

Université de Montréal

L'apprentissage collaboratif comme stratégie de développement professionnel chez des infirmières de soutien à domicile : une étude exploratoire

par Jérôme Ouellet

Faculté des sciences infirmières

Thèse présentée  
en vue de l'obtention du grade de *Philosophiae Doctor*  
en sciences infirmières option formation

Octobre 2022

©Jérôme Ouellet, 2022

Université de Montréal  
Études supérieures et postdoctorales (ÉSP)

Cette thèse intitulée :

L'apprentissage collaboratif comme stratégie de développement professionnel chez des  
infirmières de soutien à domicile : une étude exploratoire

présentée par :  
Jérôme Ouellet

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Mme Johanne Goudreau  
Présidente-rapporteuse et représentante des ÉSP

Mme Louise Boyer  
Directrice de recherche

Mme Caroline Larue  
Membre du jury

Mme Kathleen Lechasseur  
Examinatrice externe

## Résumé

Le développement professionnel infirmier (DPI) constitue une condition *sine qua non* d'une prestation de soins de qualité dans un contexte de vieillissement de la population qui présente des problèmes de santé complexes et d'intensification des soins à domicile (SAD). Des infirmières décrivent cependant une inquiétude grandissante quant aux barrières susceptibles de freiner leur DPI ainsi que l'intégration de leurs apprentissages à la pratique. Parmi ces barrières se trouvent notamment une difficulté d'accès à des activités de DPI pertinentes, des contraintes de ressources pour participer aux activités de DPI, un équilibre difficile entre la vie personnelle et professionnelle ainsi qu'un climat organisationnel rigide. Pour relever ces barrières et répondre aux défis de la complexité des soins et des environnements évoluant rapidement, la nécessité d'utiliser des stratégies intégrant l'apprentissage au travail afin de soutenir le développement professionnel des infirmières s'impose. À cet égard, des stratégies d'enseignement-apprentissage actives comme la simulation clinique, des clubs de lecture et des groupes de codéveloppement ont fait l'objet d'études dans un contexte de DPI et d'autres, comme l'apprentissage collaboratif (AC), beaucoup moins. Pourtant, l'AC permettrait de réduire certaines barrières au DPI en tenant compte des caractéristiques contextuelles et individuelles des apprenants.

Cette recherche collaborative vise à explorer comment l'AC contribue au DPI d'infirmières de SAD auprès d'ânés présentant des problèmes de santé complexes en répondant à deux questions de recherche qui visent à identifier : (1) les éléments contextuels qui influencent la participation d'infirmières de SAD à des groupes d'AC ainsi que (2) les caractéristiques de l'AC qui contribuent à la réalisation d'apprentissages chez ces mêmes infirmières de SAD. Les résultats témoignent que (1) le rapport au temps, (2) le soutien du gestionnaire ainsi que (3) l'accompagnement des groupes d'AC sont des éléments contextuels qui influencent la participation d'infirmières de SAD à un groupe d'AC ainsi que le processus d'AC qui se veut évolutif, itératif et réflexif. Cette étude a aussi permis d'identifier cinq caractéristiques de l'AC qui contribuent à la réalisation d'apprentissages. L'AC : (1) exige une motivation à apprendre pour améliorer la qualité des soins; (2) conduit à une réflexion sur sa pratique professionnelle pour mieux la comprendre; (3) crée un espace de partage valorisant le

développement de relations égalitaires empreintes de respect et d'écoute; (4) oriente vers une recherche collective de solutions pragmatiques aux problèmes rencontrés dans la pratique et (5) suscite un sentiment de réalisation et d'accomplissement de soi.

Bien que cette recherche collaborative soit parmi les premières du genre à être réalisée en SAD au Québec, le futur du DPI devrait consister à créer des environnements d'AC en milieu clinique. Pour ce faire, un changement de culture doit s'opérer profondément pour embrasser une perspective plus holistique et scientifique du DPI qui valorise sa pertinence et sa signifiante, notamment par l'AC.

Mots clés : apprentissage collaboratif, développement professionnel infirmier, formation en milieu de travail, infirmières en soutien à domicile, recherche collaborative.

## Abstract

Nursing professional development (NPD) is a *sine qua non* condition for quality care in a context of aging population with complex health problems and increasing home care (HC). However, nurses describe a growing concern about the barriers that may impede their NPD and the integration of their learning into practice. These barriers include difficulty accessing relevant NPD activities, resource constraints to participate in NPD activities, difficult work-life balance, and inflexible organizational climate. To address these barriers and meet the challenges of complex care and rapidly changing environments, there is a need to use strategies that integrate learning at work to support nurses' professional development. In this regard, active teaching-learning strategies such as clinical simulation, journal clubs and co-development groups have been studied in a NPD context and others, such as collaborative learning (CL), much less so. However, CL could reduce some of the barriers to NPD by considering the contextual and individual characteristics of learners.

This collaborative research aims to explore how CL contributes to the NPD of HC nurses working with seniors with complex health problems by answering two research questions that aim to identify: (1) the contextual elements that influence the participation of HC nurses in CL groups as well as (2) the characteristics of CL that contribute to the achievement of learning in these same HC nurses. The results show that (1) the relationship to time, (2) the manager's support and (3) the support provided for CL groups are contextual elements that influence the participation of HC nurses in a CL group as well as the evolutionary, iterative and reflective CL process. This study also identified five characteristics of CL that contribute to learning. CL: (1) requires motivation to learn in order to improve the quality of care; (2) leads to reflection on one's professional practice in order to better understand it; (3) creates a space for sharing that values the development of egalitarian relationships marked by respect and listening; (4) leads to a collective search for pragmatic solutions to the problems encountered in practice; and (5) creates a sense of accomplishment and self-fulfillment.

While this collaborative research is among the first of its kind to be conducted in HC in Quebec, the future of NPD should be in creating CL environments in clinical settings. To do so,

a profound cultural shift must occur to embrace a more holistic and scientific perspective of NPD that values its relevance and meaning, particularly through CL.

Keywords: collaborative learning, nursing professional development, workplace learning, home care nurses, collaborative research.

## Table des matières

RÉSUMÉ .....	3
ABSTRACT .....	5
TABLE DES MATIÈRES .....	7
LISTE DES TABLEAUX.....	12
LISTE DES FIGURES .....	13
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....	14
DÉDICACE .....	16
REMERCIEMENTS.....	17
Chapitre 1 : Problématique .....	18
But de l'étude et questions de recherche .....	26
Chapitre 2 : Recension des écrits .....	27
Définition du développement professionnel infirmier (DPI).....	29
Apprentissage collaboratif.....	30
Définition de l'AC .....	30
Historique et évolution du concept d'AC .....	31
Principes et fondements de l'AC .....	33
Caractéristiques de l'AC et de ses activités.....	35
Études empiriques sur l'AC et l'apprentissage en groupe en milieu clinique .....	36
Cadre de référence .....	56
Perspective infirmière de Newman.....	56
Modèle d'apprentissage pragmatique de Lebrun.....	57
Newman et Lebrun : proposition d'un modèle combiné .....	58

Chapitre 3 : Méthode .....	65
Recherche collaborative : définition, postulats et étapes .....	66
Milieu.....	68
Déroulement de l'étude.....	69
Recrutement des participants à la recherche.....	70
Collecte des données.....	72
Analyse des données.....	77
Critères de scientificité .....	85
Crédibilité .....	86
Confirmabilité.....	87
Fiabilité.....	87
Transférabilité.....	87
Équilibre .....	88
Authenticité.....	89
Dimensions éthiques .....	90
Chapitre 4 : Résultats .....	92
Profil sociodémographique des participantes et portrait des activités d'AC réalisées .....	93
Caractéristiques des participantes du groupe d'AC 1.....	94
Caractéristiques des participantes du groupe d'AC 2.....	94
Déroulement des activités d'AC réalisées .....	97
Éléments contextuels influençant la participation d'infirmières de SAD à un groupe d'AC .....	101
Rapport au temps .....	101
Soutien du gestionnaire.....	103
Accompagnement du groupe d'AC dans la réalisation des activités d'AC.....	104

Caractéristiques de l'AC qui contribuent à la réalisation d'apprentissages chez des infirmières de SAD .....	110
Caractéristiques de l'AC.....	110
Nature des apprentissages réalisés.....	127
L'AC : un processus évolutif et itératif .....	132
Chapitre 5 : Discussion .....	135
Apports conceptuels et empiriques .....	136
Le cœur de l'AC : réfléchir ensemble pour apprendre .....	136
Les éléments contextuels : une force d'influence sur le processus d'AC.....	145
Une définition de l'AC davantage ancrée dans la pratique infirmière et le DPI .....	151
Le modèle combiné revu à la lumière des résultats de cette recherche .....	152
Apports des postulats de la recherche collaborative à l'apprentissage collaboratif .....	157
Limites de l'étude .....	160
Retombées et recommandations .....	161
Retombées et recommandations pour la formation infirmière .....	162
Retombées et recommandations pour la recherche .....	164
Retombées et recommandations pour la gestion .....	165
Retombées et recommandations pour le politique.....	166
Conclusion .....	167
Références.....	169
ANNEXE A .....	189
Stratégie de recension des écrits	
ANNEXE B .....	191
Définitions recensées de l'apprentissage collaboratif (AC)	

ANNEXE C .....	192
Caractéristiques de l’AC versus celles de l’enseignement traditionnel selon Lin (2015)	
ANNEXE D .....	194
Activités d’AC pouvant être utilisées avec des infirmières dans un contexte de soins à domicile	
ANNEXE E.....	200
Tableau synthèse des études empiriques recensées	
ANNEXE F .....	214
Calendrier et horaire des rencontres d’AC des groupes 1 et 2	
ANNEXE G .....	216
Rôles du chercheur et des participants à la recherche	
ANNEXE H .....	218
Questionnaire de données sociodémographiques	
ANNEXE I.....	220
Guide d’entretien de groupe semi-dirigé pour orienter la discussion à la fin d’une rencontre d’AC	
ANNEXE J.....	222
Guide d’entretien de groupe semi-dirigé pour la rencontre 10 – Fin des rencontres d’AC	
ANNEXE K .....	225
Fiche cyclique d’apprentissage collaboratif (AC)	
ANNEXE L.....	229
Extraits de relevés des thèmes au cours de l’analyse des données	
ANNEXE M.....	237
Exemples de schémas de concepts et de constructions graphiques élaborés par l’étudiant-chercheur pendant l’analyse du relevé des thèmes	

ANNEXE N .....	240
Formulaires d'information et de consentement	
ANNEXE O .....	253
Description et application des activités d'AC dans les groupes d'AC	

## Liste des tableaux

Tableau 1. Données sociodémographiques du groupe d'AC 1 .....	95
Tableau 2. Données sociodémographiques du groupe d'AC 2.....	96
Tableau 3. Activités d'AC réalisées dans chacun des groupes d'AC .....	100

## Liste des figures

Figure 1. Proposition d'un modèle issu de la combinaison de la perspective infirmière de Newman et de ses collaborateurs (1991; 2008) et du modèle d'apprentissage pragmatique de Lebrun (2007) .....	62
Figure 2. Déroulement des rencontres d'AC en fonction des étapes du cycle d'AC.....	98
Figure 3. Processus d'apprentissage collaboratif (AC) d'infirmières de soutien à domicile (SAD) en milieu clinique.....	134
Figure 4 : Révisions et précisions apportées au modèle combiné, inspiré de Newman et de Lebrun.....	155

## Liste des abréviations, des sigles et des acronymes

AAPG : All-Party Parliamentary Groups

AC: Apprentissage collaboratif

ACSSD : Association canadienne de soins et de services à domicile

ALS : Action Learning Sets

APGBP : Apprentissage en petit groupe basé sur la pratique

CEOA : Cercle d'étude orienté sur l'action

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centre local de services communautaires

DP : Développement professionnel

DPI : Développement professionnel infirmier

FC : Formation continue

Gr. : Groupe

In : Ligne

OMS : Organisation mondiale de la santé

ren : Rencontre

SAD : Soutien à domicile

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

*« On a ouvert notre esprit. On a grandi. On s'est connu. On a appris. »*  
(Participante X, Gr.1 : ren 10, ln 897)

## **Dédicace**

Grand-maman et Maman, enseignantes de carrière, vous avez toujours été pour moi des modèles de courage, de détermination et de persévérance empreints d'une force tranquille et de sagesse. Vous êtes une précieuse source d'inspiration qui transforme jour après jour le parcours de mon existence. Diplômé de première génération, je vous dédie cette thèse qui voit le jour en grande partie grâce à vos mots et surtout à vos actions de soutien et d'encouragement qui ont continuellement suscité en moi un désir de me dépasser ainsi qu'une curiosité et une soif intarissables d'apprendre et surtout... d'apprendre à apprendre.

## Remerciements

Rédiger une thèse doctorale exige le développement de compétences en recherche, mais aussi d'abord et avant tout un apprentissage sur soi. L'aboutissement de cette thèse, qui constitue un fil d'arrivée, n'est pas une fin en soi, mais plutôt un nouveau départ. Louise Boyer, je tiens à te remercier pour d'abord avoir été ma codirectrice de recherche, puis ma directrice de recherche, au courant des dernières années. Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir donné une rétroaction toujours juste, et surtout constructive, pour m'amener à approfondir ma réflexion et à peaufiner ma plume. Ton humour a aussi stimulé ma motivation. Au-delà de définir ce qu'est apprendre, je l'ai vécu! Merci à Francine Ducharme qui m'a accompagné étroitement au départ de cette aventure doctorale. Émilienne, je ne sais point trouver les mots pour t'exprimer toute ma reconnaissance et ma gratitude pour avoir été ma plus grande supporter et lectrice assidue. Tu as été présente du tout début jusqu'à la fin de cette expérience professionnelle... et personnelle. Une grande partie de cette thèse a vu le jour grâce à tout ton soutien et à tes encouragements. Tu as réussi le plus grand des accomplissements comme mère, c'est-à-dire de me donner une chance que toi-même tu n'as jamais eue, soit celle de compléter des études universitaires. Merci d'avoir cru en moi et de toujours avoir su trouver les bons mots et les bonnes actions pour me soutenir et m'encourager à persévérer. Samuel et Winston, mes deux complices, merci pour votre humour, votre folie, votre amour et de toujours avoir été là même pendant des moments particulièrement difficiles et hauts en émotions. La vie doctorale n'est pas un long fleuve tranquille, mais bien accompagné, on apprend à y naviguer, malgré les vents et les marées parfois fort agités! Merci d'avoir été là. Merci aux organismes qui ont soutenu la réalisation de cette étude : le Ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur du Québec, le Réseau de recherche en sciences infirmières du Québec ainsi que la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Merci aussi à Danielle, Roger, Geneviève, Rosanna, Suzanne, Denise, Joséphine, Nadine, Élane, Sylvie, Maud, Pascale, Julie, Julie, Julie, Amélie, Amélie, Andréanne, Laurence, Alex, Marie-Ève, Marie-Andrée, Beverley-Tracey, Marie-Claire, Renée et à mes collègues : Ariane, Kristelle, Natacha, Émilie et Véronique ainsi qu'à nos professeurs qui nous ont accompagnés dans cette grande épopée.

## **Chapitre 1 : Problématique**

Dès l'ère de Florence Nightingale (1859/1969), pionnière de la profession infirmière, la question de la formation s'est imposée comme étant indissociable d'une offre de soins de qualité (Wilson, 2015). Nightingale soutenait également l'importance de se former en continu tout au long de sa vie professionnelle afin que la pratique infirmière évolue au diapason de l'avancement du développement des connaissances (Gallagher, 2007; Nightingale, 1859/1969). Plus récemment, des auteurs comme Brownie (2018) réitèrent le rôle essentiel des infirmières pour améliorer la santé des communautés et ainsi renforcer leur pouvoir d'agir. Cela exige cependant des infirmières qu'elles se développent professionnellement en continu tout au long de leur carrière (All-Party Parliamentary Groups [AAPG], 2016). C'est ainsi qu'au fil du temps, la formation continue (FC), à laquelle Nightingale faisait référence dans ses écrits, a évolué pour s'inscrire plus largement dans une mouvance de développement professionnel (DP), de développement professionnel continu (DPC) ou encore de développement professionnel en soins infirmiers aussi parfois appelé développement professionnel infirmier (DPI) (Brunt et Morris, 2020; Harper et Maloney, 2016; Johnson et Smith, 2019; Vázquez-Calatayud, Errasti-Ibarrondo et Choperena, 2021).

Alors que les soins de santé sont de plus en plus complexes, le DPI constitue une nécessité en réponse aux exigences des systèmes de santé en constants changements (Wilson, 2015), notamment attribuables aux maladies chroniques et au vieillissement de la population (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2016, 2019; Roberts, Rao, Bennett, Loukine et Jayaraman, 2015), ainsi qu'à l'intensification du virage des soins dans la communauté, y compris en soutien à domicile (SAD) (Agrément Canada et Association canadienne de soins et de services à domicile [ACSSD], 2015; Vérificateur général du Québec, 2013). C'est dans un même ordre d'idées de complexité des soins et d'environnement évoluant rapidement que Russell et Coventry (2019) soulignent la nécessité de promouvoir des stratégies intégrant l'apprentissage au travail afin de soutenir le développement [professionnel] des infirmières dans leur pratique.

Pourtant, malgré le fait que les infirmières accordent généralement une grande importance au DPI en lien avec leur pratique clinique (Kemp et Baker, 2013), elles décrivent une inquiétude grandissante à travers le monde quant à la difficulté de réaliser des activités de DPI pertinentes à leur pratique et accessibles (AAPG, 2016). Dans certaines régions du globe, comme en Angleterre et aux pays de Galles, ce sont respectivement 15% et 35% des infirmières

qui ne sont pas en mesure de rencontrer les obligations de DPI de leur ordre professionnel, faute d'un accès local à des activités de DPI (Glasper, 2018). Selon certains auteurs, des barrières perdurent en effet quant à l'accessibilité à des activités permettant aux infirmières de se développer professionnellement en lien avec les besoins de la clientèle dont elles assurent l'évaluation et le suivi infirmier (Griscti et Jacono, 2006; Vázquez-Calatayud, Errasti-Ibarrondo et Choperena, 2021).

Plus précisément, ces barrières sont documentées à l'échelle internationale depuis les années 1980 – à la fois pour la FC et le DPI. Les plus fréquemment décrites, dans des recensions d'écrits à ce sujet, sont notamment les contraintes de temps et de financement pour prendre part à des activités de DPI, ainsi qu'un écart entre les activités rendues disponibles aux infirmières et les besoins d'apprentissage qu'elles disent avoir dans leur pratique (Santos, 2012; Vázquez-Calatayud, Errasti-Ibarrondo et Choperena (2021). Au Québec, bien que les études sur le sujet soient plus rares, les écrits de certains auteurs abondent dans le même sens (Arpin, 2016; Godin, 2018). De plus, depuis le début des années 2000, la difficulté à trouver un équilibre entre la vie personnelle et professionnelle a aussi été identifiée comme une barrière au DPI (Vázquez-Calatayud, Errasti-Ibarrondo et Choperena, 2021). Au cours des dernières années, au Québec, d'autres auteurs, comme Luconi et al. (2019), ont relevé, dans leurs recherches, qu'au-delà des barrières d'accès à des activités de DPI pertinentes pour la pratique, il existe également des barrières à l'intégration des apprentissages dans la pratique. Selon les mêmes auteurs, parmi ces barrières se trouvent : le manque de ressources, les stressors environnementaux ainsi que le climat et la structure organisationnels rigides dans bons nombres de milieux de soins où exercent les infirmières.

En plus des barrières à l'accès à des activités de DPI (pertinentes pour la pratique) et à l'intégration des apprentissages dans la pratique, plusieurs méthodes utilisées pour dispenser des activités de DPI, et plus largement de DP en santé, ne sont pas au diapason des avancées en sciences de l'éducation (Stevenson et Moore, 2018). Ces méthodes demeurent encore souvent ancrées dans des approches peu variées de transmission des connaissances et décontextualisées du milieu de pratique, alors que les infirmières souhaitent que les activités de DPI soient davantage enracinées dans leur environnement de travail, variées et dans l'action (Brekelmans, Poell et Van Wijk, 2013; Girling et Pierce, 2019; King et al., 2021). À cet effet, Curran (2013) souligne que la plupart des activités de DPI offertes aux infirmières ne tiennent pas compte de

leur expérience, de leur expertise ni de leur contexte de pratique, ce qui fait en sorte que l'utilisation de nouvelles connaissances acquises est difficile, limitée ou même inexistante, dans certains cas, dans la pratique clinique. Ces connaissances sont alors considérées comme un savoir inerte, c'est-à-dire peu susceptible d'être utilisé dans la pratique (Bell et al., 2010). C'est pourquoi, selon Dickerson (2019) ainsi que Harper et Bindon (2020), les méthodes traditionnelles d'enseignement de transmission de connaissances utilisées depuis longue date en milieu clinique se doivent d'être transformées pour faciliter l'apprentissage et le développement des compétences nécessaires aux environnements de soins complexes dans lesquels les infirmières oeuvrent au quotidien. Actuellement, selon Rayburn, Davis et Turco (2018), à peine 5% des connaissances acquises dans des activités de FC en dehors du travail sont intégrées dans la pratique, alors que la pratique professionnelle, en soi, peut contribuer jusqu'à 70% du DP. De plus, selon Viljoen, Coetzee et Heyns (2017), l'une des principales raisons pour lesquelles les infirmières ne participent pas aux activités de DPI qui leur sont proposées, c'est que ces dernières ne répondent pas à leurs besoins.

Corollairement aux enjeux d'accès, de pertinence et de méthodes utilisées pour l'actualiser en milieu clinique, le DPI s'inscrit aussi dans un contexte préoccupant aux plans scientifique et éducationnel quant à sa pérennité et à sa capacité d'évoluer dans un système où les connaissances évoluent rapidement. En effet, bien qu'il n'y ait pas de consensus clair quant à la durée de vie des connaissances, selon le *Harvard Medical School* (Colacino, 2017), la demi-vie de la connaissance pourrait varier de 73 jours à 24 mois. Il y a quelques années, Arbesman (2015) estimait que cette demi-vie variait entre trois et cinq ans. De plus, le temps nécessaire à l'intégration de nouvelles connaissances dans la pratique a été estimé, entre autres par Witt (2011), en sciences infirmières, à plus ou moins quinze ans. Or, les infirmières soulignent que, pour se développer professionnellement et prodiguer des soins de qualité, l'un des éléments fondamentaux est de mettre à jour régulièrement leurs connaissances en restant à l'affût des récents progrès scientifiques et technologiques (Green, Wyllie et Jackson, 2014; Price et Reichert, 2017; Schweitzer et Krassa, 2010). C'est ainsi qu'elles peuvent réaliser des apprentissages signifiants dans et pour leur pratique et, par conséquent, poursuivre le développement de leurs compétences professionnelles en continu (Boissart, 2013; Curran, 2013; Le Boterf, 2013).

