnel des unités de soins touchées par d'importantes restructurations et des coupures de postes d'infirmières et d'infirmières auxiliaires sur les unités. Le groupe de discussion a donc aussi été utilisé comme un lieu d'échanges émotionnels reliés à la précarité des équipes et au contexte non optimal pour la formation clinique des stagiaires.

Évaluation de l'intervention

Lors de cette troisième rencontre, suite à la période d'échanges sur les changements des structures organisationnelles vécues dans les milieux cliniques, les participantes ont été invitées à autoévaluer le niveau de développement de leurs compétences comme préceptrices. Un questionnaire d'autoévaluation identifiant les trois compétences du Référentiel de compétences de la préceptrice, les indicateurs et les capacités (annexe VIII) a été utilisé. Les participantes devaient identifier sur une échelle visuelle analogue leur niveau de compétences comme préceptrice: 1) avant l'intervention : par un trait, et 2) à la fin de l'intervention : par une croix (annexe IX). Il est intéressant de souligner que toutes les participantes ont identifié une progression dans les trois compétences reliées au préceptorat avec une progression plus importante de la compétence « Soutenir le développement des préceptorées » (CIFI, 2010, p. 2). Finalement, toutes ont souligné l'intérêt du groupe de discussion pour leur développement professionnel comme préceptrice, mais de la faible possibilité du

maintien de ce type de rencontres de développement professionnel dans le contexte de compressions budgétaires.

Lors de la clôture de la rencontre, la nouvelle préceptrice a souligné qu'elle aurait aimé assister à plusieurs rencontres compte tenu de l'apprentissage qu'elle venait d'y faire en une rencontre. L'animatrice a donc tenu à spécifier que puisqu'elle est maintenant une collègue membre de la même direction du CSSS, elle demeure disponible pour soutenir le développement des compétences des préceptrices de l'équipe des infirmières cliniciennes à la formation, que ce soit par l'animation d'autres groupes de discussion, par l'animation d'autres dîners-conférences, par des échanges informels ou pour fournir des références. D'ailleurs, il est intéressant de souligner qu'une infirmière expérimentée du service de la formation a soumis une demande de formation théorique sur les stratégies pédagogiques à l'animatrice, suite aux commentaires positifs qu'elle a reçus de cette activité. Le partage du matériel didactique a été effectué.

Discussion

Dans cette section, nous présenterons les constats émergeant des trois rencontres identifiées par les observations de l'animatrice. Nous analyserons, par la suite, les résultats de l'autoévaluation des participants. Puis, finalement, nous identifierons les forces et les difficultés reliées au groupe de pratique réflexive.

Constats

Lors de la réalisation de ce stage, il s'est avéré que la problématique identifiée correspondait à la réalité du terrain. Toutes les infirmières cliniciennes rencontrées lors de cette intervention avaient de l'expérience comme infirmière, celle-ci variait de cinq à quinze ans. Toutefois, comme souligné par St-Pierre (2007), l'expertise clinique n'est pas garante de l'expertise comme préceptrice. Effectivement, lorsqu'elles ont été questionnées sur leur expérience, les membres du groupe de discussion ont fait une différence entre le nombre d'années de pratique comme infirmière et le nombre d'années comme préceptrice. Une des participantes s'est même qualifiée de « novice » en tant que préceptrice malgré 10 ans de pratique clinique comme infirmière.

Les préceptrices participantes ont apprécié la reconnaissance théorique de la surcharge de travail associée à la supervision clinique. Elles se disaient satisfaites de constater que l'ampleur des responsabilités reliées à leur fonction était identifiée dans la littérature. Elles ont aussi été reconnaissantes envers leur chef du service d'avoir bénéficié d'un moment de libération pour soutenir leur développement professionnel. Pour la majorité des préceptrices, c'était la première fois qu'elles avaient l'opportunité de

participer à ce type d'activité. Malheureusement, les nombreux changements au sein de l'organisation du CSSS rendent peu probable la réalisation de ce type de rencontres pour l'année 2015.

Une des caractéristiques intéressante du rôle de préceptrice que le groupe de discussion a mis en évidence, c'est la difficulté et la subjectivité reliée à l'évaluation. Ceci va dans le même sens que Tardif (2006) qui indique que l'évaluation est une tâche complexe. Dans ce sens, les préceptrices du groupe ont souligné que certaines stagiaires leur avaient demandé « Comment vous fonctionnez, vous, pour les rencontres cliniques? Est-ce que vous nous donnez des points si on fait un PowerPoint? », « Est-ce que vous donnez des A, vous? Car il y a des profs qui n'en donnent pas » (septembre 2014). Ces paroles de préceptorées tendent à souligner la variabilité des évaluations vécues par ces dernières et fait ressortir la difficulté reliée à l'exécution de cette tâche. D'ailleurs, selon les préceptrices, un sentiment d'inquiétude semblait transparaître des questions des préceptorées.

Une autre observation qui illustre la pertinence de l'intervention, c'est l'atteinte des buts fixés initialement. Effectivement, l'autoévaluation réalisée par les préceptrices participantes a mis en évidence leur perception d'avoir développé les trois compétences identifiées dans le « Référentiel des compétences de la préceptrice » de la FSI (CIFI, 2010). Chaque participante a identifié un niveau de compétences plus élevée à la fin de l'intervention comparativement à la période précédant celle-ci (annexe IX).

Par ailleurs, les membres du groupe ont apprécié le partage d'expériences des autres participantes et certaines d'entre elles ont maintenu contact après les rencontres.

L'embryon d'une communauté de pratique semble être apparu. Celle-ci, se caractérise par la dimension collective de l'apprentissage. Les personnes acquièrent des connaissances « ainsi qu'une compréhension partagée des concepts et trouvent important d'apprendre ensemble » (Leclerc & Labelle, 2013, p. 2). Dans ce sens, les préceptrices, qui ont gardé contact, partagent des savoirs expérientiels afin d'obtenir une même vision de certaines situations et un choix commun des meilleures stratégies d'interventions, par exemple, pour soutenir les préceptorées.

Bien que la problématique sous-jacente à ce stage soit justifiée et que les objectifs principaux ont été atteints, il n'en demeure pas moins que plusieurs difficultés ont été rencontrées. Heureusement, il y a eu aussi des facteurs facilitants permettant d'équilibrer le tout.

Forces et facilitants du stage

Pour ce qui est des facilitants, il est important de mentionner la collaboration du service de formation et des gestionnaires des infirmières cliniciennes qui ont participé au groupe de discussion. Effectivement, la libération des infirmières pour deux heures et demie, soit tout l'après-midi, et ce, à trois reprises a facilité le groupe de discussion. Le fait que l'animatrice est devenue une employée du CSSS a permis une certaine proximité et plusieurs échanges informels entre les préceptrices et cette dernière. Cette facilité de contact et sa disponibilité ont permis le partage de savoirs théoriques et expérientiels en dehors des rencontres du groupe de discussion. De plus, le fait que l'animatrice avait plusieurs années d'expérience comme préceptrice a augmenté la crédibilité de cette

dernière lors des rencontres. La philosophie de formation continue et de développement professionnel du CSSS venait aussi soutenir le projet. De plus, la possibilité pour les infirmières préceptrices de compiler des heures de formation non accréditées auprès de leur ordre professionnel a aussi stimulé la participation de certaines préceptrices.

Pour ce qui est des forces, le groupe de discussion structuré selon la méthode des incidents critiques a réussi à être constitué d'au moins quatre membres à chacune des rencontres ce qui, selon Chamberland et al. (1995), est le nombre minimal pour permettre aux membres du groupe de discussion d'effectuer une construction des savoirs. À ce niveau, nous pouvons souligner qu'il y a eu six participantes à la première rencontre, trois à la deuxième et quatre à la dernière rencontre, auxquelles s'ajoute l'animatrice. Nous pouvons donc constater que le nombre de participants était limité à la deuxième rencontre ce qui pourrait peut-être expliquer le manque d'interaction noté lors de cette rencontre. Deux des infirmières cliniciennes à la formation ont assisté à toutes les rencontres et aux dîners-conférences.

Limites et difficultés du stage

Premièrement, pour ce qui a trait aux difficultés rencontrées, nous pouvons identifier le contexte de pratique actuel, qui ne favorise pas ou ne priorise pas que l'infirmière prenne un temps de réflexion pour analyser sa pratique. Le système de santé actuel est davantage orienté vers l'action et l'intervention des soins directs aux usagers dans une structure en continuel changement dans un souci d'accessibilité des soins. Le

temps d'arrêt relié à l'analyse de sa pratique n'est pas présentement encadré dans le plan de développement des ressources humaines du milieu.

Deuxièmement, le nombre restreint de participantes pour l'activité peut aussi être vu comme un obstacle. Effectivement, seulement six participantes ont été identifiées avec la personne-ressource et il y a eu plusieurs changements de personnel dans son équipe. Le service de la formation ne fait pas exception et un roulement de personnel a été observé. Effectivement, deux membres du groupe ont quitté le service de la formation durant la réalisation du stage. Un autre obstacle, c'est qu'étant donné la variabilité des disponibilités des participantes reliée à l'horaire de travail de chacune, soit de jour ou de soir ainsi que le statut de travail à temps partiel versus à temps complet et la supervision de stagiaires jusqu'à quatre jours par semaine, la présence de tous les membres du groupe n'a été possible qu'à la première rencontre.

Troisièmement, il a été impossible de respecter l'horaire initialement fixé. Des délais reliés aux échéanciers du processus d'approbation du stage ont fait que celui-ci a débuté en avril au lieu de février, tel que prévu initialement pour respecter le principe d'alternance (Clorennec, 2009; Perrenoud, 2001), qui se caractérise par la succession de théorie et de pratique dans le but d'appliquer rapidement les nouveaux savoirs afin de permettre l'intégration de ceux-ci. Le respect de ce principe a occasionné une pause de quatre mois entre la deuxième et la dernière rencontre ce qui a probablement contribué au manque d'engagement des participantes dans la préparation à la troisième rencontre.

Un autre défi vécu durant ce stage a été lié au maintien de la signifiante des rencontres et, par le fait même, de la motivation des participantes. Lors de la première

rencontre, un grand intérêt interprété comme de la motivation à se développer professionnellement a été perçu. Toutefois, l'animatrice n'a pas observé le même engagement lors des deuxième et troisième rencontres. Face à ce constat, l'animatrice s'est questionné sur la pertinence de maintenir l'activité puisque le but premier est de répondre aux besoins des membres du groupe. Afin de satisfaire les membres du groupe et ainsi peut-être augmenter la participation active, la première grille d'analyse d'incident critique présentée au groupe et dont les participants ont trouvé difficile la compréhension, a été améliorée en incluant des exemples pour chaque item afin de faciliter sa complétion. Toutefois, malgré cela, la grille n'a pas été utilisée lors des rencontres subséquentes, mais un incident critique a tout de même été partagé lors de la deuxième rencontre.

Par ailleurs, l'animatrice du groupe de pratique réflexive était novice dans ce rôle clé pour le déroulement du groupe de pratique réflexive. Elle avait effectué plusieurs lectures préparatoires sur le sujet et avait déjà participé à des groupes de codéveloppement. Toutefois, l'animation d'un groupe de pratique réflexive s'est avérée beaucoup plus complexe et déstabilisante que la participation à des groupes de discussion sous forme de groupe de codéveloppement. Ce manque d'expérience comme animatrice peut probablement expliquer le manque de rigueur dans le respect de la structure d'analyse dans le groupe de pratique réflexive structurée selon la méthode des incidents critiques. D'ailleurs, Zaher et Ratnapalan (2012) soulignent que l'animatrice du groupe de discussion doit être formée pour animer adéquatement. Peut-être est-ce que ce manque d'expérience comme animatrice a influencé la participation des préceptrices lors des deuxième et troisième rencontres? Ce manque d'expérience a toutefois fort probablement influencé les sentiments négatifs de l'animatrice qui s'est senti démunie à quelques

reprises mais qui n'a pas su aller chercher du soutien des personnes-ressources de son milieu de stage et son milieu académique.

Finalement, nous ne pouvons malheureusement évaluer avec exactitude la progression de chaque préceptrice par rapport à son taux de participation car l'autoévaluation des compétences (annexe X) réalisées à la dernière rencontre était anonyme. Il n'est pas possible d'identifier si le nombre de rencontres de participation à un groupe de pratique réflexive influence positivement le développement des compétences des préceptrices.

Dîner-conférence : Forces, faiblesses et recommandations

Le dîner-conférence fait suite à une demande des préceptrices lors de la deuxième rencontre. La demande consistait en une formation magistrale sur des stratégies pédagogiques pour la supervision clinique. Cette formation n'était pas prévue dans le stage puisque ce n'est pas une stratégie privilégiée dans l'approche par compétences. Toutefois, le besoin était présent et la collaboration de la directrice, madame Goudreau et du CIFI pour l'utilisation de la formation « Sur le chemin des compétences de l'infirmière préceptrice » (CIFI, 2014) a facilité l'élaboration de l'activité qui fut d'ailleurs ouverte à tout le personnel du CSSS agissant comme précepteur ou préceptrice. Suite à l'accord des préceptrices présentes à la deuxième rencontre, les deux dîners-conférences ont remplacé une des quatre rencontres du groupe de pratique réflexive prévues initialement. Il est intéressant de souligner que seulement deux membres du groupe de discussion et 10 autres infirmières se sont prévaluées de la formation, malgré

que celle-ci ait été demandée par les préceptrices elles-mêmes. Malgré cette faible participation, les commentaires recueillis auprès de quelques préceptrices (annexe X) étaient très positifs car ils soulignaient l'apport de nouvelles connaissances et surtout l'application à la pratique de l'exercice effectué sur le questionnement (annexe VII). Cette évaluation positive de l'exercice tend à souligner l'intérêt plus marqué des participantes pour la pédagogie active associée à la réalisation d'une activité, malgré une demande initiale de formation magistrale. Il semble donc y avoir une certaine contradiction entre les demandes formulées et le type de pédagogie.

Une recommandation possible pour augmenter l'attraction de cette formation est l'accréditation. Certainement que le taux de participation aurait été plus élevé si 45 minutes de formation accréditée avaient été octroyées aux participantes. Effectivement, cela aurait répondu à un besoin souvent soulevé par les infirmières soit d'avoir accès à de la formation accréditée, sans frais, sur leur lieu de travail. Toutefois, puisque cette accréditation engendre des frais monétaires pour l'organisation, un engagement des infirmières préceptrices à participer à plusieurs rencontres seraient nécessaire pour justifier l'investissement. Une autre recommandation serait d'augmenter la signifiante des formations offertes. Au lieu d'annoncer la formation sur les babillards du CSSS durant deux semaines, il aurait été plus dynamique de rencontrer les infirmières personnellement pour encourager leur participation.

Finalement, puisque les dîners-conférences en eux-mêmes ne semblent pas avoir eu de véritable impact sur le développement des compétences des préceptrices, ces derniers pourraient devenir un lieu de recrutement pour le GDSMIC. Ainsi, le besoin initial d'être informée pourrait être un élément déclencheur de l'identification du besoin

de développer ses compétences comme préceptrice. Ces dernières seraient ainsi invitées lors des dîners-conférences, à participer au GDSMIC dans le but de se développer professionnellement comme préceptrices.

Recommandations

En tant que cadre-conseil, il est important d'évaluer le meilleur temps pour initier un projet afin de prendre en considération les divers enjeux du CSSS qui guideront les priorités des différents intervenants qui participeront aux interventions. Pour améliorer la continuité de l'intervention et en retirer le plus de bénéfices possibles, le stage de maîtrise aurait dû être réalisé de janvier à mai ou de septembre à décembre afin de maintenir une suite aux rencontres et éviter une pause qui rend le retour sur l'incident critique difficile et qui diminue la signifiante et, par le fait, même la motivation à effectuer les lectures préalables. Des rencontres mensuelles ou même bimensuelles permettraient une meilleure fluidité et une signifiante plus grande des lectures proposées. Une gestion de projet et un échéancier clair et réaliste devraient être réalisés avec les membres du groupe afin de s'assurer de la faisabilité de l'intervention.

Puisque l'intégration de nouvelles ressources et le développement des compétences passent par l'application de celles-ci, il est important de permettre aux préceptrices d'appliquer leurs nouveaux savoirs. Dans ce sens, le respect du principe d'alternance semble une stratégie à privilégier. D'ailleurs, lors de la deuxième rencontre, le retour distancé a permis de souligner l'utilisation des nouvelles ressources par la préceptrice.

Puisque le GDSMIC doit répondre aux besoins du groupe, il serait intéressant d'effectuer un suivi en lien avec des paroles de préceptorées rapportées par les préceptrices sur la variation reliée à l'évaluation des compétences des préceptorées. Effectivement, une rencontre du GDSMIC avec une coordonnatrice de l'université

pourrait s'avérer intéressante pour discuter d'incidents critiques liés à l'évaluation et ainsi permettre le développement de la première compétence du référentiel de compétences de la préceptrice, soit « Établir et maintenir un partenariat avec les membres de l'équipe et autres personnes impliquées dans la formation » (CIFI, 2010, p. 2).

Afin de pouvoir identifier un lien entre le nombre de rencontres et le niveau de développement des compétences des préceptrices, il est recommandé d'effectuer une mesure du niveau de compétence avant et après l'intervention. Chaque préceptrice est ainsi invitée à autoévaluer son niveau de compétence à deux reprises. Le questionnaire devrait inclure l'identité de la préceptrice afin d'évaluer la progression des compétences de cette dernière. De plus, une corrélation avec le nombre de présences dans le GDSMIC pourrait être effectuée. Ceci aurait permis de mieux comprendre l'impact réel d'une participation active aux trois séances par rapport à une participation ponctuelle, en plus de démontrer si le dîner-conférence a eu un véritable impact sur le développement des compétences des préceptrices.

L'utilisation d'autres stratégies pédagogiques, plus réalistes dans le contexte actuel, tel que le *coaching*, permettrait d'assurer un soutien individualisé au développement des compétences de la préceptrice. Celui-ci se définit comme « l'accompagnement [...] d'un professionnel [...] qui lui permet d'atteindre un niveau d'équilibre et de performance optimal, et un meilleur savoir [...] il favorise l'ensemble de son potentiel » (Higy-Lang & Gellman, 2002, p. 7). Il permet aussi de partir du niveau de compétences actuel de la préceptrice et de la soutenir dans son développement. Effectivement, selon Lenhardt (2006), le *coaching* est l'accompagnement d'une personne dans une situation précise dans le but de la soutenir dans l'élaboration de solutions, « ceci

dans une perspective de développement durable et global » (p. 5-6). Il permettrait donc de soutenir le développement de chacun en s'ajustant aux niveaux de compétences et aux besoins spécifiques des préceptrices.

Dans une approche par compétences, les stratégies pédagogiques actives sont à privilégier. Toutefois, puisque le but des différents types de groupe de développement de pratique professionnelle, tel que le GDSMIC, est toujours de répondre aux besoins des participants, la demande d'un dîner-conférence sur les stratégies pédagogiques à utiliser auprès des préceptrices est justifiable, car il répond à un besoin. Par contre, il aurait été préférable de questionner les préceptrices sur le besoin sous-jacent à cette demande. Effectivement, nous pouvons nous questionner sur la perception que des préceptrices ont qu'une formation magistrale répond à leurs besoins, surtout après l'observation lors des dîners-conférences que la pédagogie active est plus appréciée. Mais, nous pouvons aussi émettre comme hypothèse que cela prend une formation magistrale d'abord pour apprécier l'activité de pédagogie active qui suit. Ceci permet la comparaison au sein d'une même activité de formation, de différentes stratégies pédagogiques. Nous recommandons donc de combiner différentes stratégies pédagogiques afin d'offrir la possibilité aux participants de découvrir eux-mêmes le potentiel formateur des stratégies actives.

Malgré la faible valeur ajoutée sur le développement des compétences, nous recommandons tout de même d'offrir la capsule de formation sous forme de dîner-conférence sur le quart de soir et de nuit. L'apport positif sur l'acquisition de nouvelles connaissances attribué aux dîners-conférences par les participantes justifie cette recommandation. Cette formation devrait être offerte dans le but de fournir de nouvelles

connaissances aux infirmières qui agissent comme préceptrices auprès des nouvelles embauchées, sachant qu'elles ont moins de personnes-ressources pour les soutenir dans leur fonction puisqu'il y a peu ou pas de personne-ressource en formation sur ces deux quarts de travail.

En lien avec le nombre restreint de participantes au groupe de pratique réflexive, nous recommandons l'utilisation d'une forme plus ouverte de groupe de discussion permettant la présence d'autres préceptrices afin d'augmenter le nombre de participants et, par le fait même, le nombre d'interactions et d'acquisitions de ressources. Il serait donc intéressant d'élargir la population-cible afin d'intégrer aussi les préceptrices qui supervisent une seule stagiaire, puisque les compétences de la préceptrice sont les mêmes pour les préceptrices qui supervisent un ou plusieurs préceptorés (St-Pierre, 2007).

Finalement, en lien avec l'expertise novice de l'animatrice, nous recommandons fortement que l'animatrice du groupe de discussion soit formée pour effectuer ce rôle afin de faciliter les échanges et aussi recadrer adéquatement le groupe. De plus, il serait souhaitable qu'elle ait accès à un mentor pour la soutenir. Peut-être même qu'un groupe de pratique réflexive pour des animatrices de ce type de groupe de développement professionnel serait envisageable afin d'offrir un développement des compétences d'animatrice à celles-ci.