Considérant ce qui précède, pour tenter de relever certaines des barrières au DPI, l'élaboration et le déploiement local d'activités de DPI, rassemblant des infirmières avec différentes expertises, peuvent représenter l'une des avenues intéressantes à condition que les infirmières s'engagent ensemble, selon King et al. (2021), dans un mode où elles deviennent au cœur de leur apprentissage. Une telle façon de faire s'apparente à ce que Le Boterf (2018) nomme « la mise en place de micro-organisations collaboratives » (p. 62) qui marque une scission avec le paradigme traditionnel d'enseignement. Dans le paradigme de l'apprentissage, par opposition au paradigme de l'enseignement, l'enseignant, ou le formateur, joue un rôle d'accompagnateur plutôt que d'expert transmettant son savoir (De Corte, 2010). L'enseignant crée un dialogue interactif dans lequel l'apprenant accorde un sens à la connaissance (signifiante) qu'il découvre à partir de son bagage antérieur de connaissances et d'expériences, ainsi que de sa pratique ou réalité présente (De Corte, 2010). L'accompagnateur a en quelques sortes pour mission de travailler avec les apprenants « sur la relation au non savoir » (Le Boterf, 2017, p. 12). Autrement dit, face à l'incertitude, à la singularité et à la complexité des situations qu'ils rencontrent, les professionnels d'aujourd'hui trouvent rarement des solutions et des réponses clés en main dans des manuels de référence qu'ils n'ont qu'à utiliser ou à appliquer dans leur pratique. Leur apprentissage repose aussi sur leur capacité « d'aller chercher des sources d'inspiration auprès d'autres acteurs ou expériences ou de créer du savoir par le travail collaboratif... » (Le Boterf, 2017, p. 12).

Ainsi, au 21<sup>e</sup> siècle, l'apprentissage vise à soutenir le développement de compétences plutôt que la simple acquisition et rétention de connaissances (Ministère de l'éducation de l'Ontario, 2016). L'apprentissage est donc : « [1] constructif, car les apprenants construisent ensemble leurs connaissances [...]; [2] autorégulé, car ils [les apprenants] mobilisent des stratégies actives pour apprendre; [3] situé, en ce qu'il est mieux appréhendé en contexte qu'en faisant abstraction de l'environnement et [4] collaboratif plutôt que solitaire » (De Corte, 2010, p. 360). C'est ainsi que les apprentissages réalisés sont signifiants dans et pour la pratique et qu'ils contribuent à un agir approprié selon une situation clinique donnée (Boissart, 2013) et de là, à prodiguer des soins de qualité. Plus concrètement, selon Johnson (2016), en milieu clinique, quatre principes doivent guider le développement d'activités de DPI. Ces quatre principes sont de : 1) valoriser la réflexion et la naissance de nouvelles idées; 2) soutenir l'apprentissage en

équipe; 3) répondre à différents styles d'apprentissage et 4) favoriser les interactions avec les autres apprenants dans le processus d'apprentissage.

À ce sujet, il existe une panoplie de stratégies pouvant potentiellement soutenir le DPI dans le paradigme d'apprentissage. Celles-ci s'inscrivent surtout dans les courants du constructivisme et du socioconstructivisme (Chekour, Laafou et Idrissi, 2015; Raby, Viola et Beaudry, 2016). Au fil des ans, les clubs de lecture (Lachance, 2014), l'apprentissage par problèmes (Davidson et Major, 2014), les communautés de pratique (Andrew, 2013), la simulation clinique (Lavoie et al., 2017), ainsi que les groupes de codéveloppement professionnel (Champagne et Arnaud, 2021; Payette et Morin, 2021; Payette et Champagne, 1997) et de pratique réflexive (Dubé, 2012) sont quelques exemples de stratégies d'enseignement-apprentissage socioconstructivistes qui, en plus d'avoir fait l'objet d'études, ont démontré leur contribution au DPI de différentes façons. À titre d'exemple, les clubs de lecture permettent aux infirmières d'être au fait des données probantes les plus récentes et de réfléchir sur celles-ci avec des collègues, en vue de les intégrer dans leur pratique (Lachance, 2014). Toutefois, ces stratégies ont aussi leurs limites. La simulation clinique haute-fidélité, par exemple, est reconnue pour nécessiter des ressources humaines, technologiques et financières relativement importantes (Hssain, Alinier et Saouaiby, 2013; Petrucci et al., 2017). Le club de lecture, quant à lui, ne semble pas susciter l'intérêt des infirmières sur une période soutenue dans le temps (Lachance, 2014). Enfin, le groupe de codéveloppement professionnel, au sens où le conçoivent Payette et Champagne (1997), s'enracine dans une série d'étapes répétitives suivies systématiquement, pour lesquelles l'animateur devrait, néanmoins au préalable, avoir été formé (Paquet, 2014). Dans ces étapes, les apprenants tiennent essentiellement les rôles de consultants et de consultés autour de discussions. Cette forme d'échanges ne répond pas forcément aux attentes de l'ensemble des participants et peut ne pas nécessairement être cohérente avec les caractéristiques de leurs styles d'apprentissage.

Néanmoins, il existe aussi d'autres stratégies de DPI socioconstructivistes variées, souples et qui peuvent exiger moins de ressources tout en étant déployées localement dans les milieux de soins. C'est potentiellement le cas de l'apprentissage collaboratif (AC). Selon Barkley, Major et Cross (2014), l'AC, pris en son sens large, constitue une forme de parapluie pouvant regrouper l'ensemble des stratégies d'enseignement-apprentissage socioconstructivistes [ou de DPI] citées jusqu'ici. Toutefois, selon les mêmes auteurs, l'AC peut

aussi être une stratégie d'enseignement-apprentissage socioconstructiviste en soi. Il peut alors notamment, sans s'y limiter, prendre la forme d'un groupe d'investigation, d'une collection de ressources ou d'un enseignement mutuel basé sur l'expertise. C'est à ce titre plus particulier, de stratégie d'enseignement-apprentissage socioconstructiviste en soi, que l'AC aurait encore peu fait l'objet de recherches en sciences infirmières. Par ailleurs, plus spécifiquement en sciences de l'éducation, selon Henri et Lundgren (2001), l'AC constitue une démarche active d'apprentissage dans laquelle les apprenants, en groupe, coconstruisent des connaissances<sup>1</sup> utiles pour leur pratique à partir d'un engagement et d'interactions mutuels qui s'inscrivent dans un processus réflexif. L'AC vise à réduire ce que Lubejko (2015) nomme le fossé entre les savoirs scientifiques et la pratique, dans ce cas-ci des infirmières, par la coproduction de savoirs fondés sur la science et l'exercice professionnel, savoirs qui ont du sens pour la pratique. Par l'interdépendance qu'il implique au sein du groupe, l'AC crée un espace réflexif (Davidson et Major, 2014) pour les infirmières afin qu'elles puissent poser un regard critique sur leur pratique dans un contexte de DPI (King et al., 2021) susceptible de s'apparenter à une communauté de pratique. La réflexion que mènent les apprenants dans le groupe d'AC permet de répondre à des besoins de DPI identifiés par eux-mêmes, besoins qui sont issus de leur pratique et du contexte de cette dernière (King et al., 2021). Selon Barkley, Major et Cross (2014), l'AC se veut souple, mais rigoureux, de par sa structure qui peut s'agencer à différents contextes (ex. : social, culturel, économique, démographique et politique), en fonction des apprenants, des finalités qu'ils poursuivent, de leurs styles d'apprentissage ainsi que des contraintes auxquelles ils font face (ex. : temps et ressources disponibles).

À cet égard, actuellement, le contexte social, démographique et professionnel, dans lequel s'inscrit la pratique infirmière dans l'ensemble des pays industrialisés, est teinté par un vieillissement marqué de la population (OMS, 2016; Raina et al., 2018). Ce vieillissement se conjugue à des problèmes de santé complexes découlant de maladies chroniques (OMS, 2016, 2019; While, 2019) présentes généralement tant chez la personne qui requiert des soins que chez le proche-aidant qui l'aide et l'accompagne dans son expérience de santé (Bigossi et Laborde,

---

<sup>1</sup> Il ne s'agit pas de production de connaissances issues de résultats probants, mais plutôt de connaissances pour la pratique (au sens de *praxis*).

2020; Dumais, 2018). Aussi, plusieurs soins auparavant dispensés en milieu hospitalier le sont maintenant à domicile, dans l'environnement de vie des personnes et de leurs proches (Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada [IISCC], 2010; 2019). Cette réalité a transformé la pratique infirmière tant dans la façon de prodiguer les soins que dans les connaissances et compétences requises pour exercer la profession dans un tel contexte (Deshaies, Bilodeau et Leprohon, 2010; Harvey, 2017). En effet, les infirmières de soutien à domicile<sup>2</sup> (SAD), qui travaillent auprès des aînés et de leurs proches, agissent le plus souvent sans le soutien direct d'autres professionnels (Duncan, 2019; Hill 2019) dans un environnement changeant où l'étendue de la pratique nécessite un large éventail de connaissances et un jugement clinique sûr (Deshaies, Bilodeau et Leprohon, 2010; Meyer, 1997). Dans leur pratique, les infirmières de SAD sont régulièrement appelées à prendre des décisions qui ont des retombées à court, moyen ou long terme sur les aînés et leurs proches (Daley et Miller, 1996; De Vlieghe et al., 2014; Deshaies, Bilodeau et Leprohon, 2010; Meyer, 1997). Le contexte du SAD exerce une influence non seulement sur la pratique des infirmières, mais également sur leur DPI qui constitue une condition *sine qua non* à une prestation de soins de qualité (IISCC, 2019; McComiskey, 2017).

Dans cette même perspective de DPI, selon la revue intégrative des écrits de Miraglia et Asselin (2015), il est toujours d'actualité de mettre de l'avant des projets de recherche orientés sur les activités de DPI qui comprennent une forme de réflexion sur la pratique professionnelle. Il devient alors d'autant plus pertinent d'explorer des avenues comme l'AC, qui intègre un processus réflexif (Henri et Lundgren, 2001) dans sa structure et ses processus, pour soutenir les infirmières dans leur DPI. De plus, selon Shimizu et al. (2020), la collaboration à laquelle se prêtent les infirmières, dans la pratique, devrait aussi se refléter dans leur apprentissage en milieu clinique. Or, à ce jour, très peu d'écrits empiriques ont permis de mettre en lumière comment l'AC peut contribuer au DPI et, par la même occasion, devenir un vecteur susceptible

---

<sup>2</sup> Selon l'ACSSD (2015, p. 2), les soins à domicile se définissent comme : « une gamme de services destinés à des personnes de tous âges, fournis au domicile ou dans la collectivité et [qui] englobent la promotion de la santé, l'enseignement, l'intervention thérapeutique, les soins de fin de vie, la réadaptation, le soutien et l'entretien [sic], l'adaptation et l'intégration sociales ainsi que le soutien aux aidants naturels (familiaux) [aussi appelés proches-aidants] ».

d'améliorer la qualité de la pratique infirmière. Pourtant, Zhang et Cui (2018), dans une recension systématique des écrits réalisée à partir de 29 articles de recherche empirique, ont mis en évidence les retombées positives de l'AC en termes de soutien au développement des compétences chez des étudiants aux études supérieures en sciences infirmières, ce qui laisse entrevoir la pertinence de s'intéresser à l'AC en sciences infirmières, mais sous d'autres angles, comme celui du DPI en milieu clinique.

### **But de l'étude et questions de recherche**

Considérant l'ensemble des éléments dépeints dans la problématique, le but de cette étude doctorale est d'explorer comment l'apprentissage collaboratif (AC) peut contribuer au développement professionnel infirmier (DPI) d'infirmières de soutien à domicile (SAD) qui exercent la profession auprès d'aînés présentant des problèmes de santé complexes. De manière plus spécifique, elle vise à répondre à deux questions de recherche :

- 1- Quels sont les éléments contextuels qui influencent la participation d'infirmières de SAD à un groupe d'AC?
- 2- Quelles caractéristiques de l'AC contribuent à la réalisation d'apprentissages chez des infirmières de SAD?

## **Chapitre 2 : Recension des écrits**

Ce deuxième chapitre sert à présenter la recension des écrits sous forme de synthèse narrative (Saracci, Mahamat et Jacquériorz, 2019). Le concept principal de la recherche est l'AC qui s'inscrit ici dans une perspective plus large qu'est le DPI. Ce sont d'abord ces deux concepts qui ont été utilisés pour le repérage des écrits pertinents à cette recherche. L'Annexe A sert à présenter la démarche réalisée avec les différentes combinaisons de mots-clés utilisées de même que leurs déclinaisons afin d'interroger le plus efficacement possible les bases de données scientifiques qui ont été consultées soient : Cinahl, MEDLINE, Pub Med, EMBASE et ERIC (de 2000 à 2021). La littérature grise a également été explorée avec les moteurs de recherche Google et Google Scholar. Au cours de la lecture des textes repérés, une étude des références bibliographiques de ces derniers a aussi été réalisée afin de bonifier le corpus initial. Pour être intégrés dans le corpus de la recension, les écrits trouvés devaient répondre aux critères d'inclusion suivants :

- avoir fait l'objet d'une révision par des pairs;
- avoir été rédigé en français ou en anglais (incluant l'accès au texte complet);
- présenter un titre en lien avec le DPI en cours de carrière, la formation infirmière en cours de carrière ou l'apprentissage en groupe en milieu clinique en cours de carrière;
- présenter un résumé traitant d'au moins une stratégie d'apprentissage en groupe, comme l'AC, (ou des fondements de celle-ci) en milieu clinique en lien avec le DPI;
- présenter, pour les écrits empiriques, au moins une question ou un objectif, une méthode de même que des résultats de recherche en lien une stratégie d'apprentissage en groupe ou l'AC dans un contexte de DPI en milieu clinique.

Selon ces critères, ce sont, au total, 45 textes qui ont été retenus. Parmi ceux-ci, 13 étaient des études empiriques primaires et 26 étaient des écrits théoriques tirés d'articles de revues scientifiques et professionnelles ou encore de chapitres de livres. Les six autres textes étaient des articles publiés sous forme de recension d'écrits ou encore de projets locaux d'amélioration de qualité en lien avec le DPI. Les sections qui suivent servent à présenter respectivement les écrits théoriques puis les études empiriques primaires.

Étant donné que cette étude doctorale s'intéresse au DPI en milieu clinique, dans un premier temps, ce concept a été défini pour mieux situer le contexte de cette dernière. Dans un deuxième temps, le cœur de la recension porte sur l'AC.

## Définition du développement professionnel infirmier (DPI)

Le concept de DPI a évolué au fil du temps. Toutefois, il est encore utilisé de manière interchangeable avec des concepts qui lui sont apparentés comme la formation continue ou l'apprentissage tout au long de la vie (Gallagher, 2007). Dépendamment des auteurs, le DPI se décline aussi sous diverses formes : activités de formation continue, orientation en milieu clinique ou études académiques pour ne nommer que celles-là (National Nursing Staff Development Organization et American Nurses Association, 2010).

Considérant l'étendue et la diversité des formes et des définitions que peut arborer le concept de DPI, dans cette étude doctorale, la définition proposée du DPI s'inspire d'auteurs dont Gosselin, Viau-Guay et Bourassa (2014); Harper et Maloney (2016); Davis, Taylor et Reyes (2014); Hayes (2016) ainsi que Kelley et Huckaby (2015). Cette définition arbore une lentille intégrative ancrée en milieu clinique. Ainsi, le DPI se définit comme :

un processus réflexif, multidimensionnel et continu dans lequel l'infirmière s'engage activement à poser un regard critique, à réaliser des apprentissages significatifs et à agir sur des aspects de sa pratique qu'elle souhaite améliorer ou transformer par divers moyens dans un contexte situé et interactif, en lien avec la personne, la santé, l'environnement ou le soin.

Cette définition prend assise sur des caractéristiques communes de définitions du DPI à savoir :

- que se développer professionnellement implique de s'engager à réaliser des apprentissages significatifs pour sa pratique tout au long de sa carrière professionnelle (Gosselin, Viau-Guay et Bourassa, 2014; Harper et Maloney, 2016);
- qu'il existe différentes stratégies pour apprendre et de là pour se développer professionnellement et que ces stratégies impliquent de la part de l'apprenant qu'il soit actif en réfléchissant et en interagissant avec son environnement (Davis, Taylor et Reyes, 2014; Hayes, 2016);
- que le DPI renvoie à l'idée d'une dynamique, d'une interaction continue, entre l'apprentissage et la pratique; la pratique contribuant à l'apprentissage et l'apprentissage étant intégré à la pratique (Kelley et Huckaby, 2015).

La définition du DPI proposée pour cette étude s'inspire d'auteurs qui s'inscrivent dans des perspectives constructivistes, socioconstructivistes et pragmatiques. Elle se veut aussi cohérente avec les écrits d'autres auteurs en sciences infirmières, dont ceux de Newman et de ses

collaborateurs, qui ont inspiré l'élaboration du cadre de référence qui sera présenté ultérieurement dans ce chapitre. Dans cette recherche doctorale, les apprentissages réalisés auxquels s'intéresse particulièrement l'étudiant-chercheur, dans un contexte de DPI, s'inscrivent dans une démarche active, plus spécifiquement celle de l'apprentissage collaboratif (AC).

## **Apprentissage collaboratif**

L'AC prend diverses formes selon les contextes (Sandars et Langlois, 2006). Les écrits recensés à son sujet permettent : de donner une définition du concept; de décrire brièvement son historique; de dépeindre ses principes et ses fondements; d'explicitier quelques-unes de ses caractéristiques et de présenter des études empiriques réalisées à son sujet. Les sections qui suivent servent à présenter chacun de ces aspects énoncés.

### **Définition de l'AC**

Il existe différentes définitions de l'AC. Dans cette étude huit ont été recensées (voir Annexe B). À ce sujet, Staniland, Rosen et Wild (2011) soutiennent qu'une certaine confusion perdure dans le temps au regard de la façon dont l'AC est défini dans les écrits. Pour mener cette recherche, c'est la définition de Henri et Lundgren (2001) qui a été choisie. Selon ces deux auteurs, l'AC constitue :

« [U]ne démarche active par laquelle l'apprenant travaille à la construction de ses connaissances. [...] Le groupe y participe comme source d'information, comme agent de motivation, comme moyen d'entraide et de soutien mutuel et comme lieu privilégié d'interaction pour la construction collective des connaissances [pour la pratique]. La démarche collaborative reconnaît le caractère individuel et réflexif de l'apprentissage [...] en le raccrochant aux interactions de groupe. [...] Les apprenants collaborent aux apprentissages du groupe et, en retour, le groupe collabore à ceux des apprenants » (Henri et Lundgren, 2001, p. 42).

Cette définition a été retenue, notamment, car elle intègre les trois sources d'influence théorique de l'AC au sens où le conçoivent Laal et Laal (2012), soit : (a) le constructivisme, quand les auteurs réfèrent à l'apprenant qui « travaille à la construction de ses connaissances »; (b) le socioconstructivisme, lorsque les auteurs traitent de « construction collective des

connaissances » et (c) l'apprentissage expérientiel à caractère pragmatique à travers les idées de réflexion, d'interactions et de pratique.

De plus, cette définition comporte des fondements cohérents avec la définition du DPI qui a été proposée plus tôt dans le présent chapitre. Ensemble, ces deux définitions partagent notamment les concepts de réflexion, d'action et d'apprentissages en lien avec la pratique. De plus, la définition de l'AC de Henri et Lundgren (2001) constitue une forme de consensus à l'égard de l'ensemble des définitions recensées en la matière.

Pour mieux comprendre le concept d'AC, il est aussi d'intérêt de porter un regard sur son historique de même que sur son évolution à travers le temps. La prochaine section du texte lui est dédiée.

### **Historique et évolution du concept d'AC**

Selon Bruffee (1984), l'AC aurait commencé à apparaître informellement entre les années 1950 et 1960. Dans les années 1960, toujours selon Bruffee (1984), Abercrombie, professeur-chercheur à l'Université de Londres, aurait réalisé des recherches empiriques sur l'AC avec des professeurs de biologie dans la formation initiale en médecine. Selon ce même auteur, ce n'est toutefois qu'au cours des années 1970, que le concept comme tel d'AC aurait été formalisé. C'est dans le domaine de la linguistique, en enseignement de l'anglais, qu'il aurait été d'abord officiellement reconnu comme une stratégie d'enseignement-apprentissage. Au cours des années 1980, l'AC a connu un véritable essor dans la formation académique en linguistique et en sciences humaines. Bien que les écrits de Bruffee (1984) attestent de l'application de l'AC dans un cadre de formation académique universitaire, au fil du temps, l'AC a aussi été transposé, selon Duncombe et Armour (2004), dans des contextes de DP en cours d'emploi chez l'adulte. Toujours selon ces mêmes auteurs, il a alors pris la forme d'apprentissage en groupe ou d'apprentissage professionnel collaboratif.

Toutefois, même si l'arrivée de l'AC semble relativement bien située dans le temps, des auteurs affirment que ce dernier est couramment confondu ou utilisé de manière interchangeable avec d'autres formes d'apprentissage, ou de stratégies d'enseignement-apprentissage, comme l'apprentissage coopératif ou l'apprentissage par problème avec lesquels il partage des caractéristiques communes en termes de fondements (Barkley, Major et Cross, 2014; Davidson

et Major, 2014; Jolliffe, 2015; Laal et Laal, 2012). Or, bien que les concepts d'AC et d'apprentissage coopératif soient régulièrement utilisés de manière interchangeable, Oxford (1997) apporte une nuance pour les différencier. Cette nuance a aussi été reprise ultérieurement par Barkley, Major et Cross (2014) ainsi que par Lin (2015). Oxford (1997) avance que l'apprentissage coopératif est davantage structuré, prescriptif et ciblé au regard des techniques que devrait utiliser le formateur. L'AC, quant à lui, se veut plus facilement adaptable et ancré dans l'idée de réseauter l'apprenant avec ses pairs et le monde plus vaste dans lequel ces derniers évoluent. Toujours selon Oxford (1997), plutôt que de morceler les tâches, les apprenants, dans un groupe d'AC, décident de trouver ensemble, par des activités communes, une manière de résoudre un problème rencontré. Cela n'empêche cependant pas des initiatives ou des activités individuelles, en complément. De plus, dans l'AC, l'accent n'est pas mis tant sur la structure que sur l'importance du dialogue, des interrelations et de l'engagement des participants au groupe dans leur apprentissage pour que ce dernier soit signifiant.