Retombées pour la pratique des préceptrices

Plusieurs participantes du groupe de discussion ont souligné avoir apprécié apprendre d'autres outils de soutien au développement des compétences des préceptorées. De plus, le partage entre les préceptrices a permis d'établir un lien entre celles-ci. Par exemple, l'une des infirmières du CHSLD était heureuse de pouvoir rencontrer d'autres personnes qui vivaient les mêmes difficultés et les mêmes défis qu'elle.

Une autre retombée pour le milieu est la mise à jour de la formation « Outillons nos préceptrices » élaborée initialement par le service de formation du CSSS. Le questionnement de haut niveau avec la taxonomie de Bloom a été intégré dans la formation. Les nouveaux savoirs acquis durant le stage sur les différents niveaux de questionnement ont permis aux préceptrices de formuler des questions de niveaux plus complexes dans le but d'orienter l'apprentissage des préceptorées vers des capacités d'analyse, d'évaluation et de synthèse. En plus de l'explication de cette stratégie, les participantes de la formation sont invitées à expérimenter l'élaboration de questions, soit le même exercice utilisé lors des dîner-conférences. Cette formation est donnée plusieurs fois par année pour préparer les infirmières et infirmières auxiliaires du CSSS à intervenir comme préceptrices lors de l'embauche de nouveau personnel ou la mutation d'employés au sein du CSSS. Plusieurs professionnels pourront donc bénéficier des retombées de l'intervention.

Conclusion

Le développement des compétences de la préceptrice est essentiel pour offrir une formation initiale de qualité aux futures infirmières. Le groupe de discussion structurée selon la méthode des incidents critiques s'est avéré une bonne stratégie de développement professionnel. Par conséquent, trois activités sont prévues pour diffuser les résultats de ce stage. Premièrement, une présentation sera effectuée auprès de l'équipe de la direction des soins infirmiers et de la formation du CSSS où a eu lieu le stage. Deuxièmement, une présentation orale a été effectuée au Colloque Alice Girard, à l'Université de Montréal en mai 2015 et une présentation sera effectuée à l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Laurentides/Lanaudière en 2016. Troisièmement, une présentation sur le programme de préceptorat du CSSS et de la valorisation du développement des compétences des préceptrices sera soumise au colloque annuel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en 2016. En espérant que ce travail a su et saura démontrer la valeur ajoutée d'offrir, en tant que gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux, l'opportunité aux préceptrices de développer leurs compétences pour assumer adéquatement leur rôle essentiel auprès des préceptorées, notre relève infirmière.

Références

- Aita, M., Lampron, A., Héon, M., Dupuis, F., & LeMay, S. (2013). Les groupes de codéveloppement professionnel. Une approche d'apprentissage qui arrime recherche et pratique clinique. *Perspectives infirmières*, 10(4), 31-34.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2004). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Édition du centenaire 2008. Repéré à <http://www.cna-aaic.ca>
- Archer, C. A. (2010) State of the science in health professional education: effective feedback. *Medical Education*. 44, 101–108. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03546.x
- Audétat, M-C. & Laurin, S. (2010). Supervision du raisonnement clinique : Méthodes et outil pour soutenir et stimuler un raisonnement clinique efficace. *Le Médecin de famille canadien*. 56, 294-296.
- Bara, S., Lischynski, K., Scotland, D., Tan, K. & Tarmohamed, N. (n.d.). *Préceptorat efficace : Guide des pratiques exemplaires*. Association canadienne des technologues en radiation médicale. Repéré à www.camrt.com
- Barker, E. R. & Pittman, O. (2008) Becomming a super preceptor : A practical guide to preceptorship in today's clinical climate. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 22, 144-149.
- Beecroft, P. , McClure Hernandez, A. & Reid, D. (2008). Team preceptorships: A New Approach for Precepting New Nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*. 24(4), 143-148.
- Benner, P. (1995). De novice à expert : Excellence en soins infirmiers. Montréal : ERPI, 252 p.
- Bloom, B.S., (1956). *Taxonomy of Educational Objectives, Handbook I: The Cognitive Domain*. David McKay Co Inc., New York.
- Boswell, C. (2006). The Art of Questioning: Improving Critical Thinking. Dans Oermann, M. H. (Ed.), *Innovations in Curriculum, Teaching, and Student and Faculty Development : Annual Review of Nursing Education*. 4 (15), 291-304. Springer Publishing Company.
- Brunet, Y. (2009). *Élaboration d'un guide d'encadrement pour le mentorat auprès du personnel enseignant débutant en soins infirmiers au collégial*. Mémoire de maîtrise. Université de Sherbrooke.
- Burns, C., Beauchesne, M., Ryan-Krause, P. & Sawing, K. (2006). Mastering the Preceptor Role: Challenges of Clinical Teaching. *Journal of Pediatric Health Care*, 20 (3), 172-183.

- Centre d'innovation en formation infirmière (2010). *Référentiel des compétences de la préceptrice*. Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal.
- Centre d'innovation en formation infirmière (2014). *Sur le chemin des compétences de l'infirmière préceptrice*. Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal. formation powerpoint!
- Chamberland, G., Lavoie, L. & Markis, D. (2006). *20 formules pédagogiques*. Presse de l'Université du Québec : Québec
- Chapados, C., Audétat, M-C & Laurin, S. (2014). Le raisonnement clinique de l'infirmière. 11(1), 37-40. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol11no1/10-recherche.pdf>
- Chocat, J. (2009). *Le savoir d'expérience : une mise en récit à explorer entre pratique réflexive et didactique professionnelle*. Repéré à http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Savoir_experience_pratique_r%C3%A9flexive_et_didactique_Jean_Chocat_Limoges.pdf
- Clorennec, J-Y. (2009). Au cœur de l'alternance, le carnet de stage : analyse et enjeux dans la construction des compétences professionnelles. *Identités professionnelles, alternance et universitarisation*. Bourgeon, D. (dir.). Edition Lamarre : Éditeur. France. (4), 93-148.
- Desrosiers, F. (2009). *Étude des pratiques de supervision de stage dans un programme par compétences en soins infirmiers au collégial*. Mémoire de Maîtrise. Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke.
- Dewolf, J. A., Perkin, C.A., Harrison, M.B., Laschinger, S., Oakley, P. , Peterson, J. et al. (2010). Strategies to Prepare and Support Preceptors and Students for Preceptorship. *Nurse Educator*, 35 (3), 98-100.
- Dupuis, M., De Peyrolle, M., Bouziat, N. & Mathieu, M. (2010). L'expertise infirmière, une plus-value pour la qualité des soins. Dans *Revue de l'infirmière*, Elsevier Masson, Paris, France, N°161, 27-29.
- Ericsson, K. A. (2006). Protocol analysis and expert thought: Concurrent verbalizations of thinking during experts' performance on representative task. In Ericsson, K. A., Charness, N., Feltovich, P. & Hoffman, R. R. (Eds.). *Cambridge handbook of expertise and expert performance*. 223-242. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Giroux, M. & Girard, G. (2009). Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. *Pédagogie Médicale*. 10 (3): 193–210. doi: 10.1051/pmed/20099991

- Ha, L. & Pepin, J. (2008). *Les stages en sciences infirmières. Recension d'écrits. Comité d'expert sur les stages clinique*. Centre d'innovation en formation infirmière, Faculté des sciences infirmière. Université de Montréal : Montréal
- Houle, D. & Terrien, D. (2005). *Gestion de situations pédagogiques difficiles dans un contexte de supervision clinique en sciences infirmières*. Université du Québec en Outaouais. Repéré à http://w3.uqo.ca/giresss/docs/cahier4_gestionsituations.pdf
- Hsu, L.-L. (2006). An analysis of clinical teacher behaviour in a nursing practicum in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 15(5), 619-628
- Higy-Lang, C, & Gellman, C. (2002). *Le Coaching*. Paris: Éditions d'Organisation. 374 p.
- Jonnaert, P. (2002). *Compétences et socioconstructivisme. Un cadre théorique*. Édition de Boeck Université : Bruxelles
- Larue, C., Champagne, N., Courchesne, J. & et Goudreau, J. (2014). Formation « *Sur le chemin des compétences de l'infirmière préceptrice* ». Centre d'Innovation en Formation Infirmière.
- Lasnier, F. (2000). Les stratégies d'enseignement. *Réussir la formation par compétences*. Montréal : Guérin. 406-415.
- Leclerc, C., Bourassa, B. & Filteau, O. (2010). Utilisation de la méthode des incidents critiques dans une perspective d'explicitation, d'analyse critique et de transformation des pratiques professionnelles. *Éducation et francophonie*. XXXVIII. Repéré à www.erudit.org
- Leclerc, M. & Labelle, J. (2013). Au cœur de la réussite scolaire: communauté d'apprentissage professionnelle et autres types de communautés. *Éducation et francophonie*. Repéré à http://www.acelf.ca/c/revue/pdf/EF_41-2_complet2-Web.pdf
- Lenhardt, V. (2006). *Coaching : Tout ce que vous souhaitez savoir sur le coaching. Réponses d'un spécialiste*. Paris: Dunod.
- Leroux, J. L. (2014). *Évaluer pour faire apprendre. Se former à la pédagogie de l'enseignement supérieur*. Ménard, L. & St-Pierre, L. (dir.). Chenelière Éducation: Montréal. (13), 333-353.
- Levy, S. L., Sexton, P. , Willeford, K. S., Barnum, M. G., Guyer, S., Gardner, G. & Fincher, L. (2009). Clinical Instructor Characteristics, Behaviors and Skills in Allied Health Care Settings: A Literature Review. *Athletic Training Education Journal*. 4(1), 8-13.

- Luhanga, F. L., Billay, D., Grundy, Q., Myrick, F. & Yonge, O. (2010) The one-to-one relationship : is it really key to an effective preceptorship experience? A review of the literature. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 7(21), doi: 10.2202/1548-923X.2012.
- Martineau, S. & Simard, D. (2001). *Les groupes de discussion*. Presse de l'Université du Québec. Sainte-Foy : Québec. 163 p.
- Masciotra, M. D. (2005). Réflexivité, Métacognition et compétence. *Vie pédagogique*. (134), 29-31.
- McCarthy, M. & Murphy, S. (2010). Preceptors experiences of clinically educating and assessing undergraduate nursing students: an Irish context. *Journal of Nursing Management*. 18(2), 234-244.
- Ménard, L. & St-Pierre, L. (2014). Paradigmes et théories qui guident l'action. *Se former à la pédagogie de l'enseignement*. Ménard, L. & St-Pierre, L. (dir.). Chenelière Éducation : Montréal. (1), 19-34.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (2008). *Programme national de soutien clinique : Volet préceptorat, Cadre de référence*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-526-01.pdf>
- Moisan, R. (2001). Favoriser la motivation scolaire, toute une mise en scène. *Pédagogie collégiale*. 14 (4), 40-46.
- Nicholl, H. M. & Tracey, C. A. (2007) Questioning: a tool in the nurse educator's kit. *Nurse Education in Practice*. 7(5), 285-292.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009). Recommandation sur les stages cliniques dans la formation infirmière intégrée. Rapport du comité d'expert sur les stages cliniques. Repéré à <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/recommandations-sur-les-stages-cliniques-dans-la-formation-infirmiere-integr>
- Ouellet, F. (2006). Socioconstructivisme et enseignement collégial. *Pédagogie collégiale*. 19 (3), 17-23.
- Perrenoud, P. (2001). Articulation théorie-pratique et formation de praticiens réflexifs en alternance. *Alternance et complexité en formation*. Edition Seli Arslan : Paris. 10-27.
- Perrenoud, P. (2004). Évaluer des compétences. Dans La note en pleine évaluation. *L'Éducateur*. 8-11.
- Phaneuf, M. (2009). *La réflexion à voix haute, complément ou substitut de la démarche de soins?* Repéré à <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/01/La-reflexion-.pdf>

- Pharand, D. (2007). L'évaluation de l'enseignement des sciences infirmières en milieu clinique : des compétences à développer, plutôt que des comportements à prioriser. *Revue des Sciences de l'Éducation*, 33 (3), 707-725.
- Phillips, D. & Duke, M. (2001). The questioning skills of clinical teachers and preceptors: a comparative study. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 523-529.
- Poliakow, D. (2003). Projections affectives et remédiations cognitives. *Recherche & Éducation*. Société Binet Simon : Éditeur. Repéré à <http://rechercheseducations.revues.org>
- Pringle, D., Green, L. & Johnson, E. (2004). *Nursing education in Canada: Historical review and current capacity*. Ottawa: Nursing Sector Study.
- Saeed, T., Khan, S., Ahmed, A., Gul, R., Cassum, S., & Parpio, Y. (2012). Development of students critical thinking: The educators ability to use questioning skills in the baccalaureate programmes in nursing in Pakistan. *School of Nursing*, Aga Khan University: Editeur. Karachi, Pakistan.
- Schön, D. A. (1983). *Le praticien réflexif : À la recherche su savoir caché dans l'agir professionnel*. Traduit et adapté par Jacques Heynemand et Dolorès Gagnon (1994). Les Éditions LOGIQUES. Montréal.
- Sellappah, S., Hussey, T., Blackmore, A. M & McMurray, A. (1998). The use of questioning strategies by clinical teachers. *Journal of Advanced Nursing*. 28(1), 142-148.
- St-Pierre, L. (2007). *Se former pour mieux superviser en sciences infirmières*. Beauchemin : Chenelière Éducation. Montréal. 171 p.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*. 45 (6), 204-211.
- Tardif, J. (1998). L'apprentissage d'abord. Dans J. Tardif (dir.), *Intégrer les nouvelles technologies de l'information- Quel cadre pédagogique?* Paris, France : ESF Éditeur, 31-49.
- Tardif, J. (2003). Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise en œuvre. *Pédagogie collégiale*. 16(3), 36-44.
- Tardif, J. (2006). *L'Évaluation des compétences : Documenter le parcours de développement*. Chenelière Éducation.
- Tyler, I., Rowlands, M. & Spasoff, R. (2009). Analyse des méthodes d'éducation en Santé publique au cours des études menant au doctorat en médecine au Canada. Forces, faiblesses et applicabilité des méthodes pédagogique. *L'Association des facultés de médecine du Canada*. Repéré à www.afmc.ca/pdf/French%20-%20Teaching%20Methods.pdf

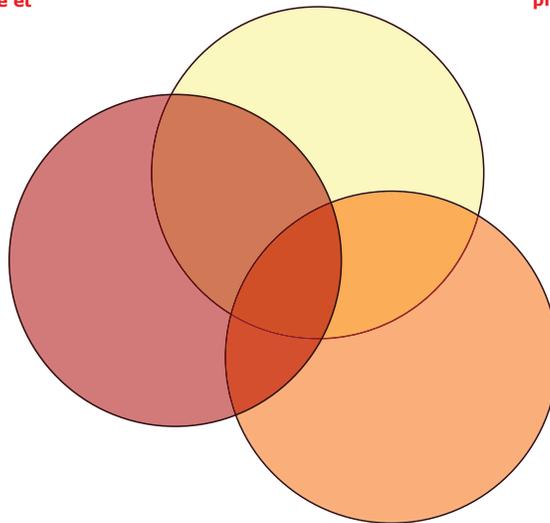
REFERENTIEL DES COMPETENCES DE LA PRECEPTRICE

MIS A JOUR SEPTEMBRE 2010

Le programme de formation vise à préparer la préceptrice à soutenir et à guider la préceptorée dans le développement de ses compétences, en collaboration avec les ressources du milieu et à la lumière des développements en sciences infirmières.

Établir et maintenir un partenariat avec les membres de l'équipe et autres personnes impliquées dans la formation

Soutenir l'apprentissage des préceptorées



Assurer son développement professionnel

COMPETENCES : DEFINITIONS ET RESSOURCES		
Établir et maintenir un partenariat avec les membres de l'équipe et autres personnes impliquées dans la formation	Soutenir l'apprentissage des préceptorées	Assurer son développement professionnel
La préceptrice s'approprie son rôle, en établissant et en maintenant un partenariat, en suscitant la collaboration des membres de l'équipe et en faisant appel aux ressources disponibles.	La préceptrice assure un rôle de soutien et d'évaluation par la qualité de son accompagnement , par ses capacités à être un modèle de rôle , à stimuler le jugement clinique de la préceptorée tout en offrant une rétroaction constructive .	La préceptrice assure son développement professionnel en demeurant à l'affût des nouveautés autant cliniques que pédagogiques et en démontrant une pratique réflexive
Ressources : Savoir- Savoir-faire – Savoir- être		
Rôle: modèle de préceptorat; programme en APC, rôle, droits et responsabilités ; Ressources : connaissance du milieu, des partenaires, des ressources documentaires disponibles ; Collaboration intra et interdisciplinaire : contribution de la préceptorée et de l'équipe multidisciplinaire à l'apprentissage. Etc.	Accompagnement : connaissance de soi (style), relation d'aide, méthode, rythme ; Modèle de rôle : maîtrise des notions/habilités/ ressources / pratiques exemplaires ; Jugement clinique : stratégie pour l'atteinte des niveaux de compétences ; Évaluation : approche dans un contexte d'APC, outils et méthodes, autoévaluation, rétroaction. Etc.	Nouveautés cliniques : procédures de soins, processus professionnel, organisationnel et clinique; Nouveautés pédagogiques : orientations, outils, stratégies; Pratique réflexive : étapes de la démarche, capacité à tenir compte des rétroactions. Etc.

PROFIL DE COMPÉTENCE ET FAMILLES DE SITUATIONS

PROFIL DE SORTIE DE LA PRÉCEPTRICE

Assurer de façon autonome l'accompagnement de la préceptorée en collaboration avec l'équipe clinique et les autres personnes impliquées dans la formation
 Exercer un jugement éclairé dans l'accompagnement des préceptorées en tenant compte des compétences visées et ce, de concert avec l'équipe impliquée
 Démontrer une vision positive (proactive) de la discipline. Assurer son développement professionnel.

FAMILLE DE SITUATIONS

Accompagnement auprès des préceptorées de 1^e, 2^e et 3^e année qui sont en cours de formation au baccalauréat incluant les externes.
 Accompagnement auprès des infirmières débutantes qui sont nouvellement engagées dans un établissement de santé ou qui sont nouvelles dans l'unité de soins où elles seront, dorénavant, infirmière.

COMPÉTENCES DES PRECEPTRICES

Établir et maintenir un partenariat avec les membres de l'équipe et autres personnes impliquées dans la formation	Soutenir l'apprentissage des préceptorées	Assurer son développement professionnel
Capacités et indicateurs	Capacités et indicateurs	Capacités et indicateurs

<p>1. S'approprier son rôle de préceptrice</p> <p>1.1 Définit son rôle de préceptrice en fonction des compétences à atteindre par la préceptorée</p> <p>1.2 Exerce son leadership en mobilisant l'équipe de soins dans le processus d'apprentissage de la préceptorée</p> <p>1.3 S'approprie les ressources du milieu de stage</p>	<p>1. Soutenir le développement du jugement clinique et des autres compétences de la préceptorée en tenant compte du niveau de compétence attendu</p> <p>1.1 Évalue en collaboration avec la préceptorée ses besoins d'apprentissage</p> <p>1.2 Met en place des activités d'apprentissage fondées sur l'APC et la pédagogie active qui favorisent le développement des compétences</p> <p>1.3 Utilise des stratégies fondées sur l'APC et la pédagogie active</p> <p>1.4 Favorise la pratique réflexive tout au long du préceptorat</p>	<p>1. Actualiser ses compétences au plan clinique et pédagogique</p> <p>1.1 Effectue une mise à jour de ses connaissances au plan clinique concernant son champ disciplinaire</p> <p>1.2 Effectue des mises à jour de ses connaissances au plan pédagogique</p> <p>1.3 Met à jour ses savoirs en matière de procédures et protocoles du milieu clinique</p>
--	---	---

<p>2. Susciter la collaboration de l'équipe intra et interprofessionnelle</p> <p>2.1 Utilise des habiletés de communication stratégiques et politiques</p> <p>2.2 Renseigne les personnes concernées sur l'évolution de la préceptorée</p> <p>2.3 Favorise et reconnaît la contribution de l'équipe intra et interprofessionnelle dans l'accompagnement de la préceptorée</p> <p>2.4 Gère des situations conflictuelles de préceptorat</p>	<p>2. Accompagner la préceptorée dans ses apprentissages, en partenariat avec le milieu clinique</p> <p>2.1 Établit une relation empreinte de respect et de réciprocité avec les préceptorées</p> <p>2.2 Module son niveau d'accompagnement selon la progression de la préceptorée</p> <p>2.3 Favorise l'intégration de la préceptorée à l'environnement de soins</p>	<p>2. Développer une pratique réflexive</p> <p>2.1 Met en pratique des activités réflexives par rapport à ses interventions cliniques et éducatives</p> <p>2.2 Tient compte de la rétroaction de ses collègues ou de ses supérieurs lors de l'évaluation formative et/ou certificative.</p>
	<p>3. Évaluer à des fins formatives ou certificatives le niveau de compétence de la préceptorée</p> <p>3.1 Fournit une rétroaction constructive</p> <p>3.2 Se réfère au niveau de compétence attendu et aux principes de la pédagogie actuelle</p> <p>3.3 Gère les situations de difficultés d'apprentissage</p>	
	<p>4. Intervenir comme modèle de rôle</p> <p>4.1 Démontre son intérêt à l'égard du préceptorat et de la profession</p> <p>4.2 Démontre des habiletés de communication et de caring</p> <p>4.3 Exerce une pratique exemplaire</p> <p>4.4 Intervient en plaçant la personne, famille, communauté au cœur de ses préoccupations</p>	

Bonjour Mme _____,

Je vous contacte aujourd'hui dans le but de vous rencontrer afin de partager et d'apprendre de vos expériences comme monitrice de stage pour les étudiantes de l'Université de Montréal

Effectivement, je désire organiser un groupe de discussion afin d'aider notre développement professionnel comme monitrice de stage. Le but de ce groupe sera donc l'apprentissage collaboratif par le partage d'expériences vécues auprès des étudiants.