Même si l'AC peut coexister et partager certains fondements avec l'apprentissage coopératif et qu'au plan de la pratique, certaines activités d'apprentissage puissent être réalisées à la fois dans des contextes coopératif ou collaboratif, pour Panitz (1999), il importe de distinguer la coopération de la collaboration dans un contexte d'apprentissage. Selon cet auteur, la coopération constitue une structure d'interaction qui facilite l'atteinte d'un but commun par des individus d'un même groupe. En revanche, la collaboration serait une philosophie de l'interaction ainsi qu'un style de vie personnel dans lequel les individus sont responsables de leurs actions et de leurs apprentissages et respectent leurs pairs (leur contribution, leurs forces, leurs limites, etc.). Ainsi, dans l'AC, l'enseignant exerce moins de contrôle sur les groupes et les activités réalisées que dans l'apprentissage coopératif. Dans l'AC, l'enseignant joue un rôle d'accompagnateur, de guide, de facilitateur et de consultant. Il accompagne le groupe d'AC en posant des questions, en facilitant les discussions, en stimulant les échanges et en favorisant la résolution de conflits. Toujours selon Panitz (1999), les apprenants sont responsables de leurs apprentissages. Ils déterminent ensemble, dans un groupe, le but qu'ils souhaitent atteindre. Les uns sont responsables des apprentissages des autres et vice-versa. Le succès d'un apprenant est celui du groupe. Selon ce même auteur, une telle cohésion favorise le développement d'habiletés d'analyse, de synthèse et de raisonnement de haut niveau permettant ainsi de réaliser des apprentissages signifiants.

Lin (2015), quant à elle, souligne qu'en raison de sa souplesse, il arrive que l'AC intègre certains principes de l'apprentissage coopératif. Plutôt que cela soit une source de préoccupation, selon cette auteure, il faut percevoir comme une richesse que l'AC et l'apprentissage coopératif puissent coexister et se chevaucher à certains moments. Barkley, Major et Cross (2014) abondent aussi dans ce sens.

Enfin, selon Davidson et Major (2014), contrairement à ses analogues que sont l'apprentissage coopératif – qui remonte au 16<sup>e</sup> siècle – et l'apprentissage par problème – créé dans les années 1960 –, l'AC a été peu étudié dans le domaine des sciences de la santé. Selon ces auteurs, l'AC possède pourtant toutes les caractéristiques nécessaires pour répondre aux défis professionnels que rencontrent les praticiens de la santé dans leur pratique. Ce portrait de l'historique et de l'évolution du concept d'AC pave la voie aux principes ainsi qu'aux fondements de l'AC.

## **Principes et fondements de l'AC**

Bien que selon Stahl (2013), il n'existe pas de théorie de l'AC, ce dernier repose sur des principes et des fondements reconnus. Six textes théoriques recensés en traitent. Il s'agit de ceux de Laal et Laal (2012), de Roselli (2016), de Stahl (2013), de Bruffee (1984), de Duncombe et Armour (2004) ainsi que de Lin (2015).

Pour Laal et Laal (2012), Lin (2015) de même que pour Roselli (2016), l'AC implique certains principes dont : (1) un engagement individuel et une responsabilité personnelle envers le groupe; (2) un encouragement au dialogue qui valorise une interdépendance et des interactions positives simultanées et égalitaires entre les membres du groupe d'AC; (3) une collaboration dans l'organisation des idées et une négociation pour construire un sens et (4) une auto-évaluation de groupe. Ainsi, chez les auteurs recensés, l'idée d'apprendre en groupe est centrale à l'AC. Elle renvoie plus spécifiquement au socioconstructivisme. Roselli (2016), pour sa part, précise que l'environnement social, soit le groupe, ne constitue pas seulement un facteur externe à l'apprenant, mais plutôt une unité de fonctionnement cognitif (*unit of cognitive functioning*) qui contribue à structurer la pensée et les apprentissages.

Aux États-Unis, Stahl (2013) aborde le socioconstructivisme de l'AC sous l'angle de la cognition distribuée. Celle-ci s'enracine dans un contexte social et culturel – que certains auteurs

nomment cognition située –. Cette cognition est influencée par l’environnement, les interactions avec l’entourage, les outils d’apprentissage et les agents sociaux. L’idée ici est que la cognition soit distribuée entre les caractéristiques individuelles de l’apprenant et l’environnement dans lequel il évolue, incluant l’environnement social.

Pour Bruffee (1984), un auteur fréquemment cité en matière d’origine de l’AC, la cognition distribuée, par le dialogue qu’elle implique, contribue au développement de la pensée et du raisonnement. Il soutient que pour qu’un individu apprenne à penser individuellement, il doit d’abord faire partie d’une communauté qui lui apprendra à bien penser. De plus, Bruffee (1984) souligne que dans l’AC, la conversation des apprenants est structurée par des outils que ces derniers s’approprient pour analyser de manière critique des problèmes, pour y réfléchir et proposer des alternatives au savoir actuel difficilement utilisable en pratique ou que les apprenants jugent insatisfaisant. C’est ici qu’entre en ligne de compte le caractère pragmatique ou expérientiel de l’AC à travers la cognition distribuée de nature sociale.

Dans un même ordre d’idées, mais cette fois-ci dans un contexte de développement professionnel en cours de carrière, Duncombe et Armour (2004) se sont intéressés à l’AC qu’ils nomment aussi « apprentissage professionnel collaboratif » (p. 150). Tout comme les auteurs tout juste présentés, pour Duncombe et Armour (2004), le rôle des interactions entre les individus de même qu’entre les individus et leur environnement est central dans l’AC. À cela, ils ajoutent que les véritables apprentissages sont situés, contextualisés et authentiques. À cet égard, pour stimuler la réalisation d’apprentissages, les apprenants devraient être placés soit dans une situation « psychologique » ou encore « anthropologique » (Duncombe et Armour, 2004, p. 150). Dans le premier cas, à partir d’une situation problématique qui s’apparente à la réalité, mais qui est fictive, les apprenants travaillent à résoudre le problème. Dans le deuxième cas, les apprenants travaillent sur un problème qu’ils ont rencontré dans leur vie ou à partir de leur expérience professionnelle vécue afin d’y trouver une solution. Dans un contexte d’apprentissage professionnel collaboratif, toujours selon ces deux auteurs, l’idée de travailler à partir d’une situation rencontrée dans la pratique, c’est-à-dire anthropologique, apparaît comme étant davantage porteuse de sens. De là, les apprentissages réalisés, dans un tel contexte, seraient plus susceptibles d’être intégrés dans la pratique quotidienne.

Dans un même esprit d’importance de la relation de l’individu avec son environnement, pour Lin (2015), l’AC repose essentiellement sur la perspective sociale-cognitive de Vygotsky,

la *Second Language Theory* de même que sur la perspective motivationnelle. Selon Lin (2015), l'AC contribue au développement de l'apprenant, à travers une zone proximale de développement, particulièrement parce qu'il place ce dernier dans des situations de conflits sociaux-cognitifs qui lui permettent notamment de développer ses capacités de réflexion, de dialogue avec ses pairs et de résolution de problèmes dans différents contextes donnés et ce, en étant dans l'action. Lin (2015) ajoute aussi que la *Second Language Theory* est l'un des fondements sur lequel repose l'AC. Cette dernière met l'accent sur le dialogue, dans les interactions, qui permet à l'apprenant de comprendre ce qui est porté à son attention, puis d'échanger avec ses pairs et enfin de construire un sens, une signification, qui est le fruit des échanges réalisés. Finalement, toujours selon Lin (2015), la perspective motivationnelle, dans l'AC, met en lumière l'importance de l'interdépendance et de la cohésion, au sein du groupe d'AC, comme source de motivation et de soutien pour la réalisation d'apprentissages.

### **Caractéristiques de l'AC et de ses activités**

Des auteurs, comme Lin (2015), se sont intéressés à définir, en général, les caractéristiques de l'AC tandis que d'autres, comme Barkley, Major et Cross (2014), ont dépeint plus spécifiquement celles des activités d'AC. Lin (2015) soutient que l'AC valorise la créativité, l'analyse et l'adoption d'une démarche systématique de résolution de problèmes. Selon elle, l'AC s'inscrit dans un paradigme où l'apprentissage est centré sur l'apprenant plutôt que sur l'enseignant. Selon cette même auteure, dans l'AC, le rôle du formateur (enseignant) est de faciliter et de guider les apprentissages en accompagnant les apprenants plutôt que d'être un expert transmetteur de connaissances (Lin, 2015). Dans cette même perspective, l'apprenant doit faire preuve d'autonomie, notamment par une participation active, dans la réalisation de ses apprentissages (Voir Annexe C). Pour soutenir l'autonomie dans l'apprentissage, le formateur doit faire appel à des activités d'apprentissage variées qui soutiennent cette participation active et développer une vision de l'apprenant, a contrario d'un receveur de connaissances, qui le positionne comme un maître d'oeuvre de ses apprentissages (Lin, 2015). Pour ce faire, le formateur, doit valoriser et stimuler une interaction intense entre les apprenants. À cet égard, la relation entre le formateur et les apprenants, et celle entre les apprenants, doit être de nature collaborative et égalitaire; c'est-à-dire exempte de rapports hiérarchiques. Selon Lin (2015),

l'espace physique dans lequel se déroulent les activités d'AC doit être organisé pour favoriser le travail en petit groupe (ex. : positionner les tables en forme de U plutôt qu'en rangée). De plus, dans un contexte d'AC, ultimement, les apprentissages réalisés sont ceux du groupe et des apprenants, alors que dans le paradigme d'enseignement, les apprentissages sont généralement évalués par le formateur sur la base de la rétention des connaissances.

Dans un autre ordre d'idées, selon Barkley, Major et Cross (2014), il existe six catégories d'activités d'AC (*learning techniques*). Celles-ci sont : « la discussion; l'enseignement réciproque; la résolution de problèmes; l'organisation de l'information; l'écriture collaborative et l'apprentissage par le jeu » (p. 138, traduction libre). Parmi les 35 activités d'AC que proposent ces trois auteurs (dans ces six catégories), neuf d'entre elles ont initialement été identifiées comme pouvant potentiellement être utilisées dans un contexte de DPI avec des infirmières de SAD. Il s'agit : a) du partage en dyade; b) de l'enseignement mutuel basé sur l'expertise; c) de l'étude de cas; d) de la résolution de problèmes structurée; e) du groupe d'investigation; f) du groupe d'affinités; g) des chaînes séquentielles; h) de la collection de ressources et i) du séminaire. L'Annexe D, présente un tableau contenant une description plus exhaustive de ces neuf activités d'AC ainsi que leurs avantages et leurs inconvénients. Ces neuf activités d'AC ont été ciblées, au départ, pour des raisons d'ordre :

1. scientifique : selon l'efficacité démontrée dans des études antérieures dans des contextes autres que l'AC et;
2. pratique : en fonction de la cohérence entre les activités proposées ou possibles et la nature des problèmes cliniques potentiels ou rencontrés par les infirmières dans leur pratique.

Par ailleurs, la section qui suit sert à présenter les études empiriques recensées qui portent sur l'AC et l'apprentissage en groupe en milieu clinique.

### **Études empiriques sur l'AC et l'apprentissage en groupe en milieu clinique**

Les mots-clés retenus pour recenser les études empiriques portant sur l'AC ont produit peu de résultats. Conséquemment, la recherche a dû être élargie afin de répertorier des études portant plus largement sur des activités d'apprentissage en groupe en milieu clinique, dans un contexte de DPI. Au total, 13 études empiriques ont été recensées (voir Annexe E). Elles sont

présentées dans deux sections, selon une perspective historique et selon qu'elles portent (a) sur l'AC en milieu clinique ou (b) sur l'apprentissage en groupe en milieu clinique. Enfin, une dernière section sert à présenter les forces et les limites recensées des activités d'AC et d'apprentissage en groupe en milieu clinique.

### *Études sur l'AC en milieu clinique*

**Les cercles d'études orientés sur l'action (CEOA).** Cette première étude empirique qui traite d'AC est celle de Westergren (2012). Il s'agit d'une étude suédoise quasi-expérimentale à devis mixte qui porte sur des CEOA en lien avec la dénutrition chez des aînés vivant en résidence. Au total, 71 CEOA ont été réalisés avec 592 participants parmi lesquels se trouvaient trois infirmières et deux infirmières auxiliaires provenant d'équipes de SAD. L'étude s'est déroulée sur une période de trois ans. Deux objectifs étaient poursuivis : (1) explorer les perceptions du personnel travaillant dans des résidences de personnes âgées au regard de leur participation à des CEOA portant sur l'alimentation et la nutrition et (2) comparer ces perceptions avec celles d'un personnel n'ayant pas pris part à des CEOA.

Dans cette étude, chacun des CEOA comptait environ huit participants (96% étaient des hommes et 4% des femmes) âgés entre 20 et 66 ans qui cumulaient parfois plus de 20 ans d'expérience (Westergren, 2012). Dans les six premiers mois, les CEOA étaient formés de participants qui provenaient de différents milieux. Toutefois, la réalité des pratiques et des contextes était tellement différente qu'il était difficile de concilier autant de réalités diverses dans un même CEOA. Après six mois, les CEOA se sont donc déroulés avec du personnel qui provenait d'un même milieu de travail. Parmi les résultats, il ressort notamment que les CEOA contribuent, selon la perception des participants, à améliorer leurs connaissances (T0=72%; T1=96%) dans la mesure où les gestionnaires les soutiennent dans leur DP. Au plan qualitatif, un groupe de discussion focalisé (n= 12) a mis en évidence : (1) la création et le développement d'un nouveau savoir pratique local élaboré en mode collaboratif; (2) le sentiment d'avoir développé ses compétences comme individu et plus globalement (3) l'amélioration du travail d'équipe et le développement ainsi que (4) la transformation de l'organisation afin que celle-ci soit plus efficace (Westergren, 2012). Il ressort aussi des résultats de cette étude le besoin de soutien de la part des facilitateurs des CEOA ainsi que des gestionnaires. De plus, selon les

participants à la recherche, la rétroaction à la fin de chaque CEOA semble importante, mais une rétroaction encore plus globale devient elle aussi nécessaire pour avoir une meilleure compréhension du projet en entier ainsi que de ses retombées.

Les forces de cette étude résident dans trois éléments principaux : la durée de l'étude (sur trois ans), la répétition du nombre de CEOA (n=71) réalisé ainsi que dans la diversité d'âges et du nombre d'années d'expérience des 592 participants. Toutefois, le peu d'infirmières (n=3) par rapport au nombre total de participants peut potentiellement limiter le transfert des résultats à la profession infirmière en général. L'hétérogénéité des groupes conçus au début de l'étude a aussi conduit à revoir le protocole de recherche pour être ajusté. Aussi, la forte proportion d'hommes (96%) ayant participé à la recherche pourrait constituer une limite à la généralisation des résultats, étant donné que la population infirmière est majoritairement composée de femmes. Enfin, dans les activités en groupe, des éléments de contenu avaient été développés par des experts cliniques. Il est légitime de se demander jusqu'à quel point ce type d'activités d'apprentissage est de nature collaborative centrée sur l'apprenant plutôt que didactique et transmissive. Enfin, le groupe de discussion comptait seulement 12 participants, ce qui est peu par rapport au nombre total de participants (N= 592).

**L'étude de livres en groupe.** Parmi les études empiriques recensées, une seule traitait d'AC en milieu clinique uniquement avec des infirmières. Il s'agit de l'étude évaluative descriptive à devis mixte de Gray (2014), qui s'est intéressée à l'AC par l'étude de livres en groupe sur une période de cinq ans. Les participantes étaient 12 infirmières en santé scolaire provenant d'un milieu rural de la région de Washington. Dans cette recherche, l'étude de livres en groupe s'est déclinée sous différentes activités, d'une durée variant de 45 à 60 minutes, pour favoriser l'apprentissage chez les infirmières (Gray, 2014). Parmi ces activités, s'y trouvaient : des réflexions réalisées en groupe, des études de cas, des groupes de discussion, du visionnement de documentaires à visée éducative, des partages d'expériences et de ressources autres (documents, formulaires, exemples de plans de soins, etc.). Les activités réalisées en groupe étaient animées par une infirmière facilitatrice qui était gestionnaire d'infirmières en milieu scolaire. Les données collectées, par questionnaire auto-administré, étaient à la fois quantitatives (collectées avec des échelles de Likert) et qualitatives (collectées avec des questions ouvertes à

réponse courte). L'ensemble des participants à la recherche (n=12) ont répondu aux questions posées.

En ce qui concerne les données quantitatives analysées, au plan de la satisfaction globale, 88% des infirmières étaient d'accord ou fortement en accord que les activités réalisées étaient pertinentes et leur permettaient de se développer professionnellement (Gray, 2014). En ce qui concerne l'acquisition de connaissances et le développement des compétences, 75% étaient d'accord ou fortement en accord pour dire que les activités réalisées dans le cadre de ce projet leur avaient permis non seulement d'acquérir de nouvelles connaissances, mais aussi plus largement de développer leurs compétences comme infirmière en milieu scolaire. Enfin, 88% des répondants étaient en accord ou fortement en accord que l'ensemble des activités réalisées leur avaient permis d'être informées et sensibilisées au regard des tendances et des pratiques pouvant affecter ou influencer les services de santé et la pratique infirmière en milieu scolaire.

En ce qui concerne les données qualitatives, la première question concernait l'efficacité de l'étude de livres en groupe. Toutes les participantes ont répondu qu'il s'agissait d'une activité d'apprentissage efficace pour différentes raisons dont : (a) la perspective variée qu'elle amène d'autres acteurs, sur différents problèmes de santé, chez les infirmières en milieu scolaire qui travaillent en solo; (b) la capacité de traiter des problèmes actuels rencontrés au quotidien par les infirmières en milieu scolaire; (c) le plaisir qu'elle amène à apprendre en groupe sur les problèmes de santé au moyen de la réflexion; (d) la discussion et le partage d'idées qu'elle suscite sur des sujets d'intérêts et pertinents pour la pratique; (e) le partage d'une expérience commune d'apprentissage qu'elle favorise et (f) l'introspection qu'elle implique au regard des apprentissages individuels à réaliser et de l'écart entre la pratique et les savoirs existants (Gray, 2014). Par ailleurs, la deuxième question posée aux participantes visait à déterminer si l'étude de livres en groupe leur avait permis de se développer professionnellement. L'étude de livres en groupe a permis à certaines infirmières : (a) d'augmenter leurs connaissances sur l'autisme et conséquemment de mieux intervenir auprès des enfants qui vivent avec cette situation de santé; (b) d'être davantage sensibilisées aux abus chez les enfants, aux problèmes socio-culturels, aux retards de développement ainsi qu'à l'expérience de vie des familles; (c) d'apprendre à partager des idées, opinions et points de vue; (d) d'apprendre du partage de l'expérience professionnelle d'autres infirmières qui vivent des situations problématiques similaires à la leur et (e) de prendre

conscience de la diversité des contextes de pratique et des caractéristiques de la clientèle en milieu scolaire (Gray, 2014).

L'une des forces de cette étude est sa durée (5 ans) – sans désistement de participants – qui met en évidence le potentiel de pérennité dans le temps de l'AC. Le fait qu'elle ait été réalisée avec des infirmières pratiquant en solo en milieu scolaire, en communauté, laisse aussi entrevoir un potentiel de transférabilité pour des infirmières en SAD. De plus, comme elle comptait uniquement des infirmières, ses résultats trouvent une pertinence à cette recherche-ci au plan disciplinaire en matière de DPI. En contre-partie, le fait que les activités d'AC étaient animées par une gestionnaire hiérarchique pourrait avoir fait en sorte que certains participants se seraient sentis moins libres de cesser de participer à l'étude de livres en groupe. Aussi, l'auteur de l'article scientifique donne très peu de détails sur le déroulement des activités d'AC réalisées par les participantes, ce qui rend difficile la reproduction de l'étude. Enfin, l'échantillon de convenance est aussi peu décrit tout comme le cadre de référence utilisé pour réaliser la recherche.

**L'AC interprofessionnel en milieu de travail.** D'autres auteurs, dont Chetty, Bangalee et Brysiewicz (2020), se sont eux aussi intéressés à l'AC dans un contexte interprofessionnel en milieu clinique, en Afrique du Sud, dans lequel des infirmières y exerçaient. Le but de leur étude était de décrire les perceptions des professionnels de la santé (N=77) qui participaient à des groupes d'AC interprofessionnels se déroulant sur une période de deux mois et portant sur la pathogénèse et le traitement du VIH. Un des quatre groupes formés était composé uniquement d'infirmières (n=?). Chaque groupe comptait un maximum de dix participants qui ont pris part à des rencontres où certains contenus étaient enseignés par des experts puis repris par la suite en groupe dans des études de cas ou d'autres exercices de ce genre.

Parmi l'ensemble des participants, 21 ont pris part à un groupe de discussion focalisé à la fin des rencontres d'AC (Chetty, Bangalee et Brysiewicz, 2020). Les auteurs ne précisent cependant pas combien d'infirmières y ont pris part. Les participants ont été appelés à s'exprimer sur quatre aspects des rencontres d'AC : 1) leur appréciation globale; 2) les avantages et 3) les désavantages (ou les défis) d'avoir participé à une activité d'apprentissage portant sur le VIH et 4) leurs suggestions pour améliorer les rencontres d'AC. Les résultats de cette étude mettent en évidence que l'un des avantages soulevés par les participants a été

d'apprendre les uns des autres. Par ailleurs, les résultats mettent aussi en perspective que la diversité des besoins d'apprentissage selon la profession exige de mettre une structure en place pour répondre adéquatement à ces besoins variés, ce qui peut représenter un défi. Les auteurs de l'étude soulignent aussi la nécessité du soutien des gestionnaires pour réaliser de telles activités d'apprentissage, notamment en y allouant le temps et les ressources nécessaires dans le milieu de travail et sur les heures rémunérées. Enfin, Chetty, Bangalee et Brysiewicz (2020) soulignent aussi que l'apprentissage actif (l'AC), sous la forme de résolution de problèmes en groupe ou à partir de discussion de cas cliniques, contribue de manière importante à la réalisation d'apprentissages.