Il est à noter que cette stratégie de formation peut compter dans vos heures de formation continue auprès de l'OIIQ. Effectivement, notre ordre professionnel nous exige un minimum de 13 heures de formation non accréditées. À cet effet, plusieurs types de formation sont admissibles, dont le groupe de discussion. Ceci est identifié dans le document *La formation continue pour la profession infirmière au Québec - Norme professionnelle* produit par l'OIIQ, où les différentes activités admissibles pour répondre à la norme professionnelle sont indiquées. Il est, entre autres, écrit que « Lecture d'articles professionnels et scientifiques, discussions portant sur des histoires de cas et club de lecture » (2011, p. 5) sont des activités de formation continue reconnue.

Le groupe sera constitué de 4 à 6 infirmières monitrices auprès des étudiantes de l'Université de Montréal. Quatre rencontres sont prévues et seront d'une durée de 2 heures 30 minutes. La première rencontre aura lieu en avril, nous choisirons la date dans un deuxième temps. Votre chef de service à la formation _____ accepte de libérer les infirmières cliniciennes à la formation de son secteur. Donc, pour vous _____ et _____ je vais valider avec vos gestionnaires, Mme _____ et Mme _____, si cette possibilité pourrait aussi vous rejoindre.

J'aimerais donc solliciter votre participation à mon projet de stage de maîtrise, ainsi qu'à l'élaboration d'un groupe de partage, d'entraide et d'apprentissage au sein de notre CSSS.

D'ailleurs, si vous êtes intéressée, je vous joins un article en français qui vous explique la démarche et les avantages du groupe de discussion structuré selon la méthode des incidents critiques.

Merci d'avance de votre précieuse collaboration.

Caroline Donais, Inf. M(c)

Soutenir le développement des compétences reliées au préceptorat de groupe chez les infirmières en milieu clinique, par l'utilisation du groupe de discussion, structuré selon la méthode des incidents critiques.

Par Caroline Donais, Inf.B.Sc.M(c)

Plan de la présentation

- Le groupe de discussion
 - Pourquoi
 - Buts
 - Avantages
- Déroulement de l'activité
 - Horaire
 - Structure
 - Grille d'analyse d'incident critique
- Conclusion

Le groupe de discussion: Pourquoi?

- Clinicienne experte ≠ enseignante experte (St-Pierre, 2007)
- L'infirmière doit:
 - actualiser ses compétences au plan clinique et pédagogique (CIFP, 2010)
- Le rôle de préceptrice exige:
 - des habiletés personnelles, professionnelles et pédagogique (Burns et al., 2006; St-Pierre, 2007)
- La pratique réflexive pour le développement continue de la préceptrice (Duffy, 2009; Forneris & Peden-McAlpine, 2009; Luhanaga, Dickieson, & Mossey, 2010; Smedley, Morey & Race, 2010)
- Le groupe de discussion permet le développement de compétence professionnel (Zaher & Ratnapalan, 2012; Chocat, 2009; Lasnier, 2000)

Le groupe de discussion: Buts

- Développer la pensée critique et acquérir des ressources pour résoudre des problèmes (Martineau & Simard, 2001 ; Zaher & Ratnapillan, 2012 ; Tyler et al., 2009)
- Permettre l'apprentissage:
 - Car «l'interaction sociale est un élément clé de l'apprentissage» (Jonnaert et al. cité dans Martineau & Simard, 2001)
 - Car la pratique réflexive inclut nécessairement une collaboration et un travail d'équipe (Schön, 1983; Perrenoud, 2001 ; Leclerc et al., 2010 ; Masciotra, 2005)
- Comparer ses connaissances avec celles des autres, permet de valider celles-ci, de les modifier et même de les infirmer (Jonnaert, 2002 ; Tyler et al., 2009).

Le groupe de discussion: Avantages

- Analyser sa pratique pour apprendre (Masciotra, 2005;)
- Développer des habiletés de communication (Martineau & Simard, 2001;)
- Collaborer avec les pairs (Martineau & Simard, 2001;)
- Développer un sentiment d'appartenance
- Répondre norme professionnelle de formation continue (OIIQ, 2011)

Déroulement de l'activité

- Horaire:
 - Première rencontre le 30 avril 2014
 - Deuxième rencontre le 21 mai 2014
 - de 13h30 à 15h30 au local DS-129
- Troisième rencontre (septembre)
- Quatrième rencontre (octobre)

Déroulement de l'activité

- Structure
 - 1^{ère} rencontre:
 - Présentation du projet (PowerPoints)
 - Présentation de la grille d'analyse
 - Divulgarion d'un «incident critique» et analyse:
 - Contexte, séquence interactive
 - Sa propre interprétation de la situation
 - Clarification et questionnement
 - Leur compréhension (partage)
 - Émotions, hypothèses
 - L'animateur résume les points de convergences et de divergences
 - Choix de la compétence visée pour prochaine rencontre (Référentiel compétence préceptrice FSI)
 - Identification des narrateurs pour prochaine rencontre
 - L'animateur va chercher des articles pour aider à comprendre et résoudre les points de divergences identifiés. (retour à la prochaine rencontre)
 - Envoie des articles par courriel (1 article par participant)
 - 2^e rencontre
 - Retour sur la dernière rencontre
 - Retour avec le narrateur de la dernière rencontre, évolution de son analyse.
 - Partage avec les autres collègues de leur évolution
 - Récit du premier incident critique
 - Analyse idem à 1^{ère} rencontre
 - Récit du deuxième incident critique
 - Analyse idem à 1^{ère} rencontre
 - Idem



Grille d'analyse d'incident critique

Préparation au récit initial :

<p>1. Le contexte</p> <p>a. Où s'est déroulé l'incident ? Décrire l'environnement.</p> <p>b. Quelles étaient les conditions particulières ?</p> <p>c. Quelles étaient les règles ou procédures de travail en place ?</p> <p>d. Quelles étaient les pratiques de gestion et de prise de décision en place ?</p> <p>e. Quelle était la distribution des pouvoirs ?</p> <p>f. Quels étaient les statuts et caractéristiques des personnes en présence ?</p> <p>g. Quelles étaient les circonstances particulières à considérer ?</p> <p>h. Quels étaient les événements qui ont précédé l'incident ?</p>	<p>2. La séquence interactive :</p> <p>a. Décrivez la situation vécue dans vos mots. Rapporter les paroles et gestes constituant l'échange avec l'étudiant(e). Décrivez comment vous avez réagi.</p> <p>3. Votre interprétation de la situation :</p> <p>a. Votre compréhension de la situation (...ce que j'ai perçu et ce que je pensais...)</p> <p>b. Vos intentions et intérêts (...en faisant cela, je voulais...)</p> <p>c. Vos émotions et ressentis (...ce que je ressentais et je vivais sur le plan émotionnel...)</p> <p>d. Vos croyances et valeurs en jeu (...ce que je tiens pour vrai, ce que je valorise...)</p>
--	--

Référentiel des compétences de la préceptrice (FSI)

Le programme de formation vise à préparer la préceptrice à soutenir et à guider la préceptrice dans le développement de ses compétences, en collaboration avec les ressources de l'école et à la fournir des développements en sciences infirmières.

Établir et maintenir un partenariat avec les autres personnes impliquées dans la formation

Soutenir l'apprentissage des préceptrices

Assurer son développement professionnel

RÉFÉRENCES

- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2004). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Édition du centenaire 2008. Repéré à <http://www.cna-aic.ca>
- Barker, E. R. & Pittman, O. (2008) Becoming a super preceptor: A practical guide to preceptorship in today's clinical climate. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. (22), p. 144-149.
- Beecroft, P., McClure Hernandez, A., & Reid, D. (2008). Team Preceptorships : A New Approach for Precepting New Nurses. Dans *Journal for nurses in staff development*. (24), 4, 143-148
- Benner, P. (1995). De novice à expert : Excellence en soins infirmiers. Montréal : ERPI, 252p.
- Centre de santé et service sociaux de Laval (2009-2013). Le CSSS de Laval. Repéré à <http://www.cssslaval.qc.ca/>
- Centre d'innovation en formation infirmière (2010). *Référentiel de compétences de la préceptrice*. Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal.
- Dupuis, M., De Peyrolle, M., Bouziat, N. & Mathieu, M. (2010). L'expertise infirmière, une plus-value pour la qualité des soins. Dans *Revue de l'infirmière*, Elsevier Masson, Paris, France, N°161, 27-29
- Faculté des Sciences Infirmières de l'Université de Montréal. (2010). Référentiel des compétences de la préceptrice. Université de Montréal
- Ha, L. & Pepin, J. (2008). Les stages en sciences infirmières. Recension d'écrits. Comité d'expert sur les stages clinique. Centre d'innovation en formation infirmière, Faculté des sciences infirmière. Université de Montréal : Montréal
- Jonnaert, P. (2002). *Compétences et socioconstructivisme. Un cadre théorique*. Édition de Boeck Université : Bruxelles
- Martineau, S. & Simard, D. (2001). Les groupes de discussion. Presse de l'Université du Québec. Sainte- Foy : Québec. 163p.

RÉFÉRENCES

- Ministère de l'éducation, des loisirs et du sport. (2001). La formation à l'enseignement : Les orientations, Les compétences professionnelles. Repéré à www.mels.gouv.qc.ca/dlps/interieur/pdf/formation_ens.pdf
- Ministère de la Santé et des services Sociaux (2008). Programme national de soutien clinique 'Volet précepteur', Cadre de référence. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobati/f/documentation/2008/08-526-01.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009). Recommandation sur les stages cliniques dans la formation infirmière intégrée. Rapport du comité d'expert sur les stages cliniques. Repéré à <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/recommandations-sur-les-stages-cliniques-dans-la-formation-infirmiere-integr>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2011). Le nombre d'infirmières se maintient! *Le Journal*. Repéré à <http://www.oiiq.org/publications/le-journal/archives/novembredecembre-2011/le-nombre-d-infirmieres-se-maintient>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2012). Nombre d'étudiants inscrits à la formation initiale au baccalauréat. Repéré à www.oiiq.org/inf/loisirs/periodiques/infostats/vol04/index.html
- Ouellet, F. (2006). Socioconstructivisme et enseignement collégial. *Pédagogie collégiale*. Vol 19, n3, 17-23
- Moisan, R. (2001). Favoriser la motivation scolaire, toute une mise en scène. *Pédagogie collégiale*. Vol. 14, n 4, p. 40-46
- Pharaud, D. (2007). L'évaluation de l'enseignement des sciences infirmières en milieu clinique : des compétences à développer, plutôt que des comportements à prioriser. *Revue des sciences de l'éducation*, vol 33, n 3, 707-725.
- Putnam, E. L. (2009) Traditional Versus Precepted Clinical Experiences for Junior Nursing Students: Is There a Difference in Clinical Competence? Graduate Faculty of North Carolina State University. Raleigh, North Carolina.
- Roche, J. P. (2002). A Pilot Study of Teaching Clinical Decision Making With the Clinical Educateur Model. *Journal of Nursing Education* (41), n 8.
- St-Pierre, L. (2007). *Se former pour mieux superviser en sciences infirmières*. Beauchemin : Chenelière Éducation. Montréal. 171p.
- Viau, R. (2000). La motivation en contexte scolaire : les résultats de la recherche en quinze questions. *Vie pédagogique* 112, p.5-8
- Young, L. E. & Maxwell, B. (2007). Student-Centered Teaching in Nursing : From Rote to Active Learning. *Teaching Nursing: Developing a Student-Centered Learning Environment*. Lippincott Williams & Wilkins éditeur.

GRILLE D'ANALYSE D'INCIDENT CRITIQUE

Préparation au récit initial :

1. Le contexte

a. Où c'est déroulé l'incident ? Décrire l'environnement.

b. Quelles étaient les règles institutionnelles en vigueur ?

c. Quelles étaient les conditions particulières ?

d. Quelles étaient les règles ou procédures de travail en place ?

e. Quelles étaient les pratiques de gestion et de prise de décision en place ?

f. Quelle était la distribution des pouvoirs ?

g. Quels étaient les statuts et caractéristiques des personnes en présence ?

h. Quelles étaient les circonstances particulières à considérer ?

i. Quels étaient les événements qui ont précédé l'incident ?

Préparation du récit initial :

2. La séquence interactive :

- a. Décrivez la situation vécue dans vos mots. Rapporter les paroles et gestes constituant l'échange avec l'étudiant(e). Décrivez comment vous avez réagi.

3. Votre interprétation de la situation :

- a. Votre compréhension de la situation (...ce que j'ai perçu et ce que je pensais...)

- b. Vos intentions et intérêts (...en faisant cela, je voulais...)

- c. Vos émotions et ressentis (...ce que je ressentais et je vivais sur le plan émotionnel...)

- d. Vos croyances et valeurs en jeu (...ce que je tiens pour vrai, ce que je valorise...)

Vous avez terminé la partie individuelle et préparatoire à la rencontre. Vous pourrez utiliser cet outil pour décrire votre événement significatif ou incident critique au reste du groupe.

Suite à votre description de l'incident critique, nous allons explorer les interprétations que les autres membres du groupe peuvent faire de la même situation. Le respect de chaque membre du groupe sera ici valorisé afin d'augmenter l'apprentissage de chacun.

GRILLE D'ANALYSE D'INCIDENT CRITIQUES #2

Préparation au récit initial :

1. Le contexte

- a. Où s'est déroulé l'incident ? Décrire l'environnement. (ex : unité, pharmacie, poste des inf., chambre de l'utilisateur...)
- _____
- _____
- _____
- b. Quelles étaient les conditions particulières ? (ex : plan de relève, nouveau département, quart de travail...)
- _____
- _____
- _____
- c. Quelles étaient les règles ou procédures de travail en place ? (ex : dyade, limitation droit pratique des étudiants...)
- _____
- _____
- _____
- d. Quelles étaient les pratiques de gestion et de prise de décision en place ? (ex : seule l'AIC appel le médecin, le personnel choisissent quels usagers peuvent être attirés aux étudiants...)
- _____
- _____
- _____
- e. Quelle était la distribution des pouvoirs ? (ex : PAB, inf. aux., infirmière, AIC, Chef...)
- _____
- _____
- _____
- f. Quels étaient les statuts et caractéristiques des personnes en présence ? (ex : titre emploi, équipe volante vs régulière, caractère...)
- _____
- _____
- _____
- g. Quelles étaient les circonstances particulières à considérer ? (ex : TSO, agence...)
- _____
- _____
- _____
- h. Quels étaient les événements qui ont précédé l'incident ?
- _____
- _____
- _____

Préparation du récit initial :

Université  de Montréal

Développer nos compétences comme préceptrice

Quelques outils pédagogique pour nous aider!

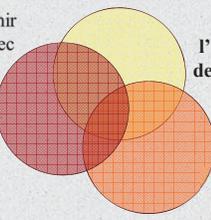
Tiré de la formation « Sur le chemin des compétences de l'infirmière préceptrice » par Larue, C., Chamouard, M., Lacombe, J. & Goudreau, J. (2014) du Centre d'Innovation en Science Infirmière (CIFI) et adaptée par Caroline Donais Inf. M(c)

But de l'atelier

« Permettre aux participantes d'acquérir et d'intégrer des ressources afin de poursuivre le développement de leurs compétences de préceptrices » (CIFI, 2014)

Tiré de la formation « Sur le chemin des compétences de l'infirmière préceptrice » (Juin 2014)

Les compétences de la préceptrice



Établir et maintenir un partenariat avec les équipes et autres personnes impliquées dans la formation

Soutenir l'apprentissage des préceptorées

Assurer son développement professionnel

Comment soutenir l'apprentissage des préceptorées ?

- o Choisir des stratégies d'apprentissage favorisant le développement du **raisonnement clinique** :
 - > Le questionnement
 - > La pensée à voix haute
- o Fournir une rétroaction constructive

Tiré de la formation «Sur le chemin des compétences de l'infirmière préceptrice» (Juin 2014)

Le raisonnement clinique

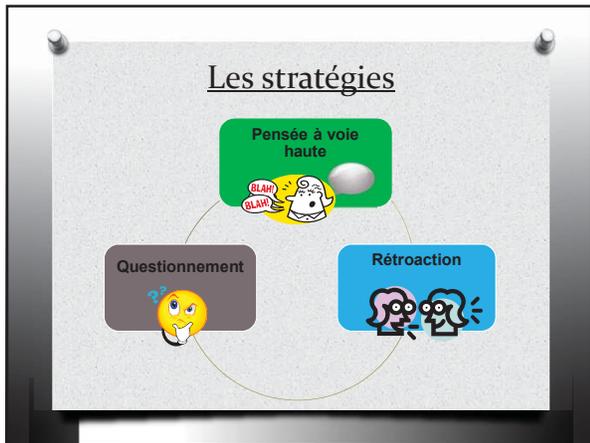
- o Processus cognitif complexe de réflexion et de décision
- o Associé à l'action clinique
- o Exige des opérations cognitives:
 - > Analyse
 - > Évaluation
 - > Inférence (déduction)
- o Exige des dispositions affectives:
 - > Curiosité
 - > Confiance en soi

(Goudreau et Pepin, 2012) cité dans «Sur le chemin des compétences de l'infirmière préceptrice» (Juin 2014)

Progression des apprentissages

NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
Processus de raisonnement de manière procédurale Collecte de données objectives (physiopathologie) Analyse appuyée sur des connaissances déclaratives Interventions suggérées dans les livres	Processus de raisonnement centré sur l'analyse Collecte de données bio-psycho-sociologiques et éthique Analyse en interaction avec la collecte de données (contextualisée et approfondie) Interventions selon les besoins identifiés	Processus de raisonnement dynamique Collecte de données ciblée, globale et en continue Analyse avec prise en compte du point de vue de la personne-famille. Nombreux liens, plus complexes Interventions individualisées

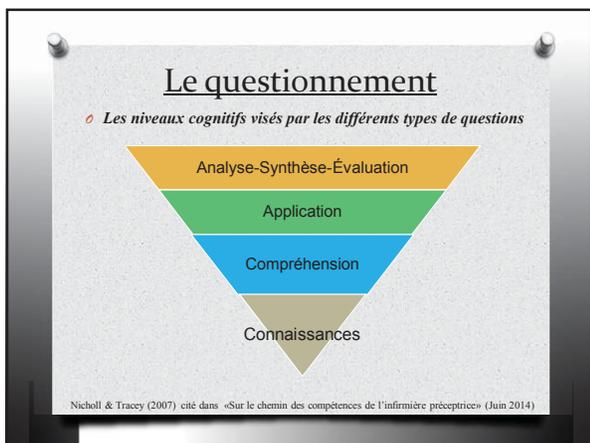
Boyer (2013) cité dans «Sur le chemin des compétences de l'infirmière préceptrice» (Juin 2014)



Le questionnement

- **Vise à amener la précepteurée à ...**
 - Chercher des données intéressantes et pertinentes
 - Identifier les éléments prioritaires d'une situation clinique
 - Faire des liens entre les données recueillies dans une situation clinique et ses connaissances antérieures (tout type de savoir y compris situations similaires)
 - Soutenir le développement de la pensée réflexive (la métacognition)

Lanue, C., Champagne, N., Courchesne, J. & Coudreau, J. (2014) «Sur le chemin des compétences de l'infirmière préceptrice»



Exemple de questions

o Niveau compréhension:

- o Quelle différence y'a t-il entre une technique stérile et une technique propre ?
- o Explique-moi dans tes mots l'effet du Lasix.
- o Pourquoi ce pt prend des hypoglycémiant?

Larue, C., Champagne, N., Courchesne, J. & Goudreau, J. (2014) «Sur le chemin des compétences de l'infirmière préceptrice»

Exemple de questions

o Niveau application:

- o Quelles sont les interventions infirmières à effectuer en fonction du résultat d'INR ?
- o Dans la situation actuelle, pourquoi ce patient reçoit du Lasix ?
- o Pourquoi devons-nous nous assurer que ce pt diabétique mange?

Larue, C., Champagne, N., Courchesne, J. & Goudreau, J. (2014) «Sur le chemin des compétences de l'infirmière préceptrice»

Exemple de questions

o Niveau analyse:

- o Quelles données de ton évaluation te laisse croire que ce pt est à risque de complication en période post-opératoire ?
- o Quelle pourrait-être la cause de l'hypokaliémie de ce pt ?
- o Explique moi les facteurs qui pourraient être en liens dans l'hypoglycémie de ce pt ?

Larue, C., Champagne, N., Courchesne, J. & Goudreau, J. (2014) «Sur le chemin des compétences de l'infirmière préceptrice»

Exemple de questions

- Niveau synthèse:
 - Dis-moi ce que tu as compris de la situation de ce pt ?
 - Résume-moi les éléments importants dans la situation de ce pt ?

Larue, C., Champagne, N., Courchesne, J. & Goudreau, J. (2014) «Sur le chemin des compétences de l'infirmière préceptrice»

Exemple de questions

- Niveau évaluation:
 - Justifie la priorisation de tes interventions ?
 - Quelle décision prendras-tu en lien avec l'administration de l'hypoglycémiant de ton pt si son examen est retardé ?
 - Que penses-tu de cette décision ?