Au plan des forces, la durée pendant laquelle s'est déroulée la recherche de même que le fait qu'elle comptait des infirmières dans certains de ses groupes, peuvent servir de repère dans l'élaboration du devis de recherche de cette étude doctorale. En termes de limites, étant donné que des contenus étaient enseignés par des experts, certains des résultats avancés par les auteurs pourraient ne pas être attribuables uniquement à l'AC. Aussi, le peu de détails méthodologiques explicités par les chercheurs rend difficile la réplique potentielle de l'étude, notamment en ce qui a trait au nombre de participants pour chacun des groupes.

### *Études sur l'apprentissage en groupe en milieu clinique*

En plus des trois études empiriques portant explicitement sur l'AC en matière de DPI en milieu clinique, dix autres études recensées portant sur l'apprentissage en groupe en milieu clinique présentent une pertinence au regard de cette recherche. Elles sont présentées dans les sections qui suivent.

**L'apprentissage actif et la prescription infirmière : une étude de cas.** Déjà en 2005, au Royaume Uni, des chercheurs comme Jones et al. (2005), s'intéressaient à l'apprentissage en petit groupe en milieu clinique sous la forme d'apprentissage actif (*Action Learning Sets* [ALS]), dans ce cas-ci, pour soutenir le DPI de quatre infirmières habilitées à prescrire des médicaments. Dans cette étude qualitative sous forme d'analyse de cas, six sessions d'ALS de 60 minutes ont été organisées à quatre semaines d'intervalle. Ces sessions ont aussi été le moyen de collecter des données. Accompagnés par deux directeurs de soins, les participants ont

déterminé leurs objectifs poursuivis : réseautage professionnel, échange d'informations, partage sur la pratique et supervision clinique. Au début des sessions d'ALS, 10 minutes étaient utilisées afin que les infirmières fassent part des problèmes rencontrés dans leur pratique qu'elles souhaitaient aborder au sein du groupe.

Les résultats de cette étude témoignent que les participants ne trouvent pas toujours des solutions aux problèmes rencontrés dans leur pratique. Les sessions d'ALS ont toutefois permis aux participants: (1) de créer un réseau de soutien professionnel facilitant l'appropriation de leur nouveau rôle de prescripteur; (2) de partager leurs expériences professionnelles ainsi que des avenues possibles d'amélioration de la qualité des soins; (3) de réfléchir à des stratégies de résolution de problèmes rencontrés dans leur pratique; (4) d'évaluer les facteurs qui peuvent faciliter l'appropriation du rôle de prescripteur chez les infirmières; (5) de proposer des changements aux politiques institutionnelles qui peuvent constituer des obstacles à la prescription infirmière et (6) de faire connaître aux décideurs leurs besoins en matière de DPI. Jones et al. (2005) concluent qu'après l'étude, le groupe d'ALS a poursuivi ses rencontres sur une base mensuelle et que d'autres infirmières prescriptrices se sont jointes au groupe.

Les limites de cette étude résident principalement dans le fait que c'était des gestionnaires qui animaient les sessions d'ALS. Le rapport hiérarchique entre les participants et les facilitateurs, les gestionnaires, pouvait potentiellement influencer les propos des participants. Une deuxième limite provient du fait que les participantes à la recherche étaient peu nombreuses (n= 4) et provenaient toutes d'un même milieu, ce qui fait en sorte que les résultats étaient fortement contextualisés. En ce qui concerne les forces, cette recherche a permis une analyse en profondeur des aspects inhérents au DPI en lien avec l'appropriation d'un nouveau rôle ou d'une nouvelle activité pour les infirmières au moyen de l'ALS. De plus, la poursuite des rencontres d'ALS à la fin du projet témoigne du potentiel de pérennité de ce genre d'activités d'apprentissage en groupe en milieu clinique pour le DPI.

**La revue de cas collaborative en soins de longue durée et dans la communauté.** Dans l'étude de Bellamy, Fiddian et Nixon (2006), la revue de cas collaborative, en équipes inter professionnelles en soins de longue durée et dans la communauté, était l'activité de groupe utilisée pour apprendre. Le projet a été d'une durée de deux ans. Le cas et les personnes qui présentaient le cas étaient identifiés deux semaines à l'avance sur un feuillet distribué aux

participants potentiels. Les participants n'étaient pas nécessairement les mêmes à chaque rencontre. Six mois après le début des rencontres, une évaluation mixte a été réalisée. Au total, 30 des 54 participants ont choisi de répondre à un questionnaire d'évaluation (comportant des questions ouvertes et fermées). Parmi ces répondants, 67% étaient des infirmières, 13% des médecins ou des consultants, 10% des thérapeutes et 10% du personnel auxiliaire de santé. Au total, 18 personnes avaient pris part à plus d'une session de revue de cas et sept personnes à plus de quatre revues de cas sur une possibilité totale de douze. Parmi les incitatifs à participer aux revues de cas ont été mentionnés : l'intérêt et la possibilité de partager des expériences; le débriefing et l'impression de fermer la boucle sur un problème donné; la communication; la possibilité de réfléchir sur la pratique; la compréhension des rôles des autres professionnels ainsi que le soutien reçu de la part de collègues. Par ailleurs, le manque de temps et de confiance a été identifié comme un frein à la présentation d'une revue de cas. Néanmoins, tous les répondants aux questionnaires (n=30) ont exprimé avoir eu l'impression de contribuer ou d'apporter quelque chose au groupe. Les thèmes de l'auto-efficacité et de la confiance en soi ont souvent été évoqués dans les réponses aux questions ouvertes. Aussi, parmi les répondants, 19/30 ont souligné, à des niveaux bien ou très bien sur une échelle de Likert, que les revues de cas leur ont permis de réaliser de nouveaux apprentissages. Dix des 30 répondants croyaient que ces revues de cas contribueraient à changer leur pratique (sans nécessairement améliorer la qualité des soins). Enfin, 12 parmi les 30 ont indiqué que les revues de cas contribueraient à améliorer les soins aux patients.

Une des limites de cette étude est que les chercheurs ne précisent pas si certains des résultats étaient spécifiques aux infirmières par rapport à d'autres groupes de professionnels ayant aussi participé à la recherche. Aussi, la provenance (le milieu) des participants n'est pas détaillée par les chercheurs. En ce qui concerne les forces, la description détaillée des chercheurs du déroulement des rencontres de revue de cas collaboratives de même que la forte proportion d'infirmières qui participaient à ces rencontres contribuent au potentiel de réplication de l'étude et à la transférabilité de ses résultats.

**Étude qualitative descriptive multiméthode en néonatalogie.** Dans un même ordre d'idées, les deux articles scientifiques, celui de Wilson et de Keachie (2003) ainsi que celui de Wilson, McCormack et Ives (2008), traitent d'un même projet d'*Action Learning Sets* (ALS),

en matière de DPI, réalisé à Victoria, en Australie, avec sept infirmières-sages-femmes. L'expérience des participants variait de quelques mois à plus de 20 ans sur une unité de soins de 12 lits de niveau deux, en néonatalogie, qui comptait au total 30 infirmières. Les participants étaient libérés, sur leurs heures de travail rémunérées, pour participer aux sessions d'ALS, qui étaient animées par le chercheur principal de l'étude. Au cours de chacune des sessions d'ALS, deux ou trois membres du groupe présentaient un problème sur lequel ils souhaitaient réfléchir en groupe (Wilson, McCormack et Ives, 2008). Les sessions d'ALS se sont déroulées sur une période de 15 mois à raison d'environ une rencontre de quatre heures par mois. Les données ont été collectées lors des sessions d'ALS, d'un groupe de discussion et de 15 entrevues semi-dirigées.

Au plan des soins directs, les résultats mettent en évidence que les sessions d'ALS ont contribué à : (1) réduire les stimuli nuisibles au développement des prématurés; (2) réviser et bonifier l'orientation et (3) améliorer la transmission d'informations aux parents en vue du congé. Les sessions d'ALS ont également eu des retombées indirectes sur la qualité des soins selon Wilson, McCormack et Ives (2008). Celles-ci concernaient l'engagement, les processus, le non-jugement, l'empathie, la loyauté, la confidentialité et le respect mutuel (Wilson et de Keachie, 2003). Les participants ont également développé des habiletés dans la formulation de questions. Cela permet de susciter la réflexion chez l'infirmière qui présente un problème rencontré dans sa pratique et d'arriver à proposer des stratégies de résolution de problèmes efficaces selon les différentes facettes que peut présenter le problème. Malgré les contraintes de temps, de surcharge de travail et de fatigue, des infirmières ayant participé aux sessions d'ALS ont souligné ressortir de ces sessions avec plus d'énergie, de motivation et de stratégies pour améliorer leur pratique clinique. Ultiment, elles ont aussi le sentiment d'avoir plus de contrôle sur leur pratique. Cependant, selon Wilson, McCormack et Ives (2008), certains participants peuvent éprouver une perte de contrôle momentanée, se sentir déstabilisés, lorsqu'ils tentent de comprendre et de résoudre en groupe un problème rencontré dans leur pratique. Cette zone d'inconfort temporaire contribue aussi, selon les chercheurs, à ce que les participantes fassent preuve d'authenticité avec leurs collègues et aussi à réaliser des apprentissages significatifs et utiles dans leur pratique (Wilson, McCormack et Ives, 2008).

La première limite de cette recherche repose sur le fait que les chercheurs n'explicitent pas les motifs méthodologiques qui justifient qu'ils aient interviewé des infirmières n'ayant pas

pris part aux sessions d'ALS. Les résultats sont aussi présentés de façon non distincte entre les personnes interviewées qui ont pris part aux sessions d'ALS versus celles qui n'y ont pas participé. Par ailleurs, les forces de cette étude sont que les auteurs détaillent le modèle qu'ils ont utilisé (développement de pratique émancipatoire) et font une description en profondeur des changements rapportés au plan des retombées directes et indirectes des sessions d'ALS sur les soins.

**Le partage d'expériences en milieu de travail.** Jantzen (2008), en Alberta (Canada), s'est intéressée, dans son étude doctorale, au partage d'expériences en milieu de travail comme activité de DPI chez des infirmières à l'urgence. Dans son enquête qualitative narrative inductive, la chercheuse, au moyen d'un échantillon de convenance, a collecté des données à partir de huit récits expérientiels d'apprentissage en milieu clinique et d'entrevues non structurées. Parmi les participants, sept comptaient plus de 10 ans d'expérience comme infirmière. L'étude visait à explorer comment les expériences positives d'apprentissage pouvaient contribuer à améliorer la formation en milieu clinique. Les données ont fait l'objet d'une analyse par catégories conceptualisantes. Les résultats de cette recherche témoignent que le partage de certaines expériences professionnelles en milieu de travail permet : (1) de développer une relation d'apprentissage mutuel entre collègues et de s'engager dans son DPI; (2) d'établir une connexion entre ses expériences professionnelles, celles de ses collègues et le développement de nouvelles habiletés de *caring* avec la personne et ses proches; (3) d'apprendre de ses erreurs ainsi que de celles des autres et ainsi de développer une meilleure capacité à anticiper le futur; (4) de transformer, par la réflexion, des expériences de soins difficiles et négatives causant stress, détresse et impuissance en occasions d'expérience d'apprentissage positive et (5) d'individualiser et de contextualiser l'utilisation d'un savoir infirmier dans une situation donnée.

Les limites de cette étude résident principalement dans l'homogénéité des caractéristiques des participantes à la recherche (nombre similaire d'années d'expérience et provenance du même milieu de soins), ce qui fait en sorte que les résultats sont fortement contextualisés. Aussi, comme la chercheuse fait appel à des expériences passées, il existe un risque que les participants idéalisent les événements du passé. En contre-partie, la chercheuse a pris en considération bon nombre de contraintes au DPI en s'intéressant à des activités en mode

actif qui peuvent être déployées en milieu clinique. Aussi, comme cette recherche a été réalisée dans un contexte similaire (au Canada) à cette étude-ci, certains de ses résultats pourraient y être transférés.

**L'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique (APGBP).** L'étude qualitative descriptive écossaise d'Overton et al. (2009), portait sur l'APGBP. Deux groupes de médecins généralistes et d'infirmières ainsi que deux autres groupes exclusivement formés d'infirmières ont été constitués. Les deux groupes interprofessionnels comptaient huit participants chacun (N=16) et les groupes d'infirmières comptaient respectivement six et huit infirmières (N=14). Dans cette étude, les chercheurs souhaitaient examiner : (1) la signification que les apprenants attribuaient à leur intention d'introduire des changements dans leur pratique à partir de leur expérience d'APGBP; (2) les motifs qui influençaient la décision des participants aux groupes d'introduire des changements dans leur pratique suite à leur expérience d'APGBP et (3) l'implantation du processus de changement dans la pratique clinique. Le groupe d'APGBP comptait habituellement de quatre à neuf apprenants et un facilitateur qui se rencontraient généralement une ou deux fois par mois, selon les contraintes du groupe. Les apprenants recherchaient et sélectionnaient des écrits professionnels et scientifiques pertinents afin de résoudre des problèmes rencontrés dans leur pratique. L'analyse en groupe de ces écrits prenait la forme d'une réflexion.

À partir des réflexions écrites par les participants, les chercheurs ont identifié des médecins et des infirmières, qui avaient participé à des groupes d'APGBP pendant cinq ou six mois et qui s'engageaient ou qui avaient l'intention de s'engager à changer leur pratique, afin de prendre part à des entrevues (Overton et al., 2009). Trois membres des groupes interprofessionnels ont participé à des entrevues. Six des participantes, parmi les groupes d'infirmières, ont répondu aux questions des chercheurs. Les résultats témoignent que les participants interviewés: (1) étaient engagés dans leur apprentissage et la qualité des soins prodigués; (2) souhaitaient exercer selon les normes reconnues; (3) soulignaient que l'APGBP porte à réfléchir sur la pratique; (4) affirmaient que l'APGBP favorisait l'intégration de résultats probants à la pratique; (5) prenaient en considération les contraintes liées à l'environnement dans lequel ils exerçaient. En ce qui concerne les motifs qui influençaient la décision de changer sa pratique, la pertinence perçue par les professionnels au regard des informations échangées

dans les groupes d'APGBP était déterminante pour l'intégration de ces informations à la pratique clinique (Overton et al., 2009). Les principales sources d'informations qu'utilisaient les participants pour changer leur pratique étaient : (1) les apprentissages réalisés en groupe d'APGBP, (2) les lignes directrices ainsi que (3) les expériences positives vécues par les collègues de travail (Overton et al., 2009).

Cette étude comporte deux limites : (1) les auteurs ne précisent pas si les résultats étaient similaires entre les groupes interprofessionnels et intraprofessionnels et (2) les critères de sélection des participants ne sont pas explicités. Au plan des forces, davantage d'infirmières (n=6) ont participé aux entrevues comparativement aux autres professionnels (n=3), ce qui fait en sorte que les résultats peuvent avoir un potentiel de transférabilité à d'autres contextes de soins infirmiers. Enfin, cette recherche est l'une des rares à avoir exploré les liens entre les apprentissages réalisés et la pratique infirmière, selon la perspective des soignants.

**La pratique réflexive en groupe en milieu clinique.** L'article de Goudreau et al. (2015), issu d'une programmation de recherche comportant quatre études, met en évidence, dans une recherche évaluative longitudinale descriptive, l'apport de la réflexion en groupe au regard du développement des compétences de raisonnement clinique et de leadership à partir notamment d'un échantillon de convenance comptant 55 infirmières nouvellement graduées. Ces infirmières exerçaient la profession dans deux milieux universitaires montréalais de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> lignes adultes et pédiatriques. Pour prendre part à la recherche, les infirmières devaient s'engager à participer à au moins 10 rencontres de pratique réflexive d'une durée de 30 minutes chacune sur une période de 20 semaines. Les rencontres étaient animées par des infirmières cliniciennes spécialisées préalablement formées pour agir comme facilitatrices de jour, de soir ou de nuit.

Les résultats de cette étude menée par Goudreau et al. (2015) montrent notamment, à partir d'une analyse thématique d'entrevues et de journaux de bord individuels de même que de notes de terrain, que la flexibilité et la courte durée de l'activité réflexive dans le milieu de travail peuvent contribuer au DPI entre autres au regard des compétences de raisonnement clinique et de leadership. Dans cette étude, chaque groupe comptait en moyenne de quatre à cinq infirmières par rencontre. La participation moyenne par infirmière variait de quatre à sept rencontres d'une durée de trente minutes. Certaines ont pris part à une seule rencontre, alors que

d'autres ont participé à treize rencontres. Les chercheurs notent qu'il y avait également des difficultés inhérentes au déroulement des activités de réflexion sur les unités. Il était parfois difficile, par exemple, de se concentrer et de suivre l'activité de groupe sans être dérangés (Goudreau et al., 2015). Les infirmières travaillant de nuit semblaient avoir plus de facilité à réaliser les activités sur leur temps de pause, tout en étant moins dérangées, que celles qui travaillaient sur les quarts de jour. La fréquence des rencontres variait selon les milieux. Dans certains milieux, les rencontres avaient lieu deux fois par semaine, alors que dans d'autres, elles étaient tenues aux deux semaines. La plupart du temps, les sujets soumis à la réflexion provenaient des participantes. La recherche dans des écrits scientifiques de même que la consultation d'infirmières expertes ont fait partie de l'activité réflexive réalisée par les participantes.

Cette étude présente deux limites : (1) les résultats sont fortement contextualisés au milieu hospitalier universitaire et (2) les participantes étaient uniquement des infirmières nouvellement graduées, ce qui pourrait limiter la portée de la transférabilité des résultats. Concernant les forces, les auteurs ont décrit de manière détaillée le cadre et la méthode, ce qui faciliterait sa reproduction. Aussi, ils explicitent les liens entre les problèmes rencontrés dans la pratique et le développement des compétences par la réflexion. Enfin, la triangulation des méthodes de collecte des données renforce la scientificité des résultats.

**Enquête quantitative japonaise sur les méthodes d'apprentissage en milieu de travail associées à une perception d'amélioration de ses compétences.** De leur côté, Takase et al. (2015) se sont intéressés à l'apprentissage en milieu de travail dans le cadre d'une enquête quantitative transversale réalisée dans deux hôpitaux japonais affiliés à des milieux universitaires. Leur échantillon de convenance comptait 494 participants qui étaient des infirmières ou des sages-femmes provenant de différentes unités de soins. Les objectifs de l'étude étaient : (1) d'identifier les méthodes d'apprentissage utilisées chez les participants, selon qu'elles étaient plus expérimentées ou encore novices, et (2) d'explorer quelles méthodes d'apprentissage en milieu de travail étaient associées à une perception d'amélioration de ses compétences (auto-mesurée avec trois outils de mesure regroupés dans un questionnaire) chez les deux groupes, soit les participants comptant cinq années ou moins d'expérience clinique et les participants ayant plus de cinq ans d'expérience. Les chercheurs se sont intéressés aux

corrélations entre huit variables chez les deux groupes de participants. Ces variables étaient : (1) l'expérience d'apprentissage, (2) l'apprentissage à partir de la pratique, (3) l'apprentissage par la rétroaction, (4) l'apprentissage par la formation, (5) l'apprentissage à partir de l'expérience d'autres collègues, (6) l'apprentissage par la réflexion, (7) la compétence (auto-mesurée) et (8) l'estime de soi (Takase et al., 2015).

Au plan des résultats, dans un premier temps, les analyses statistiques descriptives ont montré que l'apprentissage à partir de l'expérience d'autres collègues était le moyen le plus utilisé par l'ensemble des participants pour apprendre (Takase et al., 2015). S'en sont suivis l'apprentissage à partir de la pratique pour les participants plus expérimentés et l'apprentissage par la réflexion chez les moins expérimentés. La formation est arrivée en dernier lieu. La difficulté d'accès en raison du manque de temps, d'effectif et de financement étaient les raisons principales menant à de tels résultats. Dans un deuxième temps, d'une part, les coefficients de corrélation de Pearson ont montré une relation significative positive de force modérée entre l'estime de soi et la compétence (auto-mesurée), tant chez les participants expérimentés que chez ceux qui l'étaient moins ( $r=0,35$  et  $p<0,001$ ). D'autre part, de faibles relations (0,01 à 0,18) ont été trouvées entre l'estime de soi et l'expérience d'apprentissage. Dans un troisième temps, les résultats des tests d'hypothèses pour deux moyennes indépendantes (test t) ont démontré que l'apprentissage à partir de l'expérience d'autres collègues ( $p<0,001$ ) et par la rétroaction ( $p=0,01$ ) étaient significativement supérieurs chez les participants qui comptaient moins de cinq années d'expérience comparativement aux autres. L'apprentissage par la réflexion se rapprochait aussi d'une signification statistique ( $p=0,055$ ). Dans un quatrième temps, des analyses de régression multiple, au regard de la relation entre l'apprentissage en milieu de travail et la compétence auto-mesurée chez les deux groupes d'infirmières, ont été réalisées. L'apprentissage à partir de la pratique ( $\beta=0,148$ ,  $p=0,044$ ), l'apprentissage à partir de l'expérience d'autres collègues ( $\beta=0,216$ ,  $p=0,004$ ) et l'apprentissage par la réflexion ( $\beta=0,230$ ,  $p=0,004$ ) avaient des relations statistiquement significatives avec la compétence auto-mesurée ( $\beta=0,276$ ,  $p<0,001$ ) chez les participants moins expérimentés. En contrepartie, l'apprentissage par la rétroaction ( $\beta=0,159$ ,  $p=0,018$ ), par la formation ( $\beta=0,247$ ,  $p<0,001$ ) ainsi que par la réflexion ( $\beta=0,139$ ,  $p=0,045$ ) ont montré des relations statistiquement significatives avec la compétence auto-mesurée chez le groupe des plus expérimentés. Chez ce même groupe, le

coefficient obtenu au regard de l'apprentissage à partir de la pratique était aussi près d'un seuil statistiquement significatif ( $\beta=0,124$ ,  $p=0,061$ ) (Takase et al., 2016).

Concernant les limites de cette étude, les chercheurs ne précisent pas si les analyses réalisées présentaient des différences selon que les données avaient été collectées auprès des infirmières ou des sages-femmes. De plus, la généralisation des résultats peut être limitée, étant donné qu'il s'avère difficile de déterminer si les méthodes d'apprentissage utilisées par les infirmières et les sages-femmes en milieu hospitalier au Japon s'apparentent à celles qu'utilisent les infirmières exerçant dans la communauté, comme en SAD, au Québec. Aussi, que les auteurs entendent-ils par compétence? Néanmoins, cette étude est l'une des rares réalisées avec un nombre aussi important et varié de participants provenant du milieu clinique pour différencier les méthodes d'apprentissages qu'ils utilisent selon qu'ils soient plus ou moins expérimentés. Une autre des forces de cette étude réside dans la rigueur et les détails donnés par ses auteurs, ce qui en rendrait sa reproduction plus facile.