Larue, C., Champagne, N., Courchesne, J. & Goudreau, J. (2014) «Sur le chemin des compétences de l'infirmière préceptrice»

La pensée à voix haute

- **«Consiste à demander aux personnes de penser à voix haute pendant qu'elles résolvent des problèmes et à analyser le résultat du protocole verbal»**
- Donc à faire verbaliser la pensée de la préceptrée au sujet d'une situation clinique – faire des liens entre les informations, se poser des questions, faire des hypothèses d'explication et d'intervention, justifier...

Van Someren, Barnard et Sandberg (1994) cité dans «Sur le chemin des compétences de l'infirmière préceptrice» (2014)

La rétroaction

- « Consiste à prodiguer une information sur une performance passée, cette information étant utilisée pour promouvoir un développement positif et désirable. »
(Archer, 2010)
- « Processus interactif qui a comme objectif d'aider l'apprenant à acquérir une meilleure compréhension de sa propre performance. » (Clynes & Raftery ,2008)

Larue, C., Champagne, N., Courchesne, J. & Goudreau, J. (2014) «Sur le chemin des compétences de l'infirmière préceptrice»

La rétroaction

- Doit permettre à la préceptrée de...
 - maximiser son potentiel aux différents stades de son apprentissage
 - reconnaître ses forces et ses limites
 - identifier des actions pour améliorer sa performance

(Lally, 2013)

Larue, C., Champagne, N., Courchesne, J. & Goudreau, J. (2014) «Sur le chemin des compétences de l'infirmière préceptrice»

Selon vous...

Quelles sont les conditions favorables à une rétroaction constructive?



EXERCICE — LE QUESTIONNEMENT

Histoire de cas

Vous êtes préceptrice d'une étudiante ou d'une CÉPI sur votre unité, Chantale. Cette dernière est avec vous depuis sept jours. Elle doit s'occuper de Mme Trépanier, 71 ans, admise pour MPOC décompensé. Mme Trépanier a aussi comme comorbidités de l'HTA, un diabète de type 2, insulino-dépendante et de l'hyperlipidémie. Vous commencez votre quart de travail, de jour, et entrez dans la chambre de Mme Trépanier.

Chantale se présente à la patiente et vous présente également à titre de préceptrice. Elle vérifie le site intraveineux de Mme Trépanier, le débit du soluté (NaCl 0,9 % à 60 cc/h) et le débit de l'oxygène que cette dernière reçoit par lunette nasale (2 L/min.), et s'assure que la cloche d'appel est à sa portée. À 8h30, elle procède à la prise de la glycémie capillaire par ADBD car le résultat n'est pas inscrit au dossier de l'usager et le déjeuner arrive. Le résultat est de 3,2 mmol/l.

Plusieurs types de questions peuvent être utilisés pour aider Chantale. À l'aide de la Taxonomie de Bloom, tentez de formuler une question pour chaque niveau :

Niveau 1 (Connaissance) :

Niveau 2 (Compréhension) :

Niveau 3 (Application) :

Niveau 4 (Analyse) :

Niveau 5 (Synthèse) :

Niveau 6 (Évaluation) :

Cet exercice vous permet de constater que le type de question que vous formulez va influencer l'apprentissage de la novice. Donc, on ne peut s'attendre à ce qu'une novice démontre une capacité à répondre aux questions de niveau élevé, tel que l'analyse, la synthèse ou l'évaluation **SI** on pose seulement des questions de niveau connaissance.

Évaluation du développement de vos compétences comme préceptrice.

Veuillez identifier avec un trait (I) votre niveau de compétence avant les rencontres et lectures dans le cadre du groupe de pratique réflexive et identifier par un X le niveau actuel.

Donc, à quel point vous vous sentez plus outiller pour.....

<p>Compétence 1 : Établir et maintenir un partenariat avec les équipes et autres personnes impliquées dans la formation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'approprier son rôle de préceptrice <ul style="list-style-type: none"> ○ Définit son rôle de préceptrice en fonction des compétences à atteindre par la préceptorée _____> ○ Exerce son leadership en mobilisant l'équipe de soins dans le processus d'apprentissage de la préceptorée _____> ○ S'approprie les ressources du milieu de stage _____> • Susciter la collaboration de l'équipe intra et interprofessionnelle <ul style="list-style-type: none"> ○ Utilise des habiletés de communication stratégiques et politiques _____> ○ Renseigne les personnes concernées sur l'évolution de la préceptorée _____> ○ Favorise et reconnaît la contribution de l'équipe intra et interprofessionnelle dans l'accompagnement de la préceptorée _____> ○ Gère des situations conflictuelles de préceptorat _____> 	<p>0-----10</p> <p>0-----10</p> <p>0-----10</p> <p>0-----10</p> <p>0-----10</p> <p>0-----10</p> <p>0-----10</p>
<p>Compétence 2 : Soutenir l'apprentissage des préceptorées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir le développement du jugement clinique et des autres compétences de la préceptorée en tenant compte du niveau de compétence attendu <ul style="list-style-type: none"> ○ Évalue en collaboration avec la préceptorée ses besoins d'apprentissage _____> ○ Met en place des activités d'apprentissage fondées sur l'APC et la pédagogie active qui favorisent le développement des compétences _____> ○ Utilise des stratégies fondées sur l'APC et la pédagogie active _____> ○ Favorise la pratique réflexive tout au long du préceptorat _____> • Accompagner la préceptorée dans ses apprentissages, en partenariat avec le milieu clinique <ul style="list-style-type: none"> ○ Établit une relation empreinte de respect et de réciprocité avec les préceptorées _____> ○ Module son niveau d'accompagnement selon la progression de la préceptorée _____> ○ Favorise l'intégration de la préceptorée à l'environnement de soins _____> • Évaluer à des fins formatives ou certificatives le niveau de compétence de la préceptorée <ul style="list-style-type: none"> ○ Fournit une rétroaction constructive _____> ○ Se réfère au niveau de compétence attendu et aux principes de la pédagogie actuelle _____> ○ Gère les situations de difficultés d'apprentissage _____> • Intervenir comme modèle de rôle <ul style="list-style-type: none"> ○ Démontre son intérêt à l'égard du préceptorat et de la profession _____> ○ Démontre des habiletés de communication et de <i>caring</i> _____> ○ Exerce une pratique exemplaire _____> ○ Intervient en plaçant la personne, famille, communauté au coeur de ses préoccupations _____> 	<p>0-----10</p>
<p>Compétence 3 : Assurer son développement professionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actualiser ses compétences au plan clinique et pédagogique <ul style="list-style-type: none"> ○ Effectue une mise à jour de ses connaissances au plan clinique concernant son champ disciplinaire _____> ○ Effectue des mises à jour de ses connaissances au plan pédagogique _____> ○ Met à jour ses savoirs en matière de procédures et protocoles du milieu clinique _____> • Développer une pratique réflexive <ul style="list-style-type: none"> ○ Met en pratique des activités réflexives par rapport à ses interventions cliniques et éducatives _____> ○ Tient compte de la rétroaction de ses collègues ou de ses supérieurs lors de l'évaluation formative et/ou certificative. _____> 	<p>0-----10</p> <p>0-----10</p> <p>0-----10</p> <p>0-----10</p> <p>0-----10</p>

Évaluation du développement de vos compétences comme préceptrice.

Veuillez identifier avec un trait (I) votre niveau de compétence avant les rencontres et lectures dans le cadre du groupe de discussion et identifier par un X le niveau actuel.

Donc, à quel point vous vous sentez plus outiller pour.....

Compétence 1 : Établir et maintenir un partenariat avec les équipes et autres personnes impliquées dans la formation.	
<ul style="list-style-type: none"> • S'appropriier son rôle de préceptrice <ul style="list-style-type: none"> ○ Définit son rôle de préceptrice en fonction des compétences à atteindre par la préceptrice → ○ Exerce son leadership en mobilisant l'équipe de soins dans le processus d'apprentissage de la préceptrice → ○ S'approprie les ressources du milieu de stage → • Susciter la collaboration de l'équipe intra et interprofessionnelle <ul style="list-style-type: none"> ○ Utilise des habiletés de communication stratégiques et politiques → ○ Renseigne les personnes concernées sur l'évolution de la préceptrice → ○ Favorise et reconnait la contribution de l'équipe intra et interprofessionnelle dans l'accompagnement de la préceptrice → ○ Gère des situations conflictuelles de préceptorat → 	0 I X 10 0 IX 10 0 X 10 0 IX 10 0 IX 10 0 IX 10 0 NA 10
Compétence 2 : Soutenir l'apprentissage des préceptrices	
<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir le développement du jugement clinique et des autres compétences de la préceptrice en tenant compte du niveau de compétence attendu <ul style="list-style-type: none"> ○ Évalue en collaboration avec la préceptrice ses besoins d'apprentissage → ○ Met en place des activités d'apprentissage fondées sur l'APC et la pédagogie active qui favorisent le développement des compétences → ○ Utilise des stratégies fondées sur l'APC et la pédagogie active → ○ Favorise la pratique réflexive tout au long du préceptorat → • Accompagner la préceptrice dans ses apprentissages, en partenariat avec le milieu clinique <ul style="list-style-type: none"> ○ Établit une relation empreinte de respect et de réciprocité avec les préceptrices → ○ Module son niveau d'accompagnement selon la progression de la préceptrice → ○ Favorise l'intégration de la préceptrice à l'environnement de soins → • Évaluer à des fins formatives ou certificatives le niveau de compétence de la préceptrice <ul style="list-style-type: none"> ○ Fournit une rétroaction constructive → ○ Se réfère au niveau de compétence attendu et aux principes de la pédagogie actuelle → ○ Gère les situations de difficultés d'apprentissage → • Intervenir comme modèle de rôle <ul style="list-style-type: none"> ○ Démontre son intérêt à l'égard du préceptorat et de la profession → ○ Démontre des habiletés de communication et de <i>caring</i> → ○ Exerce une pratique exemplaire → ○ Intervient en plaçant la personne, famille, communauté au coeur de ses préoccupations → 	0 IX 10 0 NA 10 0 X 10 0 IX 10 0 X 10 0 X 10

Compétence 3 :

Assurer son développement professionnel

• Actualiser ses compétences au plan clinique et pédagogique

- Effectue une mise à jour de ses connaissances au plan clinique concernant son champ disciplinaire → 0-IX-10
- Effectue des mises à jour de ses connaissances au plan pédagogique → 0-I-X-10
- Met à jour ses savoirs en matière de procédures et protocoles du milieu clinique → 0-IX-10

• Développer une pratique réflexive

- Met en pratique des activités réflexives par rapport à ses interventions cliniques et éducatives → 0-IX-10
- Tient compte de la rétroaction de ses collègues ou de ses supérieurs lors de l'évaluation formative et/ou certificative. → 0-na-10