**L'apprentissage informel en milieu de travail dans un contexte de soins de première ligne.** Pour leur part, Joynes, Kerr et Treasure-Jones (2017) se sont intéressés à des activités d'apprentissage informel en groupe qui permettraient aux professionnels de se développer professionnellement. Le but de leur étude qualitative multiméthode était de comprendre comment l'apprentissage informel prenait forme et pouvait être soutenu en première ligne, dans deux milieux urbains et un milieu rural. Trois groupes de discussion ont été réalisés, soit un par milieu clinique. Ces groupes comptaient des médecins généralistes, des infirmières, des gestionnaires ainsi que du personnel administratif ( $n=27$ ). Après les groupes de discussion, 12 entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées suivies de trois observations de rencontres d'équipes multidisciplinaires. Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique.

Les résultats indiquent que la revue de cas cliniques réalisée en groupe, les échanges de même que le soutien par les pairs, le débriefage et la discussion en groupe sont jugés par les participants comme des occasions de réaliser des apprentissages signifiants pour leur travail (Joynes, Kerr et Treasure-Jones, 2017). De plus, la relation de confiance entre les participants joue un rôle important dans la réalisation des apprentissages. Les échanges entre participants permettent d'établir une pratique de référence (*benchmarking*) avec laquelle peut être comparée sa propre pratique. Ces mêmes échanges servent aussi à développer un réseau professionnel

utile. L'instauration de même que la mise à jour de guides cliniques ou de protocoles de soins, en équipe, contribuent également au DP. Elles valorisent la dissémination de savoirs en plus de favoriser la réflexion et la discussion sur de nouvelles pratiques. Les rencontres d'apprentissage informel en milieu de travail sont jugées comme des moments privilégiés d'échanges permettant d'apprendre par le partage et le dialogue et de faire connaître les besoins d'apprentissage. Les résultats mettent aussi en lumière que les infirmières expriment davantage avoir moins la chance que leurs collègues de prendre part à des activités d'apprentissage en groupe (Joynes, Kerr et Treasure-Jones, 2017).

Une des limites de cette étude est que les auteurs n'ont pas précisé le cadre de référence utilisé ni le nombre de participants en fonction de leur profession, tant pour les groupes de discussion que pour les entrevues. Une autre limite découle de la participation de gestionnaires à la recherche, lesquels pouvaient avoir un lien hiérarchique avec certains participants. Par ailleurs, la triangulation des méthodes de collecte de données ainsi que les spécificités uniques à certains professionnels, dont les infirmières, ayant été relevées constituent des forces.

**Théorisation ancrée canadienne sur les interactions soutenant l'apprentissage.** En plus de son étude doctorale présentée plus tôt (Jantzen, 2008), Jantzen (2019) a plus récemment étudié, comment des infirmières en pratique clinique, dans deux unités de soins critiques, réalisent des apprentissages en interaction dans un environnement de soins et de travail qui change et se transforme continuellement. Dans cette étude, 17 entrevues semi-dirigées ont été conduites auprès d'infirmières comptant plus de 10 ans d'expérience et provenant de différents milieux de soins (chirurgie, pédiatrie, santé mentale, santé publique, etc.) et 119 heures d'observation participante ont été réalisées sur deux unités de soins critiques. Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse par théorisation ancrée.

Les résultats mettent premièrement en évidence que ce ne sont pas tous les environnements de travail qui soutiennent l'apprentissage. Certains d'entre eux vont même le contraindre (Jantzen, 2019). Deuxièmement, l'apprentissage en milieu de travail s'inscrit dans un processus qui s'amorce par un ancrage (*getting grounded*) dans lequel l'infirmière prend conscience de ses besoins d'apprentissage à travers la lentille par laquelle elle perçoit la personne de manière holistique. La reconnaissance de ses besoins d'apprentissage est alimentée et déclenchée (*triggered*) par 1) la connaissance de soi (*self-awareness*); 2) les besoins et

préoccupations spécifiques du patient et 3) les changements dans l'environnement de travail. L'exercice de la profession infirmière dans un milieu de travail où : 1) des mentors-guides – qui sont des infirmières expérimentées – sont présentes; 2) des équipes de soins sont hautement fonctionnelles et 3) les relations de travail sont empreintes de camaraderie, constitue une forme de catalyseur poussant les infirmières à se poser mutuellement des questions et à réfléchir ensemble pour utiliser des ressources en vue de répondre aux besoins de la clientèle et de là apprendre (Jantzen, 2019).

Cette théorisation présente trois limites. La première repose sur le fait que les observations réalisées et utilisées dans l'analyse des données ont été recueillies seulement dans deux unités des soins critiques, ce qui limite la portée des résultats. La deuxième limite est que la chercheuse ne décrit pas la nature des apprentissages réalisés rapportés par les participants (ou observés). La troisième limite réfère au point que les caractéristiques des environnements de travail qui ne soutiennent pas l'apprentissage ne sont pas révélées. Toutefois, au plan des forces, cette chercheuse est l'une des rares à avoir utilisé entre autres l'observation parmi ses méthodes de collecte de données en matière de DPI. Aussi, elle est parmi les rares chercheurs à décrire plus explicitement, au plan scientifique, le lien plus étroit entre la réalisation d'apprentissages et la réponse aux besoins de santé de la clientèle.

**Étude qualitative portant sur les conditions favorisant l'apprentissage et l'innovation en soins de longue durée.** Anvik et al. (2020) ont réalisé une ethnographie visant à explorer les conditions favorisant l'apprentissage et l'innovation en contexte de soins de longue durée. L'étude s'est déroulée dans six centres de soins de longue durée en Norvège et dans deux autres au Danemark entre 2016 et 2018. Les données ont été collectées au moyen de 187 heures d'observation participante, de trois entrevues de groupe semi-structurées d'une heure chacune (comptant au total neuf membres du personnel : gestionnaires, infirmières, infirmières auxiliaires et autre personnel en soins), de notes de trois rencontres (incluant les ordres du jour) ainsi que de quatre entrevues individuelles d'une heure avec deux infirmières, une infirmière auxiliaire et une gestionnaire en soins infirmiers). Les données ont été codifiées et catégorisées selon une approche ethnographique. Les résultats témoignent que les milieux de soins de longue durée (dans lesquels l'étude a été réalisée) sont des environnements qui soutiennent l'apprentissage et l'innovation par l'interaction constante entre la pratique et l'apprentissage qui

existe dans le quotidien des infirmières soignantes et des gestionnaires. Ces milieux de soins deviennent aussi attractifs pour recruter de nouvelles infirmières et des gestionnaires. L'apprentissage étant ancré dans la pratique permet de répondre plus adéquatement aux besoins de la population âgée et par conséquent d'être innovant.

Cette étude présente deux limites. La Norvège et le Danemark étant des systèmes de santé différents de celui du Québec, la transférabilité des résultats aux milieux de soins de longue durée québécois pourrait être limitée. Une autre des limites est l'absence d'une définition donnée par les auteurs concernant la notion d'innovation. Néanmoins, le fait qu'elle ait été réalisée dans huit CHSLD et que les chercheurs aient utilisé différentes méthodes de collecte de données constituent des forces de cette recherche.

**Synthèse critique brève des études empiriques.** Parmi les 13 études empiriques recensées, sept ont été réalisées uniquement avec des groupes d'infirmières en mode intraprofessionnel. Une seule, celle de Gray (2014), traitait explicitement du concept d'AC au moyen de l'étude de livres en groupe chez des infirmières en milieu scolaire. Parmi ces études empiriques, neuf ont été réalisées avec des devis qualitatifs, une avec un devis quantitatif quasi-expérimental et trois avec des devis mixtes. La grande majorité étant de nature descriptive. Les connaissances sur l'AC ou plus largement sur l'apprentissage en groupe en milieu clinique en sont encore à leurs débuts. Cela est aussi le cas en santé communautaire selon les buts à visée descriptive des études de Bellamy, Fiddian et Nixon (2006), de Gray (2014) et de Joynes, Kerr et Treasure-Jones (2017). De plus, certaines des études mixtes, dont celle de Gray (2014), comptaient peu de participants (n=12), ce qui limite la généralisation de leurs résultats quantitatifs à d'autres populations d'infirmières. Aussi, seules deux études comptaient des participants qui étaient des infirmières de SAD. Il s'agit de celle de Bellamy, Fiddian et Nixon (2006) ainsi que de celle de Westergren (2012). Par ailleurs, pour bon nombre d'études qualitatives, les articles scientifiques décrivaient peu les moyens utilisés par les chercheurs pour assurer, entre autres, la fiabilité et la transférabilité des résultats. Très peu explicitaient également les cadres conceptuels utilisés. La seule étude précisant ces aspects pour assurer la qualité des résultats présentés était celle de Goudreau et de ses collaborateurs (2015) qui spécifiaient le modèle utilisé, la démarche de thématization ainsi que la validation inter-juge. Concernant les méthodes de collecte de données, les sessions d'apprentissage en elles-mêmes

ont rarement constitué une source de données. Ainsi, peu d'études ont utilisé les échanges entre les participants comme matériaux de recherche pour mieux comprendre comment l'AC (ou l'apprentissage en groupe en milieu clinique) est susceptible de contribuer au DPI. À cet égard, dans son étude doctorale, Jantzen (2008) recommandait d'investiguer le comment (c'est-à-dire le processus) se réalise l'apprentissage en groupe à partir de la pratique, dans une perspective de DPI. Les écrits empiriques recensés ont aussi permis d'identifier des forces ainsi que des limites aux activités d'AC ainsi qu'à celles d'apprentissage en groupe en milieu clinique.

### ***Forces et limites des activités d'apprentissage en groupe en milieu clinique et d'AC***

Globalement, les activités d'AC ou d'apprentissage en groupe en milieu clinique soutiennent la réalisation d'apprentissages signifiants qui peuvent changer la pratique de manière durable par la réflexion, l'introspection, le dialogue, le réseautage et les interactions. C'est une force mise de l'avant dans les études de Joynes, Kerr, et Treasure-Jones (2017) et de Gray (2014). De plus, les échanges du groupe d'AC stimulent le partage d'expériences professionnelles positives transférables à des problèmes semblables vécus par d'autres professionnels dans des contextes et des environnements similaires (Gray, 2014). Aussi, comme dans l'expérience de Goudreau et al. (2015) et comme le souligne également Westergren (2012), les professionnels peuvent rechercher des connaissances scientifiques et les adapter à leur pratique, ce qui contribue à réduire le fossé entre la théorie et la pratique. De surcroît, un tel rapprochement entre la connaissance scientifique et la pratique sous-tend le développement d'une meilleure capacité d'analyse par rapport aux problèmes rencontrés dans la pratique ainsi qu'une prise de décision réfléchie, comme le souligne Gray (2014).

Une autre des forces identifiées dans les écrits empiriques qui portent sur l'AC ou sur l'apprentissage en groupe en milieu clinique a trait à leur approche qui se veut généralement centrée sur l'apprenant. En réfléchissant activement sur des problèmes rencontrés dans leur pratique ou s'en approchant, les apprenants sont davantage susceptibles de réaliser des apprentissages signifiants pour leur pratique (Goudreau et al., 2015; Joynes, Kerr et Treasure-Jones, 2017) et de développer des stratégies efficaces de résolution de problèmes complexes (Chetty, Bangalee et Brysiewicz, 2020). De plus, dans cette approche centrée sur l'apprenant, ce dernier éprouve, selon Gray (2014), du plaisir à apprendre et à enrichir ses connaissances en

réalisant des apprentissages pour améliorer sa pratique clinique. Enfin, la dernière force des écrits empiriques soulignée ici réside dans le potentiel de l'AC et de certaines activités d'apprentissage réalisées en groupe en milieu clinique de tenir compte des barrières au DPI présentes en milieu clinique et de les réduire. À cet effet, l'étude de Goudreau et al. (2015) de même que celles de Gray (2014) et de Anvik et de ses collaborateurs (2020) témoignent comment, malgré les ressources limitées et parfois le peu de temps disponible, les infirmières peuvent se développer professionnellement et ce, de manière durable dans le temps.

Par ailleurs, les activités d'AC et d'apprentissage en groupe en milieu clinique comportent aussi leurs limites. Premièrement, si la souplesse et la flexibilité qu'ils confèrent aux apprenants s'avèrent des qualités importantes au regard des contraintes actuelles dans les milieux de soins en termes de temps et de ressources, les gestionnaires connaissent encore toutefois peu cette façon d'apprendre en groupe en milieu clinique dans un cadre de travail, particulièrement chez les infirmières (Goudreau et al., 2015; Jantzen, 2008; Westergren, 2012). Il est important de souligner, comme l'ont affirmé Wilson, McCormack et Ives (2008) ainsi que Gray (2014), que les activités d'AC et les activités d'apprentissage en groupe en milieu clinique ne peuvent pas non plus à elles seules répondre à tous les besoins des apprenants en matière de DPI. Une autre limite aux activités d'AC ou d'apprentissage en groupe en milieu clinique touche les apprentissages et leur transférabilité à d'autres contextes de soins. Dans ce type d'activités, les apprentissages sont situés au cœur du développement d'un savoir pratique qui est soi-disant investi puis réinvesti au fil du temps pour résoudre des problèmes jugés complexes qui exigent des capacités d'analyse, de réflexion et qui impliquent une prise de décision qui comporte parfois des risques. Partant du principe que les activités d'AC ont déjà fait leurs preuves en termes d'efficacité en milieu académique (Zhang et Cui, 2018) et que des études réalisées à ce jour mettent en évidence leur potentiel dans un contexte de DPI en milieu clinique (King et al., 2021), la prudence reste toutefois de mise, car rien n'indique que les apprenants sont systématiquement en mesure de transférer les apprentissages réalisés dans un contexte à un autre contexte. C'est d'ailleurs ce que mettent en évidence certains des résultats de l'étude de Gray (2014).

Les forces et les limites des activités d'AC et d'apprentissage en groupe en milieu clinique ont été prises en compte dans la conception et la réalisation de cette étude doctorale. Considérant l'absence de modèles conceptuels portant spécifiquement sur l'AC en milieu

clinique, deux perspectives; une en sciences infirmières et l'autre en sciences de l'éducation, ont été combinées pour constituer le cadre de référence de cette recherche.

### **Cadre de référence**

L'élaboration du cadre de référence de cette recherche s'inspire des écrits de Newman et de ses collaborateurs (2008), en sciences infirmières, ainsi que de ceux de Lebrun (2007), en sciences de l'éducation, qui portent sur le modèle d'apprentissage pragmatique. Ces deux perspectives combinées s'avèrent pertinentes pour le DPI et l'AC en milieu clinique ainsi que pour la pratique infirmière en SAD. Elles sont brièvement décrites dans les paragraphes qui suivent.

#### **Perspective infirmière de Newman**

La perspective de Newman a été choisie comme toile de fond de la proposition du modèle du cadre de référence, car l'aspect relationnel, qui s'inscrit dans un processus mutuel d'interactions entre l'infirmière, la personne, ses proches et son environnement, constitue une dimension essentielle du soin (Newman et al., 2008). L'importance accordée à la relation (infirmière – personne et proches – environnement) a d'ailleurs été documentée dans des études empiriques chez des infirmières de SAD, d'où sa pertinence pour cette recherche (Carlson et al., 2014). Dans cette étude, c'est à partir de cette relation vécue que les infirmières de SAD (les participantes) partageront entre elles leurs expériences dans des groupes d'AC. Cette relation s'inscrit également de façon cohérente avec la posture socioconstructiviste pragmatique (Dewey, 1938; Vygotsky, 1978) choisie pour cette recherche collaborative. De plus, la perspective de Newman permet de définir la pratique et la discipline infirmière à partir de quatre concepts centraux : la santé, le *caring*, la conscience (*consciousness*) et le processus mutuel (*mutual process*) (Newman et al., 2008). Selon Newman et ses collaborateurs (2008), la santé est le point central de la discipline infirmière. Elle s'inscrit dans un processus de transformation afin d'élever les niveaux de conscience des personnes. Dans un même ordre d'idée, dans un paradigme « unitaire-transformationnel », au sens où le conçoivent Newman, Sime et Corcoran-Perry (1991, p. 1), le rôle de l'infirmière est d'aider les gens à reconnaître le pouvoir qui est en

eux et à passer à des niveaux plus élevés de la conscience. La conscience se veut réfléchissante dans un monde sans cesse en mouvement, en évolution et en transformation (Newman, Sime et Corcoran-Perry, 1991). L'idée de transformation est aussi omniprésente dans le socioconstructivisme pragmatique et social (Dewey, 1938; Vygotsky, 1978). De plus, certains éléments des écrits de Newman et de ses collaborateurs sont transférables à un contexte de DPI en SAD. Ils sont ici utilisés pour définir une partie du cadre de référence au plan de la discipline infirmière. Toutefois, la perspective de Newman et de ses collaborateurs (2008) s'inscrivant dans une « *grand theory* », il peut s'avérer difficile d'utiliser cette dernière dans son intégralité au plan opérationnel de la recherche. C'est pourquoi il convient de combiner cette perspective à certaines des composantes du modèle d'apprentissage pragmatique de Lebrun (2007) provenant des sciences de l'éducation. Cette approche se veut cohérente avec le paradigme unitaire-transformationnel dans lequel s'inscrit Newman, car dans ce dernier, il est valorisé de puiser dans d'autres disciplines pour enrichir et poursuivre le développement du savoir infirmier (Thorne, 2014).

### **Modèle d'apprentissage pragmatique de Lebrun**

Le modèle d'apprentissage pragmatique de Lebrun (2007), initialement conçu dans un contexte d'utilisation des technologies en éducation, permet de concevoir l'apprentissage de manière opérationnelle de par ses composantes principales qui sont : (a) les informations, (b) les activités et (c) les productions. Autour de ces trois composantes principales, se trouvent d'autres composantes dites secondaires : le contexte, les problèmes et les ressources; la motivation; le groupe, la collaboration et les outils; l'interaction puis le projet et les buts ou les finalités. L'ensemble de ces composantes s'inscrit dans un processus réflexif, que Bachy, Lebrun et Smidts (2010) nomment aussi un « outil » (p. 7), et renvoie à une dimension sociale et pragmatique de l'apprentissage. Ce modèle s'intéresse à la complexité de l'interrelation entre les personnes et les éléments de leur contexte, dont l'environnement, dans un processus d'apprentissage, ainsi qu'à l'intégration et à « l'adaptation des connaissances » à la pratique (Bachy, Lebrun et Smidts, 2010, p. 7). Dans cette étude, le modèle de Lebrun (2007) a été choisi pour sa cohérence avec la posture de l'étudiant-chercheur, mais également pour son potentiel de pouvoir s'inscrire en complémentarité avec la perspective de Newman.

## **Newman et Lebrun : proposition d'un modèle combiné**

La combinaison d'éléments de la perspective infirmière de Newman et al. (2008), conjuguée à des composantes du modèle d'apprentissage pragmatique de Lebrun (2007), s'inscrit dans la lignée des recommandations émises par des auteurs comme McInerney et Green-Thompson (2020). Ces auteurs avancent, selon une revue de la portée qu'ils ont réalisée, à partir de 61 articles de recherche recensés dans des bases de données scientifiques, la nécessité de poursuivre le développement et l'exploration de différentes théories – ou de cadres de référence – pour soutenir l'innovation post formation initiale en matière de stratégies d'enseignement-apprentissage en sciences de la santé. Ce développement et cette exploration seraient susceptibles de mieux outiller les professionnels afin qu'ils soient davantage en mesure de faire face à la complexité qu'ils rencontrent au quotidien dans leur pratique clinique.

À cet égard, Newman et Lebrun arborent une pensée qui se veut systémique (ou holistique) et qui tient compte de la complexité de la pratique. Ensemble, ils permettent de doter l'étudiant-chercheur d'une lentille intégrative qui combine des savoirs provenant des sciences de l'éducation ainsi que des sciences infirmières pour mieux étudier l'AC dans un contexte de DPI en SAD. À ce sujet, la Figure 1 illustre la proposition d'un modèle issu d'une combinaison de travaux de Lebrun (2007) et de Newman et al. (1991; 2008). Cette proposition se décline en deux composantes : 1) transversales et 2) opérationnelles.

### ***Composantes transversales***

Les composantes transversales de la proposition du modèle combiné, contrairement aux composantes opérationnelles, ne sont pas présentées dans un ordre linéaire ni circulaire, car elles transcendent les composantes opérationnelles du modèle combiné. Les composantes transversales sont : (a) les acteurs; (b) le *caring*; (c) le processus réflexif d'élévation de la conscience; (d) l'engagement; (e) l'interaction ainsi que (f) les éléments contextuels aussi appelés environnement et espace de transformation.

**Les acteurs.** Dans le modèle de Lebrun, les acteurs sont les apprenants (Lebrun, 2007). Dans l'étude, les acteurs, sont des infirmières de SAD, qui sont aussi les participantes à la

recherche, de même que l'étudiant-chercheur – dont le rôle sera celui d'animateur-facilitateur ou d'accompagnateur-formateur – et d'autres personnes qui sont en interaction avec les participantes à la recherche. Les participantes à la recherche et l'étudiant-chercheur s'engagent dans l'AC avec leurs croyances et leurs valeurs en apportant une contribution individuelle et unique, au sens où le conçoit Newman, riches de leurs expériences personnelles et professionnelles qu'ils peuvent partager, au bénéfice de tout un chacun. C'est à partir de leur bagage expérientiel que se réalise une construction collective de sens, empreinte de *caring*.

**Le caring.** Appliqué dans cette recherche, le *caring* constitue une forme de catalyseur unifiant la pratique des infirmières en SAD et les apprentissages qu'elles réalisent en groupe d'AC. Tel que le souligne Martin (2015), dans un contexte de DPI, le *caring* s'incarne par une ouverture à ses collègues en termes de sincérité, d'engagement, de réciprocité et de disponibilité. Selon Newman et ses collaborateurs (2008), c'est dans le *caring* que repose le potentiel d'élever le niveau de conscience de l'individu au moyen d'un processus réflexif.

**Le processus réflexif d'élévation de la conscience.** Dans cette recherche, le processus réflexif d'élévation de la conscience prédispose les infirmières à prendre un recul au regard de leur pratique et à analyser un problème clinique pour lequel elles souhaitent trouver une solution. Pendant cette réflexion, la participante garde toujours en tête son rôle, au plan clinique, de facilitatrice de la santé selon lequel la personne aspire à une meilleure santé (Newman et al., 2008). Le processus réflexif d'élévation de la conscience permet également de poser un regard critique, sous forme de métacognition, sur la réalisation et l'intégration des apprentissages dans la pratique. Un tel processus exige un engagement soutenu des acteurs.

**L'engagement.** Selon Newman, Smith, Pharris et Jones (2008), l'engagement s'enracine dans un processus mutuel; une relation. Dans cette recherche, l'engagement se définit par l'intérêt individuel et la responsabilité professionnelle de l'infirmière en SAD à jouer son rôle, à s'impliquer de même qu'à s'investir de manière consciente et active dans son propre DPI en participant à des activités d'AC en lien avec sa pratique clinique. L'engagement traduit le souci de l'infirmière d'établir une connexion transformatrice, par son interaction avec des

collègues ainsi qu'avec l'étudiant-chercheur, lui permettant de réaliser des apprentissages signifiants qu'elle pourra intégrer dans sa pratique.

**L'interaction.** Elle implique une interdépendance des acteurs à travers les relations qu'ils développent et entretiennent (Lebrun, 2007). Dans cette étude, elle se caractérise par le partage des connaissances selon les expertises et expériences respectives de chacun des acteurs. L'interaction se traduit par des échanges dynamiques et ouverts où peuvent se confronter des visions, des idées et des savoirs qui permettent d'enrichir les apprentissages de manière constructive et peut-être même, ultérieurement, de transformer la pratique au sens où l'entendent Newman et ses collaborateurs (2008). Selon ces mêmes auteures, la transformation passe par une quête de compréhension des *patterns* de conscience à l'intérieur desquels les acteurs et l'environnement – aussi nommés éléments contextuels – sont inter-reliés et forment un tout indivisible. Selon la situation, les patterns arborent différents sens que Newman et ses collaborateurs (2008) nomment « la configuration de la relation » (p. 21). Chaque personne – ici chaque apprenant – montre des caractéristiques distinctes et un pattern unique d'interactions avec son environnement (ex. : éducationnel, social, familial, professionnel et communautaire). Ce pattern donne un sens à sa vie (*life meaning*) » (Newman, Smith, Pharris et Jones, 2008). Appliqué au contexte de cette étude, le pattern est en quelques sortes, ce qui guide l'infirmière de SAD dans ses actions et lui permet d'élargir ses horizons en termes d'apprentissages et d'utilisation de ceux-ci dans sa pratique. De plus, l'interaction implique d'entrer dans un dialogue qui arbore une pensée holistique réflexive, déterministe et intégrative (Newman, Smith, Pharris et Jones, 2008). Enfin, l'interaction consiste également à la configuration de la relation ou encore à la nature des rapports qu'entretiennent les participantes avec l'étudiant-chercheur qui accompagne le groupe d'AC.

**Les éléments contextuels.** Aussi appelés environnement et espace de transformation, les éléments contextuels constituent, pour Newman, Smith, Pharris et Jones (2008), l'espace de transformation dans lequel la personne évolue et interagit. Elle ne peut en être dissociée. Pour Lebrun (2007), il est impératif que les éléments contextuels dans lesquels se réalisent les apprentissages fassent sens pour l'apprenant et favorisent justement l'intégration des apprentissages à la pratique. Les éléments contextuels sont essentiels à prendre en considération

dans chacune des composantes opérationnelles du modèle combiné. Dans cette étude, les éléments contextuels, aussi nommés l'environnement et l'espace de transformation, renvoient en premier lieu aux conditions dans lesquelles se réalisent les activités d'AC. En second lieu, ces éléments contextuels peuvent également être présents dans le discours des acteurs. Dans ce cas, ils serviront alors à situer ou à préciser le contexte de pratique en SAD. Plus concrètement, en lien avec l'apprentissage, ces éléments pourraient être, par exemple, le soutien offert par l'employeur qui accepte de libérer les infirmières de SAD sur leur temps de travail afin qu'elles participent au projet de recherche et se développent professionnellement. Un autre exemple d'élément contextuel, toujours en lien avec l'apprentissage, mais issu du contexte de pratique des infirmières, pourrait être associé au fait d'exercer en solo à domicile.

### *Composantes opérationnelles*

À l'opposé des composantes transversales, les composantes opérationnelles sont davantage d'ordre pragmatique et linéaire, de par leur nature et leur ordonnancement. Elles servent de structure souple pour le déroulement des rencontres d'AC. Au nombre de quatre, ces composantes opérationnelles sont : (a) les problèmes cliniques, les préoccupations et les ressources; (b) les activités; (c) la production ainsi que (d) les finalités et les buts poursuivis. Elles sont inspirées du modèle d'apprentissage pragmatique de Lebrun (2007).

**Les problèmes cliniques, les préoccupations et les ressources.** Selon Lebrun (2007), la recherche de solutions à des problèmes, en identifiant ses ressources pouvant être mobilisées, constitue la principale source de motivation et d'engagement de l'apprenant. Selon la perspective de Newman, l'infirmière a le potentiel de mobiliser un ensemble de connaissances et d'expériences pour tenter de résoudre, avec la personne avec laquelle elle est en relation, le problème qu'elle rencontre dans sa pratique (Newman et al., 2008). Plus concrètement, dans cette étude, le ou les problèmes ou préoccupations, à partir desquels apprennent les infirmières au cours des rencontres d'AC, sont de nature clinique et issus de leur pratique en SAD. Les ressources mobilisées peuvent quant à elles varier (ex. : consultation d'une collègue experte et lecture d'un article professionnel ou scientifique en lien avec le problème à résoudre).

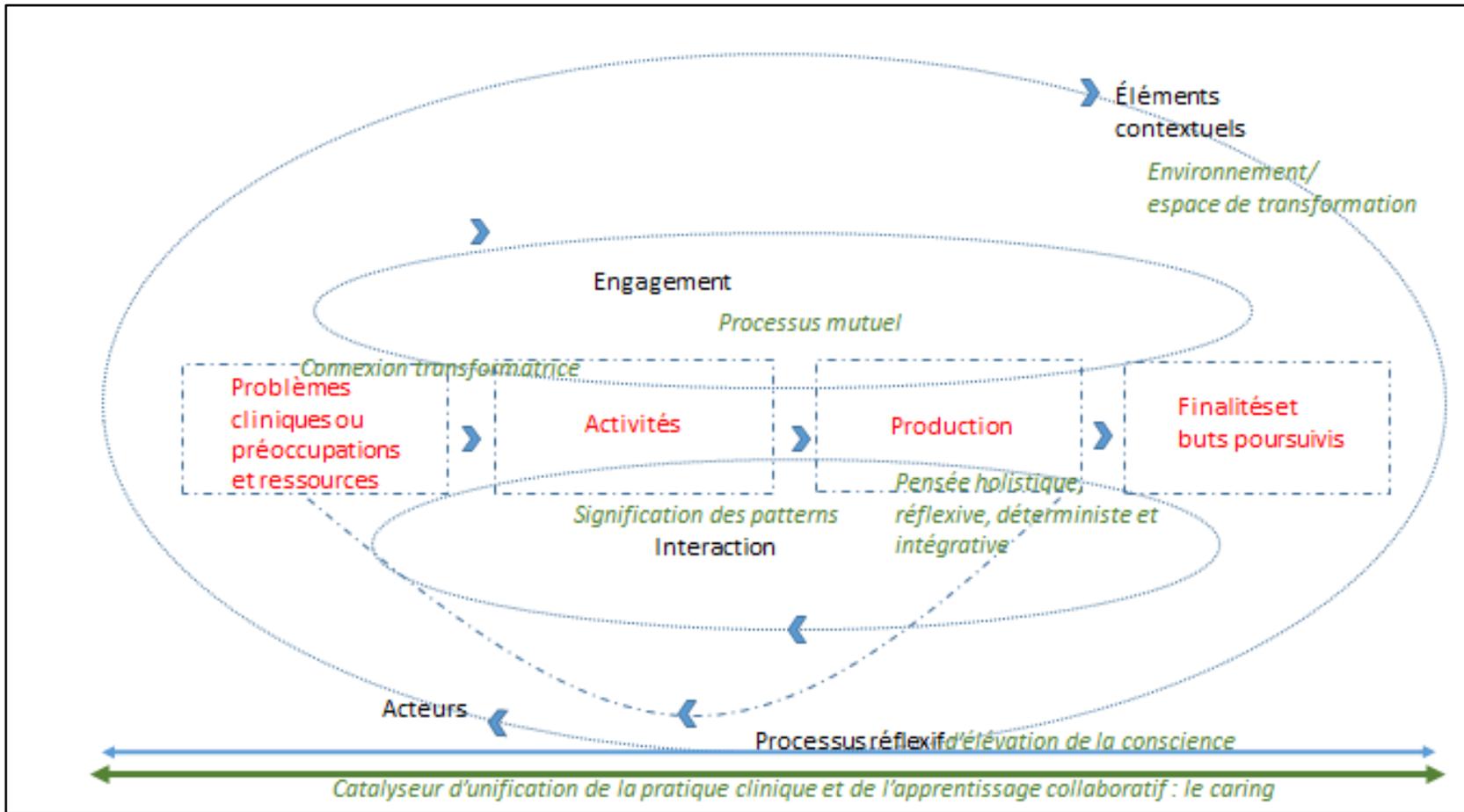


Figure 1. Proposition d'un modèle issu de la combinaison de la perspective infirmière de Newman et de ses collaborateurs (1991; 2008) et du modèle d'apprentissage pragmatique de Lebrun (2007)

Légende :

Noir : Éléments ayant comme origine le modèle de Lebrun (2007)

Vert : Concepts ayant comme origine la perspective infirmière de Newman et de ses collaborateurs (2008)

Rouge : Composantes opérationnelles inspirées du modèle de Lebrun (2007)

**Les activités.** Selon Lebrun (2007), les activités sont des outils et des méthodes dont dispose l'apprenant pour pouvoir construire ou pour adapter des connaissances qu'il utilisera en pratique. Dans cette étude, les activités sont principalement des activités d'AC qui se dérouleront dans des rencontres de groupes d'AC. Qu'elles soient individuelles ou collectives, les activités réalisées doivent être significatives pour favoriser l'intégration des apprentissages dans la pratique (Avalos, 2011). À cet égard, la signification des patterns (Newman et al., 2008) est éclairante dans le sens où elle peut permettre de comprendre, dans une situation donnée, pourquoi des infirmières de SAD décident de s'engager ou non dans des activités d'apprentissage et de mobiliser certaines ressources plutôt que d'autres. Les patterns peuvent aussi donner des indications quant aux apprentissages qui sont ou non intégrés dans la pratique et plus largement quant aux changements de cette dernière.

**La production.** Dans le modèle de Lebrun (2007), la production consiste à l'intégration des apprentissages après la démarche initiale de coconstruction de sens en groupe. Plus spécifiquement, dans cette recherche, l'intégration prend la forme d'un pont entre les apprentissages réalisés dans les groupes d'AC et l'utilisation (ou l'essai d'intégration) de ces apprentissages dans la pratique par les infirmières de SAD. Une fois l'essai d'intégration réalisé dans la pratique, l'infirmière et le groupe d'AC retournent à la composante du problème clinique afin de déterminer si ce dernier est résolu ou non. Si le problème persiste, ils doivent, en théorie, revenir à la composante des activités et ainsi de suite, jusqu'au moment où ils remarquent une transformation dans la pratique. Ultiment, les apprentissages doivent permettre d'atteindre les finalités ou buts poursuivis au plan de la pratique.

**Les finalités et buts poursuivis.** Initialement, dans le modèle de Lebrun (2007), les finalités et buts poursuivis étaient imbriqués dans la production. Dans cette recherche, elle est une composante opérationnelle distincte, car les finalités et buts poursuivis sont plus vastes que l'intégration des apprentissages réalisés dans la production. Ils visent à améliorer un aspect de la pratique, en lien avec la personne, la santé, l'environnement ou le soin, à l'intérieur de la relation personne-infirmière-environnement au sens où le conçoivent Newman, Smith, Pharris et Jones (2008). Autrement dit, ultimement, les apprentissages réalisés devraient contribuer au DPI des infirmières de SAD dans le cadre de leur relation avec les personnes et les familles,

dont les interactions s'inscrivent dans un contexte et un environnement uniques. Les finalités et buts poursuivis s'inscrivent dans un espace-temps qui peut être de courte, moyenne ou longue durée.

En conclusion, ce modèle combiné proposé a guidé la réalisation de toutes les étapes de cette recherche doctorale. C'est ce qui conclut le chapitre de la recension des écrits. Le prochain chapitre est dédié à la présentation de la méthode et du devis de recherche.

## **Chapitre 3 : Méthode**

Ce chapitre sert à présenter la méthode utilisée pour la réalisation de l'étude. L'approche de recherche retenue, soit la recherche collaborative, y est d'abord brièvement définie et décrite avec ses postulats et ses étapes appliqués à cette étude doctorale. Par la suite, le milieu de même que le déroulement de l'étude sont décrits. Finalement, les critères utilisés pour attester de la scientificité des résultats de même que les dimensions éthiques concluent ce chapitre.

### **Recherche collaborative : définition, postulats et étapes**

Compte tenu des connaissances existantes sur l'AC comme stratégie de DPI et de la nature des questions de recherche formulées, l'étude qualitative réalisée s'inscrit dans un devis de recherche exploratoire (Creswell, 2013; Renjith et al., 2021; Trudel, Simard et Vonarx, 2007). Elle s'imbrique dans une approche de recherche participative, plus spécifiquement la recherche collaborative, telle que définie par Desgagné (1997).

La recherche collaborative constitue une démarche collective d'interprétation d'un savoir enraciné, dans laquelle la relation entre la théorie et la pratique est au cœur de la démarche de recherche et de DP des participants à la recherche (Desgagné, 1997). Elle est aussi une forme de recherche participative au même titre que la recherche-action ou la recherche-formation (Desgagné, 1997). La recherche collaborative se distingue par le fait qu'elle ne vise pas à ce que les participants au projet deviennent des chercheurs, malgré leur implication active dans ce dernier (Desgagné et al., 2001). Elle mise sur la coconstruction de savoirs générés par la recherche et du DP susceptible d'en découler (Bednarz et Desgagné, 2005; Dolbec, 2003). Initialement développée en sciences de l'éducation, la recherche collaborative vise à réduire le fossé entre la pratique et la recherche, pour faciliter, en groupe, l'adaptation (et parfois la création) de connaissances pour le DP afin de mieux composer avec la complexité des situations rencontrées dans la pratique (Desgagné, 1997; Sanchez et Monod-Ansaldi, 2015). Cela renvoie à une perspective socioconstructiviste pragmatique. La recherche collaborative repose sur trois postulats, qui s'énoncent comme suit : (1) l'acteur compétent en contexte, (2) le double agenda ainsi que (3) la double vraisemblance (Desgagné, 1997). Il appartient au chercheur de veiller à ce que l'ensemble des activités de recherche s'enracinent à l'intérieur de ces trois postulats. Ces derniers sont décrits succinctement dans les paragraphes qui suivent tout en précisant leur application dans cette étude doctorale.

Dans cette recherche collaborative, le postulat de l'acteur compétent en contexte implique de chercher à comprendre à partir de l'intérieur, c'est-à-dire à partir de la perspective de l'infirmière de SAD, ce qui motive son agir professionnel, afin d'identifier ce sur quoi repose son jugement, son « intelligence de la situation » (Desgagné, 1997, p. 374), à partir de ses ressources, de ses croyances et valeurs, de ses contraintes, de son expérience professionnelle de même que du contexte dans lequel s'inscrit son agir professionnel. Dans cette étude, la coconstruction d'un objet de connaissance a impliqué à la fois l'étudiant-chercheur au doctorat en sciences infirmières (option formation) et d'autres participants soient des infirmières de SAD. Ces participants se sont engagés, en partenariat avec l'étudiant-chercheur, dans un processus réflexif, à explorer un aspect de leur pratique pour lequel ils recherchaient une compréhension en profondeur, en mettant en relation la pratique et la théorie au sens où le conçoit Desgagné (1997).

Le double agenda, le deuxième postulat de la recherche collaborative, renvoie à deux formes de finalités : (1) la recherche et (2) le DP. Il s'inscrit cependant dans une même activité : la réflexion (Desgagné, 2001). Le praticien s'engage dans l'activité réflexive avec le chercheur dans l'optique de se développer professionnellement. Dans cette étude, « le praticien » (Desgagné et Bednarz, 2005 p. 245) réfère aux participants qui sont des infirmières de SAD. De son côté, le chercheur accompagne le praticien dans cette réflexion et élabore des balises pour structurer l'activité réflexive qui, au plan de la recherche, sert de moyen de collecte de données (Desgagné, 1997). Le chercheur joue donc un double rôle, soit celui de chercheur, mais aussi celui d'animateur-facilitateur (ou d'accompagnateur-formateur) dans la réflexion que mènent les praticiens pour leur DP (Desgagné, 1997). Dans cette recherche, l'étudiant-chercheur a joué le rôle d'animateur-facilitateur. L'activité réflexive, quant à elle, a pris la forme de différentes activités d'AC (Barkley, Major et Cross, 2014) qui ont été utilisées afin de guider et de susciter la réflexion chez les infirmières de SAD.

La double vraisemblance, le troisième postulat, réfère à une question de sens. Elle implique que les savoirs coconstruits dans l'activité réflexive aient du sens tant pour les praticiens que pour le chercheur, aux plans théorique et pratique (Desgagné, 1997). Le principe de la double vraisemblance s'applique à toutes les étapes du projet (Bednarz et al., 2012), même si les praticiens ne prennent pas nécessairement part à chaque étape de façon directe (Desgagné, 1998). L'application de la double vraisemblance, dans le cadre de cette étude, s'est traduit

notamment par le fait que toutes les participantes à la recherche ont pu exprimer leurs points de vue d'acteur compétent en contexte à maintes reprises. Leur voix a été entendue et prise en considération tout au long du processus de la recherche, de la collecte de données – dans les rencontres d'AC par exemple – à la validation des analyses réalisées lors du retour aux participants. Tout au long de l'analyse, même lorsque l'étudiant chercheur procédait seul ou avec son équipe de direction de recherche à l'analyse du corpus de données collectées, il y avait toujours ce souci que les analyses réalisées soient mises en perspective à la fois selon l'angle de la recherche, mais aussi sous l'angle de la pratique afin d'en évaluer la pertinence et la crédibilité.

En plus de ses trois postulats, au plan opérationnel, la recherche collaborative compte trois étapes qui sont : (1) la cosituation, (2) la coopération et (3) la coproduction (Desgagné, 1997). Dans cette étude, la cosituation s'est amorcée lors de la rencontre de présentation du projet de recherche où la participation a été décrite aux participants potentiels en termes d'une occasion de se développer professionnellement. S'en est suivi le recrutement des participants. Par la suite, la collecte des données a été débutée. Les participantes ont rempli un formulaire portant sur leur profil sociodémographique. Elles ont subséquemment explicité des problèmes cliniques sur lesquels elles voulaient réfléchir ensemble dans un groupe nommé « groupe d'AC ». Dans l'étape de la coopération, la collecte des données s'est poursuivie dans le cadre de « l'activité réflexive » au sens où la conçoit Desgagné (1997, p. 380). Cette activité réflexive s'est déroulée dans les rencontres d'AC sous forme de cycles d'AC. Chaque cycle d'AC s'est décliné en trois étapes, lesquelles sont présentées dans la section « description et déroulement des rencontres d'AC ». Finalement, la troisième étape de la recherche collaborative, la coproduction, s'est actualisée au moment de l'analyse des données ainsi que lors du retour aux participants prévu pour présenter les résultats.

## **Milieu**

Le milieu choisi pour l'étude a été un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), qui compte deux désignations universitaires dont une sur le vieillissement. Ce milieu dessert 18% de la population montréalaise réparti sur 38% du territoire de la métropole (Direction régionale de santé publique de Montréal, 2021). Parmi les 49 points de

service de ce CIUSSS, quatre centres locaux de services communautaires (CLSC) offrent des services à 88 000 usagers annuellement pour une population d'environ 375 554 habitants (Direction régionale de santé publique de Montréal, 2021). Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 19% de la population du territoire, comparativement à 17% pour l'Île de Montréal et à 19% pour l'ensemble du Québec (Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique et Ministère de la famille, 2018).

Cette recherche s'est déroulée dans deux des quatre CLSC de ce CIUSSS avec des infirmières de SAD qui assuraient le suivi de la clientèle âgée, à court, moyen et long termes, qui présentait souvent des problèmes de santé complexes. Les deux CLSC où s'est déroulé l'étude ont été choisis notamment parce qu'ils comptent des infirmières dont leurs principales activités sont centrées sur une clientèle âgée. La rencontre avec l'étudiant-chercheur a constitué une occasion où, ensemble, les partenaires de la recherche ont appris à connaître mutuellement les valeurs et la culture qui les animaient, ce qui est essentiel dans une recherche collaborative (Desgagné, 1997). Enfin, les infirmières de ces milieux accordaient une valeur importante à leur DPI, ce qui converge avec l'approche de recherche choisie. La directrice des soins infirmiers, la directrice générale adjointe des affaires universitaires, de l'enseignement et de la recherche de même que la directrice adjointe ainsi que le coordonnateur du SAD de ce CIUSSS ont montré un intérêt soutenu pour ce projet de recherche. Les chefs de service de SAD des deux CLSC visés ont aussi manifesté un intérêt à ce que des membres de leurs équipes aient la possibilité de prendre part à ce projet.

### **Déroulement de l'étude**

Le déroulement de cette recherche se divise en trois parties à savoir : (1) le recrutement des participants; (2) la collecte des données et (3) l'analyse des données. Il importe de préciser que, au préalable, le projet de recherche a été évalué et autorisé par deux comités d'éthique de la recherche : le premier, dans le milieu clinique dans lequel s'est déroulée la recherche et le second, celui en santé de l'Université de Montréal. Le projet a également fait l'objet d'une évaluation de convenance institutionnelle avant de recevoir l'aval de la présidente-directrice-générale du CIUSSS où la recherche s'est déroulée.