Très intéressant

Permet 7 stratégies et outils au préceptorat

Pertinent et permet les échanges

Compétence 3 :		
Assurer son développement professionnel		
• Actualiser ses compétences au plan clinique et pédagogique		
○ Effectue une mise à jour de ses connaissances au plan clinique concernant son champ disciplinaire	→	0 / 10
○ Effectue des mises à jour de ses connaissances au plan pédagogique	→	0 / 10
○ Met à jour ses savoirs en matière de procédures et protocoles du milieu clinique	→	0 / 10
• Développer une pratique réflexive		
○ Met en pratique des activités réflexives par rapport à ses interventions cliniques et éducatives	→	0 / 10
○ Tient compte de la rétroaction de ses collègues ou de ses supérieurs lors de l'évaluation formative et/ou certificative.	→	0 / 10

Compétence 3 :	
Assurer son développement professionnel	
<ul style="list-style-type: none"> • Actualiser ses compétences au plan clinique et pédagogique <ul style="list-style-type: none"> ○ Effectue une mise à jour de ses connaissances au plan clinique concernant son champ disciplinaire → ○ Effectue des mises à jour de ses connaissances au plan pédagogique → ○ Met à jour ses savoirs en matière de procédures et protocoles du milieu clinique → • Développer une pratique réflexive <ul style="list-style-type: none"> ○ Met en pratique des activités réflexives par rapport à ses interventions cliniques et éducatives → ○ Tient compte de la rétroaction de ses collègues ou de ses supérieurs lors de l'évaluation formative et/ou certificative. → 	 0----- X 10 0----- X 10 0----- X 10 0----- X 10 0----- X 10

Compétence 3 :	
Assurer son développement professionnel	
<ul style="list-style-type: none"> • Actualiser ses compétences au plan clinique et pédagogique <ul style="list-style-type: none"> ○ Effectue une mise à jour de ses connaissances au plan clinique concernant son champ disciplinaire → ○ Effectue des mises à jour de ses connaissances au plan pédagogique → ○ Met à jour ses savoirs en matière de procédures et protocoles du milieu clinique → • Développer une pratique réflexive <ul style="list-style-type: none"> ○ Met en pratique des activités réflexives par rapport à ses interventions cliniques et éducatives → ○ Tient compte de la rétroaction de ses collègues ou de ses supérieurs lors de l'évaluation formative et/ou certificative → 	 0----- X 10 0----- X 10 0----- X 10 0----- X 10 0----- X 10

ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES PARTICIPANTS

Dîner conférence «Développer nos compétences comme préceptrice»

DATE : le 15 ou 16 septembre 2014

FORMATEUR : Caroline Donais Inf. M(c)

Selon l'échelle d'évaluation suivante, encerclez le chiffre de l'énoncé qui correspond le mieux à votre opinion :

	Excellent	Très bon	Bon	Passable	Ne s'applique pas
♦ Objectifs, contenu et méthodologie :					
1. Pertinence de la formation	(4)	3	2	1	0
2. Les objectifs d'apprentissage sont clairs et précis	(4)	3	2	1	0
3. La méthodologie et les activités proposées facilitent mon apprentissage - exposé théorique - exercice	(4)	3	2	1	0
4. Le contenu du matériel didactique consulté répond à vos besoins	(4)	3	2	1	0
5. Qualité de la présentation réalisée par la formatrice	(4)	3	2	1	0
♦ La formatrice responsable de l'activité:					
6. Clarté des explications	(4)	3	2	1	0
7. Qualité de la voix, dynamisme de la présentation	(4)	3	2	1	0
8. Connaissance du sujet	(4)	3	2	1	0
♦ De façon générale, avez-vous apprécié la formation dispensée ?	<u>Oui bon sûr</u>				
♦ Y a-t-il un ou des éléments que vous avez moins appréciés ? Pourquoi ?	_____				
♦ Nommez un élément que vous avez retenu de la formation :	<u>la rétroaction.</u>				

Merci de votre participation!

ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES PARTICIPANTS

Dîner conférence «Développer nos compétences comme préceptrice»

DATE : le 15 ou 16 septembre 2014

FORMATEUR : Caroline Donais Inf. M(c)

Selon l'échelle d'évaluation suivante, encerclez le chiffre de l'énoncé qui correspond le mieux à votre opinion :

	Excellent	Très bon	Bon	Passable	Ne s'applique pas
♦ Objectifs, contenu et méthodologie :					
1. Pertinence de la formation	4	(3)	2	1	0
2. Les objectifs d'apprentissage sont clairs et précis	4	(3)	2	1	0
3. La méthodologie et les activités proposées facilitent mon apprentissage - exposé théorique - exercice	4	(3)	2	1	0
4. Le contenu du matériel didactique consulté répond à vos besoins	4	(3)	2	1	0
5. Qualité de la présentation réalisée par la formatrice	4	(3)	2	1	0
♦ La formatrice responsable de l'activité:					
6. Clarté des explications	4	(3)	2	1	0
7. Qualité de la voix, dynamisme de la présentation	4	(3)	2	1	0
8. Connaissance du sujet	4	(3)	2	1	0
♦ De façon générale, avez-vous apprécié la formation dispensée ?	<u>Tout !</u>				
♦ Y a-t-il un ou des éléments que vous avez moins appréciés ? Pourquoi ?	<u>Non</u>				
♦ Nommez un élément que vous avez retenu de la formation :	<u>le questionnement !</u>				

Merci de votre participation!

ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES PARTICIPANTS

Dîner conférence «Développer nos compétences comme préceptrice»

DATE : le 15 ou 16 septembre 2014

FORMATEUR : Caroline Donais Inf. M(c)

Selon l'échelle d'évaluation suivante, encerclez le chiffre de l'énoncé qui correspond le mieux à votre opinion :

	Excellent	Très bon	Bon	Passable	Ne s'applique pas
♦ Objectifs, contenu et méthodologie :					
1. Pertinence de la formation	4	3	2	1	0
2. Les objectifs d'apprentissage sont clairs et précis	4	3	2	1	0
3. La méthodologie et les activités proposées facilitent mon apprentissage - exposé théorique - exercice	4	3	2	1	0
4. Le contenu du matériel didactique consulté répond à vos besoins	4	3	2	1	0
5. Qualité de la présentation réalisée par la formatrice	4	3	2	1	0
♦ La formatrice responsable de l'activité:					
6. Clarté des explications	4	3	2	1	0
7. Qualité de la voix, dynamisme de la présentation	4	3	2	1	0
8. Connaissance du sujet	4	3	2	1	0
♦ De façon générale, avez-vous apprécié la formation dispensée ? <i>L'analyse des questions</i>					
♦ Y a-t-il un ou des éléments que vous avez moins appréciés ? Pourquoi ?					
♦ Nommez un élément que vous avez retenu de la formation : <i>Le questionnement</i>					

Merci de votre participation!

ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES PARTICIPANTS

Dîner conférence «Développer nos compétences comme préceptrice»

DATE : le 15 ou 16 septembre 2014

FORMATEUR : Caroline Donais Inf. M(c)

Selon l'échelle d'évaluation suivante, encerclez le chiffre de l'énoncé qui correspond le mieux à votre opinion :

	Excellent	Très bon	Bon	Passable	Ne s'applique pas
♦ Objectifs, contenu et méthodologie :					
1. Pertinence de la formation	4	3	2	1	0
2. Les objectifs d'apprentissage sont clairs et précis	4	3	2	1	0
3. La méthodologie et les activités proposées facilitent mon apprentissage - exposé théorique - exercice	4	3	2	1	0
4. Le contenu du matériel didactique consulté répond à vos besoins	4	3	2	1	0
5. Qualité de la présentation réalisée par la formatrice	4	3	2	1	0
♦ La formatrice responsable de l'activité:					
6. Clarté des explications	4	3	2	1	0
7. Qualité de la voix, dynamisme de la présentation	4	3	2	1	0
8. Connaissance du sujet	4	3	2	1	0
♦ De façon générale, avez-vous apprécié la formation dispensée ?	<hr/> <hr/>				
♦ Y a-t-il un ou des éléments que vous avez moins appréciés ? Pourquoi ?	<hr/> <hr/>				
♦ Nommez un élément que vous avez retenu de la formation :	<hr/> <hr/>				

Merci de votre participation!

ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES PARTICIPANTS

Dîner conférence «Développer nos compétences comme préceptrice»

DATE : le 15 ou 16 septembre 2014

FORMATEUR : Caroline Donais Inf. M(c)

Selon l'échelle d'évaluation suivante, encerclez le chiffre de l'énoncé qui correspond le mieux à votre opinion :

	Excellent	Très bon	Bon	Passable	Ne s'applique pas
♦ Objectifs, contenu et méthodologie :					
1. Pertinence de la formation	4	3	2	1	0
2. Les objectifs d'apprentissage sont clairs et précis	4	3	2	1	0
3. La méthodologie et les activités proposées facilitent mon apprentissage - exposé théorique - exercice	4	3	2	1	0
4. Le contenu du matériel didactique consulté répond à vos besoins	4	3	2	1	0
5. Qualité de la présentation réalisée par la formatrice	4	3	2	1	0
♦ La formatrice responsable de l'activité:					
6. Clarté des explications	4	3	2	1	0
7. Qualité de la voix, dynamisme de la présentation	4	3	2	1	0
8. Connaissance du sujet	4	3	2	1	0

♦ De façon générale, avez-vous apprécié la formation dispensée ?

Oui

♦ Y a-t-il un ou des éléments que vous avez moins appréciés ? Pourquoi ?

Non

♦ Nommez un élément que vous avez retenu de la formation :

Rétroaction

Merci de votre participation!

ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES PARTICIPANTS

Dîner conférence «Développer nos compétences comme préceptrice»

DATE : le 15 ou 16 septembre 2014

FORMATEUR : Caroline Donais Inf. M(c)

Selon l'échelle d'évaluation suivante, encerclez le chiffre de l'énoncé qui correspond le mieux à votre opinion :

	Excellent	Très bon	Bon	Passable	Ne s'applique pas
♦ Objectifs, contenu et méthodologie :					
1. Pertinence de la formation	4	③	2	1	0
2. Les objectifs d'apprentissage sont clairs et précis	④	3	2	1	0
3. La méthodologie et les activités proposées facilitent mon apprentissage - exposé théorique - exercice	4	③	2	1	0
4. Le contenu du matériel didactique consulté répond à vos besoins	4	③	2	1	0
5. Qualité de la présentation réalisée par la formatrice	④	3	2	1	0
♦ La formatrice responsable de l'activité:					
6. Clarté des explications	4	③	2	1	0
7. Qualité de la voix, dynamisme de la présentation	④	3	2	1	0
8. Connaissance du sujet	④	3	2	1	0
♦ De façon générale, avez-vous apprécié la formation dispensée ?	Oui, pas trop long, ni trop court, dynamique et intéressant.				
♦ Y a-t-il un ou des éléments que vous avez moins appréciés ? Pourquoi ?					
♦ Nommez un élément que vous avez retenu de la formation :	- la rétroaction, le questionnement, la pensée à voix haute				

Merci de votre participation!