## **Recrutement des participants à la recherche**

Dans la recherche collaborative, le chercheur travaille avec des participants à la recherche, qui sont des partenaires (Desgagné, 1997), plutôt qu'avec un échantillon de sujets. Dans cette étude doctorale, certains critères d'inclusion et d'exclusion ont balisé le recrutement de participants. Au-delà de leur intérêt à se développer professionnellement en groupe et d'avoir la disponibilité nécessaire pour les différentes rencontres prévues, les infirmières qui désiraient participer à la recherche devaient cumuler au moins un an d'expérience en SAD afin qu'elles aient passé à travers leur période d'intégration dans le service du SAD. De plus, les participantes à la recherche ne devaient pas avoir de liens hiérarchiques entre elles dans leurs fonctions habituelles afin qu'elles se sentent plus à l'aise de s'exprimer librement. Par ailleurs, dans la recherche collaborative, comme le soulignent Jacob et Aourousseau (2019), la façon dont le projet est présenté aux participants potentiels est importante. Elle doit laisser la place à ce que les participants (aspirants) puissent exprimer la façon dont ils perçoivent la pertinence du projet et proposer des façons de faire qui seront discutées avec le chercheur. Selon ces mêmes auteurs, ces discussions constituent aussi une source d'informations potentiellement utiles à la réalisation de l'activité réflexive.

Dans cette étude, le recrutement des participantes s'est tenu dans la semaine du 4 février 2019. Il a été effectué au moyen d'une rencontre en présentiel réalisée dans chacun des deux CLSC visés par l'étude. Lors de cette rencontre, le projet a été présenté aux équipes d'infirmières de SAD, par l'étudiant-chercheur, après une rencontre de gestion déjà planifiée à leur horaire. Les participantes potentielles étaient libres de quitter la salle, après cette rencontre de gestion, ou de rester pour entendre la présentation de l'étudiant-chercheur. Elles avaient été avisées de la tenue de cette présentation au préalable par leurs gestionnaires de proximité. Cette rencontre, destinée à la présentation du projet aux infirmières de SAD, par l'étudiant-chercheur, et au recrutement, était d'une durée d'environ 45 minutes. Au total les deux équipes de SAD, comptaient ensemble une trentaine d'infirmières, réparties assez également entre les deux CLSC choisis pour l'étude. Pendant la présentation du projet de recherche, l'étudiant-chercheur a

précisé que le fait d'y prendre part en entier permettait aux infirmières d'obtenir dix heures<sup>3</sup> de formation accréditée par la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Ultimement, l'étudiant-chercheur visait à former deux groupes d'AC comptant de six à huit participantes chacun, soit un groupe par CLSC. Ce choix méthodologique tenait compte des résultats de la recension systématique des écrits de Zaher et Ratnapalan (2012), en sciences de la santé, qui soutenaient que le nombre d'individus dans les études sur l'apprentissage en petit groupe, en santé, variait généralement entre quatre et onze participants. De plus, la constitution de deux groupes d'AC, provenant de deux CLSC différents, se voulait un choix méthodologique plus susceptible de mettre en évidence des résultats non circonscrits à un seul environnement de soin.

Après avoir présenté le projet de recherche et répondu aux différentes questions, l'étudiant-chercheur a expliqué comment remplir le formulaire de consentement pour les personnes qui étaient intéressées à participer, sur une base volontaire, à la recherche. Il a par la suite quitté la salle. Les participantes qui le souhaitaient pouvaient dès lors remplir le formulaire de consentement et le déposer sur une table prévue à cet effet dans le local où le projet avait été présenté. Une fois que toutes les personnes ont eu quitté la salle, l'étudiant-chercheur a récupéré les formulaires remplis. Au final, un groupe d'AC comptait cinq participantes et l'autre six. Toutes les participantes qui répondaient au critère d'inclusion et qui ont manifesté un intérêt à participer au projet ont donc pu le faire. Une fois le recrutement terminé, l'étudiant-chercheur a contacté individuellement les participantes par téléphone et par courriel pour les informer des dates, des heures et des lieux de rencontres déterminés conjointement avec leurs gestionnaires. L'échange téléphonique a aussi permis de répondre à d'autres questions qu'avaient des participantes.

---

<sup>3</sup> Le total des dix heures correspond à la somme de l'ensemble des rencontres d'AC auxquelles ont participé les participantes dans le cadre de cette étude doctorale.

## **Collecte des données**

La collecte des données s'est déroulée au cours de dix rencontres d'AC qui ont eu lieu à raison d'une rencontre par semaine, de la mi-février 2019 à la fin du mois d'avril 2019 (voir Annexe F). Les rencontres d'AC, d'une durée d'une heure chacune, ont été réalisées en milieu clinique durant les heures de travail rémunérées. Les deux sections qui suivent servent à décrire les rencontres d'AC de même que les outils de collecte de données utilisés.

### ***Description des rencontres d'AC***

À titre de rappel, dans cette étude, les rencontres d'AC ont constitué l'activité réflexive de la recherche collaborative. Elles ont permis à l'étudiant-chercheur de collecter des données et de créer un espace d'échange sur la pratique pour les participants afin qu'ils puissent se développer professionnellement. La décision que chacun des groupes d'AC, incluant l'étudiant-chercheur, se rencontre une heure par semaine pendant dix semaines reposait sur une approche de faisabilité, qui tenait compte du temps disponible des infirmières de SAD pour réaliser des activités de DPI. La dixième rencontre d'AC était différente des autres. Elle portait sur le bilan des neuf rencontres précédentes. À cet égard, l'étude de Goudreau et al. (2015) a mis en évidence que de telles activités peuvent se réaliser sur de courtes périodes de temps en milieu de travail et avoir des effets tangibles et positifs sur le développement professionnel des infirmières.

Dans cette étude, les rencontres d'AC ont été réalisées sous forme de cycles d'AC. Un cycle d'AC comptait trois étapes soient : (1) l'identification des problèmes cliniques, des préoccupations et des ressources; (2) la réalisation d'activités d'AC et (3) la production (qui était une forme de réflexion sur l'intégration des apprentissages réalisés en lien avec la pratique). Ces trois étapes, tirées des composantes opérationnelles de la proposition du modèle combiné présenté plus tôt dans le cadre de référence, ont constitué le canevas de base d'un cycle d'AC. À chacune des étapes du cycle d'AC, les participantes ont réalisé des activités d'AC. La durée d'un cycle d'AC pouvait varier selon la complexité du problème clinique choisi par les participantes et selon où les discussions qu'elles avaient menaient (ex. : identification de leurs besoins et recherche de ressources).

Au début de la première rencontre d'AC, 20 minutes ont été prévues et consacrées à un tour de table afin que les participantes et l'étudiant-chercheur puissent mutuellement se présenter. Lors de ce tour de table, les participantes étaient appelées à expliciter aussi très brièvement dans quelle sphère elles voulaient se développer professionnellement (ex. : soins de plaies, évaluation des fonctions cognitives et utilisation du plan thérapeutique infirmier) et quelle était leur expertise. Par la suite, l'étudiant-chercheur a invité les participantes à remplir le questionnaire de données sociodémographiques puis il a procédé à une courte présentation sur les rôles de chacun, participante et chercheur. Pour les participantes, il s'agissait essentiellement d'assurer leur pleine participation aux rencontres d'AC, de respecter les modalités de fonctionnement établies en groupe et de contribuer à certaines activités liées plus spécifiquement à la recherche comme le retour aux participantes. Pour l'étudiant-chercheur, il s'agissait de définir son rôle comme animateur-facilitateur des rencontres d'AC (voir Annexe G). Par la suite, le mode de fonctionnement a été expliqué et établi avec les participantes, y compris l'utilisation des fiches d'AC, qu'elles étaient appelées à remplir de manière individuelle au cours d'un cycle d'AC. Une fiche d'AC comporte deux parties. La première concerne les apprentissages que souhaite réaliser ou qu'a réalisé la participante. La deuxième traite d'aspects inhérents à l'utilisation dans la pratique des apprentissages réalisés et plus largement sur la démarche ou le processus réalisé en groupe pour la réalisation de ces apprentissages.

Une fois les modalités de fonctionnement discutées et établies avec les participantes, ces dernières ont amorcé la première étape du cycle d'AC qui correspond à identifier un problème clinique ou une situation qui les préoccupaient dans leur pratique et sur lequel elles souhaitaient travailler en groupe avec leurs collègues. Pour ce faire, l'étudiant-chercheur a invité, à tour de rôle, les participantes à partager leur problème clinique ou situation au reste du groupe. Après avoir identifié le problème clinique ou la situation choisis en groupe, les participantes ont été invitées par l'étudiant-chercheur à remplir individuellement la première partie de leur fiche d'AC. Cela marquait la fin de la première étape du cycle d'AC.

À la deuxième étape du cycle d'AC, les participantes ont poursuivi l'activité réflexive, notamment en réalisant des activités d'AC, afin d'arriver à dégager des pistes de solutions pour tenter de résoudre le problème sur lequel elles avaient choisi de travailler en groupe. Les activités d'AC proposées par l'étudiant-chercheur étaient inspirées de Barkley, Major et Cross (2014).

Après avoir complété la deuxième étape, s'en suivait la production, soit la troisième étape du cycle d'AC. À cette étape, les participantes ont discuté, avec le soutien de l'étudiant-chercheur, du « comment » elles tenteraient d'intégrer ou d'utiliser, concrètement, dans leur pratique, les apprentissages réalisés en groupe d'AC.

Par ailleurs, la dixième rencontre d'AC a servi à la réalisation d'une forme de bilan du vécu des participantes aux rencontres d'AC, tel que le proposent Wilson et Keachie (2003) de même que Wilson, McCormack et Ives (2008) dans leurs écrits. Cette dixième rencontre d'AC, a été animée par l'étudiant-chercheur qui a posé des questions à chacun des deux groupes d'AC à l'aide d'un guide d'entretien de groupe semi-dirigé. Cela a permis de comprendre ce qu'ils ont apprécié (ou moins) au regard du groupe d'AC dans leur milieu et de leur participation à ce dernier. – Le guide est présenté plus en détails dans les outils de collecte de données –. Ce bilan a permis la triangulation de données avec l'enregistrement du contenu de l'ensemble des rencontres d'AC. En plus de servir à collecter des données, ce bilan a aussi constitué un exercice rétrospectif qui s'apparente à une réflexion métacognitive par rapport aux apprentissages réalisés par les participantes.

### ***Outils de collecte des données***

Dans cette recherche cinq outils ont été utilisés pour collecter des données. Il s'agit : (1) d'un questionnaire de données sociodémographiques; (2) des enregistrements audios numériques des rencontres d'AC; (3) de deux guides d'entretien de groupe semi-dirigé; (4) des fiches d'AC et (5) du journal de bord du chercheur.

**Questionnaire de données sociodémographiques.** Le questionnaire de données sociodémographiques a servi à collecter des données en ce qui a trait à la catégorie d'âge de la participante, au nombre d'années d'expérience comme infirmière et comme infirmière en SAD, au statut d'emploi, au plus haut niveau de scolarité complété et à la formation en cours d'emploi (voir Annexe H). Ces données ont permis de dresser un portrait des participantes à la recherche qui est présenté dans les résultats. Au total, ce sont 11 questionnaires qui ont été remplis par les participantes puis analysés par l'étudiant-chercheur.

**Enregistrements audios numériques des rencontres d'AC.** Le contenu des 10 rencontres d'AC de chacun des groupes a été enregistré, totalisant 22 heures d'enregistrements audios-numériques. Ces données collectées ont servi, en partie, à répondre à la deuxième question de recherche visant à identifier les caractéristiques de l'AC qui contribuent à la réalisation d'apprentissages chez les infirmières de SAD. Le contenu des enregistrements a été transcrit intégralement dans des documents *Word*, à raison d'un document par rencontre par groupe, sans égard à quelle participante a tenu quels propos.

**Guides d'entretien de groupe semi-dirigé.** Deux guides d'entretien de groupe semi-dirigé ont été élaborés et utilisés par l'étudiant-chercheur. Le premier a servi de repère à la fin de chacune des rencontres d'AC dans chacun des groupes. Le deuxième a été utilisé avec chacun des groupes d'AC à la dixième et dernière rencontre d'AC.

Le guide d'entretien de groupe semi-dirigé pour la fin de chacune des rencontres d'AC comportait des questions sur le déroulement des rencontres ainsi que sur les apprentissages que les participantes réalisaient. Initialement, ce guide d'entretien semi-dirigé, qui s'inspirait de l'ouvrage de Barkley, Major et Cross (2014) (voir Annexe I), était utilisé pour poser ces questions. Les questions posées dans la première partie du guide avaient pour but de collecter des données en lien avec la deuxième question de recherche qui portait sur les caractéristiques de l'AC qui contribuaient à la réalisation d'apprentissages chez des infirmières de SAD. Dans la deuxième partie du guide, les questions posées cernaient plus précisément les conditions inhérentes au contexte et à l'environnement qui favorisaient (ou non) la participation des infirmières de SAD au groupe d'AC. À partir de la troisième rencontre d'AC, l'étudiant-chercheur a mis de côté ce guide d'entretien semi-dirigé et a plutôt demandé aux participantes de donner une rétroaction générale sur la rencontre qui venait de se terminer afin d'identifier ce qu'elles avaient aimé ou moins apprécié ou ce qu'elles retenaient de cette rencontre. En procédant ainsi, le temps était optimisé et les participantes avaient la liberté de s'exprimer sur ce qu'elles voulaient partager en groupe. Les échanges étaient aussi davantage spontanés et les données collectées pertinentes au regard des questions de recherche.

Par ailleurs, le deuxième guide d'entretien de groupe semi-dirigé, celui utilisé à la 10<sup>e</sup> rencontre d'AC, comptait 12 questions (voir Annexe J). Les questions de ce guide s'inspiraient de l'ouvrage de Barkley, Major et Cross (2014) sur l'AC. Elles consistaient en une forme de

réflexion métacognitive sur l'ensemble des rencontres réalisées. Les questions reprenaient des concepts du cadre de référence, dont les échanges inhérents aux interactions avec les collègues du groupe d'AC et les apprentissages réalisés en groupe. Elles permettaient de collecter des données par rapport aux questions de recherche portant sur : (1) le contexte et l'environnement en lien avec la participation des infirmières au groupe d'AC de même que (2) les caractéristiques de l'AC qui contribuaient à la réalisation d'apprentissages chez des infirmières de SAD.

**Fiches cycliques d'AC.** Au cours de chacun des cycles des groupes d'AC, les participantes ont rempli individuellement une fiche d'AC – aussi appelée fiche cyclique d'AC –, laquelle s'inspirait de Barkley, Major et Cross (2014). Au plan du développement professionnel, les fiches cycliques d'AC ont constitué une forme de journal des apprentissages (voir Annexe K). Au plan de la recherche, il s'agissait d'un outil servant à collecter des données. Les participantes ont été informées dès le début du projet que les fiches cycliques d'AC constituaient une source de données analysées par l'étudiant-chercheur. Les fiches cycliques d'AC ont été remises aux participantes en format papier et ont été récupérées par l'étudiant-chercheur au fur et à mesure qu'elles ont été remplies. Celles-ci comprenaient deux parties. Dans la première partie, les participantes y ont inscrit les éléments concernant : 1) le(s) problème(s) ou la situation clinique sur lesquels elles auraient aimé travailler en groupe au cours des cycles d'AC; 2) leurs connaissances actuelles au regard du problème clinique ou de la situation; 3) les apprentissages qu'elles souhaitaient réaliser en groupe et 4) les apprentissages réalisés en groupe. Dans la deuxième partie, les participantes ont explicité : 1) les éléments qui ont été les plus appréciés au cours des cycles d'AC; 2) les éléments qui ont été les moins appréciés au cours des cycles d'AC; 3) les éléments qui ont favorisé (ou non) l'apprentissage; 4) les activités d'apprentissage autres que les rencontres d'AC qui ont été réalisées au cours d'un cycle d'AC; 5) et d'autres notes personnelles qu'elles jugeaient pertinentes d'ajouter. Ces fiches cycliques d'AC visaient à collecter des données pour répondre aux questions de recherche concernant les éléments contextuels en lien avec la participation au groupe d'AC ainsi que les caractéristiques de l'AC qui pouvaient contribuer à la réalisation d'apprentissages chez des infirmières de SAD.

**Journal de bord du chercheur.** Le dernier outil de collecte utilisé a été le journal de bord du chercheur, lequel comptait 20 fichiers, soit un fichier pour chacune des rencontres d'AC. Ce journal de bord a servi à conserver, entre autres, sous formes de notes, des traces d'événements, d'idées, de pensées, de décisions, d'extraits de lectures, de descriptions et d'impressions qui ont aidé l'étudiant-chercheur, à quelques reprises en cours d'analyse, à se remémorer des événements passés au cours de la collecte de données ou encore à prendre un recul par rapport à son implication dans la recherche (Baribeau, 2005; Rondeau et Paillé, 2016).

### **Analyse des données**

L'analyse des données constitue une étape où l'interdépendance entre les participants et le chercheur permet d'arriver à coproduire des connaissances éprouvées et validées par l'ensemble des partenaires de la recherche (Bednarz et al., 2012) – il s'agit ici de la double vraisemblance de la recherche collaborative –. Cette partie de la thèse sert à présenter la méthode d'analyse choisie, la préparation du corpus de données de même que le processus d'analyse qui a été conduit.

### ***Méthode d'analyse***

La méthode utilisée pour analyser les données collectées avec les outils précédemment présentés a été l'analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2016). Cette dernière consiste à repérer et à regrouper des thèmes, à partir d'un corpus de données collectées, qui font par la suite l'objet d'un « examen discursif » (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 236) par rapport à la problématique et aux questions de recherche. L'analyse thématique permet une flexibilité dans la façon dont les thèmes sont générés (Paillé et Mucchielli, 2016). Elle implique aussi, au-delà d'attribuer des thèmes à des segments d'entretiens, par exemple, de garder une vision systémique du corpus en lien avec l'orientation de la recherche. L'analyse thématique, de par l'importance qu'elle accorde à la « sensibilité expérientielle » du chercheur (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 244), est aussi cohérente avec la recherche collaborative, cette dernière faisant appel à la « sensibilité pratique » du chercheur (Desgagné et Bednarz, 2005, p. 250).

### *Préparation du corpus de données collectées et amorce de l'analyse*

Les données des questionnaires sociodémographiques ont été regroupées par groupe d'AC pour être analysées et traitées selon qu'elles étaient catégorielles (ex. : l'âge et le statut d'emploi) ou continues (ex. : la nature de la formation académique ou continue en cours). Cette analyse descriptive a servi à présenter le profil des participantes à la recherche dans les résultats.

Par ailleurs, les verbatim des rencontres d'AC ont été regroupés selon l'ordre des rencontres (de la 1<sup>re</sup> à la 10<sup>e</sup>) et selon les groupes d'AC. Pour chaque rencontre, un document *Word* a été créé, ce qui a constitué un corpus initial de 20 documents (soit 10 documents pour chacun des groupes d'AC) dont les lignes et les pages ont été numérotées afin de faciliter le repérage, au besoin, dans le corpus. Une fois ce matériau ordonnancé, l'étudiant-chercheur a amorcé l'analyse en procédant à la lecture des verbatim des rencontres d'AC (avec les fiches d'AC ainsi que les notes du journal de bord qui leur étaient liées). Pendant cette lecture, l'étudiant-chercheur s'est assuré que les données nominatives soient remplacées par des codes numériques afin de préserver la confidentialité. Toujours pendant la première lecture, l'étudiant-chercheur a pris des notes en vue d'amorcer le journal de thématization, tel que le propose Paillé et Muchielli (2016).

Après avoir réalisé séparément une première lecture de l'ensemble des verbatim des rencontres d'AC, l'étudiant-chercheur a regroupé en un seul fichier informatisé les verbatim des rencontres d'AC 1 (qui portaient sur la présentation et les explications du déroulement des rencontres) des deux groupes d'AC, tout en préservant l'intégralité des données transcrites. Il en a fait de même avec les rencontres d'AC 10 (qui portaient sur le retour et le bilan des rencontres d'AC). Ces deux regroupements s'avéraient nécessaires, car la nature de ces données collectées était largement différente de celle des données collectées dans les autres rencontres d'AC. Par ailleurs, les verbatim des rencontres 2 à 9 sont demeurées séparées pour chacun des groupes d'AC.

En ce qui concerne les données des fiches cycliques d'AC, elles ont été regroupées par groupe d'AC et par ordre de complétion (des premières aux dernières fiches complétées) dans un cartable prévu à cette fin. Pour le groupe d'AC 1, qui a réalisé un cycle d'AC complet et en a amorcé un second, ce sont cinq fiches d'AC remplies en entier (parties 1 et 2) et cinq autres fiches d'AC remplies partiellement (partie 1 uniquement) qui ont été recueillies. Pour le groupe

d'AC 2, qui a réalisé un cycle d'AC unique, ce sont six fiches d'AC remplies en entier (parties 1 et 2) qui ont été amassées. Afin d'associer les données des fiches d'AC aux données des verbatim des rencontres d'AC leur correspondant, des notes en marge ont été ajoutées dans les fichiers électroniques contenant les verbatim des rencontres d'AC.

Finalement, les 20 fichiers électroniques comportant les données du journal de bord du chercheur de chacune des rencontres d'AC ont été triés pour être déposés dans les mêmes dossiers numériques qui comportaient les fichiers électroniques des verbatim de chacune des rencontres d'AC. Il en a été ainsi pour les dix rencontres de chacun des deux groupes d'AC.

### ***Processus d'analyse des données***

La préparation du corpus de données et l'analyse de ces dernières reposent sur des choix qu'a réalisés l'étudiant-chercheur accompagné de son équipe de direction. Dans cette section-ci, dans un premier temps, les choix techniques et théoriques sont explicités. Dans un deuxième temps, la démarche de thématisation est présentée. Par la suite, dans un troisième temps, l'analyse du relevé des thèmes est décrite. Finalement, dans un quatrième temps, les détails concernant le recours à l'utilisation du retour aux participants sont donnés.

**Choix techniques et théoriques.** Dans les choix techniques préalables à l'analyse thématique, trois éléments doivent être déterminés, selon Paillé et Mucchielli (2016). Il s'agit : 1) de la nature du support matériel, 2) du mode d'inscription des thèmes ainsi que 3) du type de thématisation qui sera réalisée. Deux différents types de support matériel ont été utilisés dans cette recherche collaborative : le support papier et le logiciel *Word* non spécialisé (de la suite *Office*). Le support papier a été utilisé pour procéder à l'analyse des données des fiches cycliques d'AC, tandis que le support logiciel a été choisi pour l'analyse des verbatim des rencontres d'AC ainsi que celle des notes du journal de bord du chercheur. *Word* semblait présenter une plus grande convivialité tout en permettant des fonctions rapides de repérage et d'extraction de données. L'inscription des thèmes s'est réalisée de deux façons. Premièrement, sur fiches auto-collantes pour les fiches cycliques d'AC (sur support papier) et deuxièmement, en mode d'inscription en inséré, pour ce qui est des données qui ont été analysées au moyen de *Word*. Dans cette recherche collaborative, l'étudiant-chercheur a opté pour l'utilisation d'une analyse

thématique « en continu » (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 272), afin de préserver globalement la richesse et un niveau davantage précis de nuances au regard des données collectées. La thématisation en continu, par opposition à la thématisation séquentielle, « possède une validité plus élevée » (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 264).

Par ailleurs, la posture de l'analyste correspond à ce que Paillé et Mucchielli nomment (2016) des choix théoriques. Cette posture confère à la recherche une « disposition analytique » (Paillé et Mucchielli, p. 243). Cette posture de l'analyste peut être influencée par différents aspects dont la « sensibilité théorique » et la « sensibilité expérientielle » (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 244), dans ce cas-ci, de l'étudiant-chercheur et de son équipe de direction de recherche. La sensibilité théorique découle de la formation initiale et continue du chercheur ainsi que de son expérience de recherche sur le terrain (Paillé et Mucchielli, 2016). À cet égard, l'étudiant-chercheur qui a mené cette recherche collaborative était titulaire d'un diplôme de maîtrise en sciences de l'éducation avec un profil recherche. Son expérience de recherche-terrain antérieure avait également été avec des infirmières de SAD et portait sur leur formation continue ainsi que sur leur DPI. L'étudiant-chercheur avait donc déjà été immergé dans des écrits scientifiques et professionnels et possédait déjà une certaine connaissance de la recherche en lien avec la problématique de l'étude actuelle. La sensibilité expérientielle, quant à elle, réfère à l'ensemble des expériences personnelles, intimes et professionnelles du chercheur (Paillé et Mucchielli, 2016). Dans ce cas-ci, l'étudiant-chercheur cumulait environ sept années d'expérience dans le domaine de la formation infirmière universitaire en plus d'avoir déjà exercé des fonctions d'infirmier-éducateur et de conseillers en soins infirmiers auparavant en milieu clinique où la formation en mode actif et en petit groupe ainsi que le préceptorat étaient au cœur de ses activités professionnelles. En ce qui concernait l'équipe de direction de recherche de l'étudiant-chercheur, celle-ci était constituée, au départ, de deux professeures expérimentées à la fois en formation infirmière sous forme de stratégies actives d'enseignement-apprentissage et de recherche participative. L'une d'elles était aussi experte en soins infirmiers à la personne âgée. C'est donc avec l'ensemble de ces bagages, à la fois théorique et expérientiel, que s'est opérationnalisée cette recherche collaborative.

La posture sociale et constructiviste d'analyste de l'étudiant-chercheur a influencé l'orientation de la recherche ainsi que l'élaboration de rubriques classificatoires initiales, en amont de la construction de l'arbre thématique, afin de chapeauter les différents grands thèmes.

Au tout début, ces rubriques classificatoires provenaient de deux sources de références principales à savoir le cadre de référence de cette recherche ainsi que l'un des écrits de Lin (2015), portant sur l'AC. Ces deux sources ont été utilisées, car leur contenu était étroitement lié aux deux questions de recherche de l'étude, jetant ainsi les bases de la démarche de thématisation en continu.

**Démarche de thématisation.** La démarche de thématisation devrait ultimement mener à l'élaboration d'une arborescence thématique aussi appelé arbre thématique (Paillé et Muchielli, 2016). Dans une thématisation continue, comme c'est le cas dans cette recherche collaborative, Paillé et Muchielli (2016) proposent l'utilisation de deux outils : le relevé de thèmes et le journal de thématisation qui, pour cette étude, ont été combinés dans un même fichier. Selon sa sensibilité expérientielle et théorique, l'étudiant-chercheur a initialement élaboré sept rubriques classificatoires. Ces sept rubriques étaient : 1) les activités; 2) la production; 3) l'interaction; 4) les finalités et buts poursuivis; 5) la nature des relations; 6) le caring et 7) la motivation/l'engagement. Une fois ces rubriques choisies, après une première lecture des verbatim des rencontres d'AC, la thématisation du premier verbatim s'est amorcée.

Le premier verbatim thématisé a été celui comportant les données des rencontres d'AC 1 de chacun des deux groupes d'AC ainsi que les fiches cycliques d'AC leur étant associées. Pendant la deuxième lecture de ce premier verbatim, l'étudiant-chercheur a inséré les thèmes qu'il voyait émerger dans le texte entre crochet afin d'en faciliter le repérage par la suite pour produire le relevé des thèmes. À cette étape, l'étudiant-chercheur inscrivait aussi des notes dans la marge lorsqu'il trouvait un propos pertinent, mais pour lequel il n'était pas certain d'être en mesure de pouvoir le relier à l'une ou l'autre des questions de recherche. Il inscrivait aussi ses réflexions sur la sensibilité théorique et expérientielle en action dans son analyse. L'étudiant-chercheur a débuté en portant davantage attention à ce que Paillé et Muchielli (2016) nomment « un type de caractérisation des ensembles thématiques saillants » (p. 274). Concrètement, cela signifie que l'étudiant-chercheur a été vigilant par rapport à la présence des éléments suivants : la récurrence, la divergence, l'opposition, la convergence, la complémentarité, la parenté de même que la subsidiarité. C'est aussi à cette étape que l'étudiant-chercheur a amorcé le journal de thématisation.

Le deuxième verbatim thématiqué a été celui comportant les données des rencontres d'AC 10 de chacun des deux groupes d'AC. L'étudiant-chercheur a procédé de la même manière que pour la thématique du premier verbatim. Toutefois, cette fois-ci, après avoir réalisé la thématique de ce deuxième verbatim, une rencontre avec l'équipe de direction de recherche a été réalisée. Lors de cette rencontre, différents enjeux quant à la thématique ont été soulevés notamment celui de l'utilisation des rubriques classificatoires. Une réflexion réalisée avec l'équipe de direction de thèse a fait ressortir que la thématique du premier et du deuxième verbatim devait être revue de manière à retirer les rubriques classificatoires, car au fil de l'analyse, ces rubriques empêchaient de voir l'émergence de liens possibles entre certains thèmes identifiés par l'étudiant-chercheur. Cette révision de la thématique a permis, dès lors, de procéder à des essais différents de regroupement et d'ordonnement des thèmes relevés.

Les verbatim trois à dix correspondaient aux données collectées dans les rencontres d'AC 2 à 9 du groupe d'AC1. Ils ont été classifiés et thématiqués au moyen de thèmes et de rubriques qui avaient émergé des propos des participantes. Une fois la thématique de ces verbatim réalisée, des échanges ont eu lieu avec l'équipe de direction de recherche. L'équipe de direction de recherche a aussi procédé à la thématique de certains segments du corpus choisis aléatoirement (dans les verbatim trois à dix) et a également pris connaissance et évalué la thématique réalisée par l'étudiant-chercheur. Après une rencontre d'échange et de réflexions et en être arrivé à un consensus, des ajustements ont été apportés aux thèmes et aux rubriques afin que l'étudiant-chercheur puisse poursuivre la thématique.

Les verbatim 11 à 18 correspondaient aux données collectées dans les rencontres d'AC 2 à 9 du groupe d'AC2. La démarche de thématique s'est poursuivie, en continu. Certains essais de regroupement de thèmes ont aussi commencé à être réalisés avant de poursuivre avec la thématique des fiches cycliques d'AC sur support papier. Par ailleurs, la thématique des fiches cycliques d'AC a été réalisée au moyen de fiches auto-collantes directement sur le support papier. Les thèmes ressortis ont été ajoutés au relevé produit au moyen de *Word* pour thématiquer les verbatim des rencontres d'AC.

Au final, ce sont, au total, 56 thèmes qui ont été relevés comme étant en lien avec la problématique, le but ou les questions de recherche. À ce stade-là, les 56 thèmes étaient présentés sous forme d'une liste linéaire, étant donné la thématique continue réalisée. Une fois l'exercice de thématique complété, s'est amorcée l'analyse du relevé des thèmes.

**Analyse du relevé des thèmes.** Tel que le soulignent Paillé et Mucchielli (2016) c'est pendant l'analyse du relevé des thèmes que l'analyste exploite, fait parler et met en relief les données en lien avec les objectifs poursuivis dans l'étude. Pour analyser le relevé des thèmes, différentes actions ont été posées par l'étudiant-chercheur afin de soutenir sa démarche et de guider sa réflexion d'analyste. Il a notamment procédé : 1) au repérage et à l'identification d'ensembles thématiques saillants, 2) à la recherche de relations perceptibles entre les thèmes et 3) à la comparaison et au regroupement de thèmes. Ces actions lui ont permis d'arriver à déterminer des axes thématiques, qui ont servi à regrouper des thèmes de même nature ou d'une « même grappe » (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 287). Trois axes thématiques ont été identifiés : 1) les éléments contextuels; 2) les caractéristiques de l'AC et 3) les finalités et les buts poursuivis. Ces trois axes ont par la suite permis de procéder à un classement des regroupements de thèmes selon l'axe auquel ils appartenaient. Tout au long de l'analyse du relevé des thèmes, l'étudiant-chercheur avait en tête ce que Paillé et Mucchielli (2016) nomment « l'intentionnalité des acteurs » (p. 287) : celle de l'étudiant-chercheur et celle des participantes à la recherche. Ainsi, chaque action posée, au regard d'un thème ou d'un ensemble de thèmes, reposait sur une réflexion à savoir si cette action, par exemple, le regroupement de thèmes, respectait le sens des idées et des propos exprimés par les participantes. Aussi, l'étudiant-chercheur avait à l'esprit les deux questions qui faisaient l'objet de la recherche. Concrètement, ce travail d'analyse impliquait de multiples allers-retours entre le relevé des thèmes puis les verbatims thématiques. Il s'agissait là d'un moyen de mettre à l'épreuve les analyses réalisées et d'en assurer la robustesse (Paillé et Mucchielli, 2016).

Par ailleurs, la réflexion qu'a amorcée l'étudiant-chercheur l'a conduit à une forme de réflexivité sur la thématisation et le processus d'analyse du relevé des thèmes. Cette réflexivité a mené à une discussion, avec l'équipe de direction de recherche, au regard des données thématiques par rapport aux questions de recherche formulées. Pour la première question de recherche, qui portait sur les éléments contextuels, le niveau d'inférence bas ou moyennement élevé était approprié. Les liens entre les thèmes relevés et cette question de recherche étaient clairs et explicites.

Toutefois, en ce qui concernait la deuxième question de recherche qui portait sur les caractéristiques de l'AC qui contribuaient à la réalisation d'apprentissages chez les infirmières

de SAD, les thèmes relevés ne permettaient pas de répondre directement à cette dernière. C'est donc dans une discussion conjointe entre l'étudiant-chercheur et son équipe de direction qu'il a été statué que des thèmes se devaient d'être revus de sorte à mettre en relief les caractéristiques de l'AC. À ce point, ce travail s'inscrivait dans ce que Paillé et Muchielli (2016) nomment « l'examen discursif des thèmes » (p. 295), lequel « offre l'avantage de pouvoir déborder du strict relevé thématique, de manière à exploiter toutes les nuances et implications stratégiques des résultats de l'analyse » (p. 295). L'Annexe L regroupe des extraits de différents documents de travail élaborés et utilisés par l'étudiant-chercheur tout au long du processus d'analyse.

Dans l'optique d'exploiter à leur plein potentiel les thèmes relevés, l'étudiant-chercheur s'est tourné vers l'élaboration de schémas où les concepts et thèmes utilisés correspondaient aux caractéristiques de l'AC ainsi qu'aux éléments contextuels. Mis en relation les uns avec les autres, les thèmes illustraient le processus vécu par les participantes au fil des rencontres d'AC. À cet égard, Wheeldon et Ahlberg (2017) soutiennent que la carte conceptuelle – ou le schéma – peut être utilisée à différentes fins dans la recherche sociale en sciences de la santé. Selon eux, dans un contexte d'analyse, elle constitue un outil puissant qui permet au chercheur d'aller au-delà d'un simple texte pour découvrir des connexions et des relations entre des thèmes que le chercheur n'aurait pu voir ou concevoir autrement que par un exercice d'illustration et de construction graphique à partir des thèmes relevés. Selon ces mêmes auteurs, la carte conceptuelle confère une latitude au chercheur dans cet exercice de construction et le pousse même à sortir de ses a priori et de ce qui semble avoir retenu son attention au tout début de l'analyse. L'Annexe M présente les schémas de concepts et constructions graphiques élaborés par l'étudiant-chercheur au cours de l'analyse du relevé des thèmes. Ils ont servi d'outils pour alimenter la réflexion et le dialogue avec l'équipe de direction de recherche en cours d'analyse. La version finale, présentée ultérieurement dans les résultats, a également servi pour le retour aux participants.

**Retour aux participants.** Le retour aux participants constitue une étape importante dans la présentation et la validation des résultats (Savoie-Zajc, 2019). Dans cette recherche, il s'est déroulé à la fin de l'analyse des données, au mois d'octobre 2020. Sur leur temps de travail rémunéré, les participantes de chacun des groupes d'AC ont pu s'exprimer sur les analyses présentées par l'étudiant-chercheur. Étant donné la période de temps relativement longue entre

la fin des rencontres d'AC et la présentation des analyses effectuées, soit environ sept mois, une des participantes avait pris sa retraite, une seconde avait changé de milieu de travail et deux autres étaient en absence prolongée au moment du retour aux participants. Quatre participantes n'ont donc pas pu se prononcer sur la validité de signification des interprétations réalisées. Néanmoins, l'ensemble des autres participantes ont été présentes et se sont prévalu de cette occasion, une fois de plus, pour faire entendre leur voix. Une rencontre a été tenue dans chacun des deux CLSC qui comptaient chacun un groupe d'AC.

Pendant la présentation des résultats par l'étudiant-chercheur, au moyen de la carte conceptuelle élaborée, les participantes des groupes d'AC pouvaient s'exprimer librement au moment où elles jugeaient opportun de le faire. Dans les deux groupes d'AC, les participantes ont exprimé à l'unanimité que les résultats qui leurs étaient présentés s'avéraient significatifs dans l'interprétation réalisée par l'étudiant-chercheur à partir des données collectées. Dans le groupe d'AC 1, les participantes ont amorcé une discussion après la présentation pour décrire comment elles avaient poursuivi leur réflexion et leur DPI après avoir pris part aux rencontres d'AC. Dans le groupe d'AC 2, les participantes ont relevé la rigueur et la synthèse du travail d'analyse réalisé. C'est à l'issue de ce retour aux participants qu'ont plus formellement été coproduits les résultats de la recherche collaborative (Desgagné, 1997).

Après le retour aux participants, d'autres rencontres de discussion ont eu lieu avec la directrice de thèse de l'étudiant-chercheur afin de finaliser la présentation des résultats. L'ensemble de cette recherche doctorale a été réalisée de manière à en assurer la rigueur scientifique. C'est pourquoi la section qui suit précise quels critères ont été retenus pour assurer la scientificité dans cette étude.

### **Critères de scientificité**

Les critères retenus pour assurer la scientificité de cette étude ont guidé chacune des étapes de la réalisation de cette recherche, de la problématisation à l'analyse et à la présentation des résultats. Les critères retenus tirent leurs origines de différents auteurs en recherche qualitative. Ils sont néanmoins couramment combinés les uns avec les autres en recherche interprétative et participative tel que le soulignent Gohier (2004) et Savoie-Zacj (2019). Quatre d'entre eux sont d'ordre méthodologique : 1) la crédibilité; 2) la confirmabilité; 3) la fiabilité et

4) la transférabilité, alors que les deux autres sont d'ordre éthique ou relationnel. Il s'agit de : 1) l'équilibre et 2) de l'authenticité (Gohier, 2004; Savoie-Zajc, 2019).

## **Crédibilité**

Le critère de crédibilité renvoie à un « souci de validation interne » tout au long de la démarche de recherche (Gohier, 2004, p. 6). Dans cette recherche, trois moyens ont été utilisés pour assurer la crédibilité de ses résultats. Il s'agit de la triangulation, du journal de bord du chercheur ainsi que du retour aux participants. La triangulation de chercheurs (soit l'étudiant-chercheur avec son équipe de direction de recherche) et la triangulation des méthodes de collecte de données, ont permis d'assurer la crédibilité de cette recherche. Plus largement, la triangulation vise aussi à départager les analyses réalisées de l'idéologie du chercheur, et ce, pour une plus grande transparence, selon Gohier (2004) et Savoie-Zajc (2019).

Par ailleurs, le journal de bord de l'étudiant-chercheur a également contribué à assurer la crédibilité des résultats de cette recherche. Le journal de bord a permis : (1) de prendre un certain recul par rapport à l'étude, notamment en ce qui concerne le rôle de facilitateur-animateur (qui était activement impliqué dans la collecte de données) de l'étudiant-chercheur, (2) d'aborder l'analyse des données avec plus de neutralité et ultimement (3) d'assurer une rigueur méthodologique en termes d'imputabilité procédurale.

De plus, le retour aux participants est un autre des moyens qui a été utilisé pour assurer la crédibilité de la recherche. À cet égard, comme le soulignent Gohier (2004), Proulx (2019) et Savoie-Zajc (2019), le retour aux participants, comme procédé de validité de signification de l'interprétation, est l'un des moyens visant lui aussi à assurer la crédibilité de la recherche. La façon dont s'est déroulé le retour aux participants, qui a été décrite à la fin de la procédure d'analyse des données, contribue à assurer la crédibilité de la recherche. De par la transparence qu'elle apporte quant au processus de validation des résultats auprès des participantes, la description du retour aux participants contribue également à rencontrer le critère de confirmabilité.

## **Confirmabilité**

Selon Proulx (2019), en recherche qualitative, la confirmabilité implique que le chercheur décrive avec transparence les éléments contextuels et son « positionnement » (p. 121). Dans cette recherche, le critère de confirmabilité a été atteint, considérant que l'étudiant-chercheur a explicité sa posture socioconstructiviste pragmatique dans la thèse et a aussi décrit avec le plus de détails possibles chacun des éléments contextuels ayant pu influencer les résultats de la recherche (ex. : expérience professionnelle de l'étudiant-chercheur, milieu où l'étude s'est déroulée et portrait sociodémographique des participantes à la recherche). C'est aussi par cette lentille que les résultats de la recherche sont présentés au lecteur. La description des éléments contextuels de la recherche contribue également à sa fiabilité.

## **Fiabilité**

Selon Proulx (2019), la fiabilité réfère au potentiel de « reproduction de l'étude » (p. 121). Cet autre critère de scientificité a été atteint dans cette recherche, considérant l'ensemble des éléments contextuels qui ont été décrits dans la thèse. De plus, les outils de même que les différentes traces témoignant de l'évolution de la démarche d'analyse suivie qui ont été présentés dans les appendices sont des moyens qui ont été utilisés par l'étudiant-chercheur pour assurer la fiabilité de cette recherche, de la collecte des données à la présentation des résultats. Aussi, la description détaillée du déroulement des rencontres d'AC avec chacune des étapes, dans la méthode, constitue une forme de marche à suivre que pourrait utiliser un autre chercheur pour reproduire cette étude. L'ensemble des critères traités jusqu'à présents soient la crédibilité, la confirmabilité et la fiabilité conduisent à aborder un autre critère de scientificité en recherche qualitative. Il s'agit de la transférabilité.

## **Transférabilité**

Inspiré des écrits de Proulx (2019), la transférabilité vise à rendre intelligible l'utilisation des résultats d'une recherche dans des contextes où leur signification est susceptible d'être jugée pertinente par d'autres participants dans des situations s'apparentant au contexte dans lequel ils

ont été générés. À cet égard, différents moyens ont été utilisés par l'étudiant-chercheur pour soutenir la transférabilité éventuelle des résultats de cette recherche. Le premier moyen utilisé a été de définir le plus précisément possible le contexte de la recherche ainsi que de donner une description des participantes à la recherche (Gohier, 2004; Savoie-Zajc, 2019). Le deuxième moyen utilisé a été la tenue du journal de bord du chercheur. Cette dernière a permis à l'étudiant-chercheur d'apporter des précisions dans la manière de présenter et de nuancer les résultats de la recherche à partir du contexte dans lequel ils s'enracinent. De plus, l'identification des limites de l'étude donne des indices sur la portée des résultats ainsi que sur les différents contextes dans lesquels ces derniers peuvent être utilisés ou transposés.

En plus des critères de crédibilité, de confirmabilité, de fiabilité et de transférabilité, qui sont d'ordre méthodologique, deux critères d'ordre relationnel ont aussi été utilisés par l'étudiant-chercheur pour assurer la scientificité de cette recherche. Ces critères sont l'équilibre et l'authenticité. Selon Savoie-Zajc (2019), les critères relationnels trouvent particulièrement leur pertinence dans la recherche participative, étant donné les rapports « évolutifs » et « intenses » (p. 47) entre les personnes qui y sont impliquées, c'est-à-dire le chercheur et les participants, sur une période donnée.

## **Équilibre**

L'équilibre vise à ce que les participants puissent exprimer leurs points de vue (Gohier, 2004). Dans cette étude, plusieurs moyens ont permis de rencontrer ce critère de scientificité. Le premier moyen qui a permis d'atteindre l'équilibre est la réalisation d'activités d'AC. En proposant et en animant différentes activités d'AC, l'étudiant-chercheur a permis à chacune des participantes de s'exprimer au moment où elles le souhaitaient. Certaines activités d'AC ont même été adaptées aux besoins des participantes, dans leur pratique et leur DPI. À cet égard, comme le souligne Nafti-Malherbe (2017), la recherche participative dévie des méthodes de recherche traditionnelles afin de permettre aux participants et au chercheur d'accéder, par la réflexion et l'échange, à un savoir enraciné dans l'expérience. Une telle façon de faire a également permis de mettre en valeur, et de respecter deux des postulats de la recherche collaborative : 1) l'acteur compétent en contexte et 2) le double agenda à savoir la recherche et le DP (Desgagné, 1997). Le deuxième moyen qui a permis de rencontrer l'équilibre a été le

retour aux participants où, encore une fois, tout un chacun a pu faire entendre sa voix et s'exprimer sur les résultats présentés. Dans un même ordre d'idées, en plus de l'équilibre, l'authenticité a été un critère éthique utilisé pour assurer la rigueur scientifique de la recherche.

## **Authenticité**

L'authenticité se définit comme étant le souci du chercheur de favoriser l'apprentissage chez les participants à l'étude (Gohier, 2004). Cette authenticité a pris tout son sens dans cette étude, compte tenu des apprentissages qu'ont réalisés les participantes, en groupe d'AC, et de la nature collaborative de la recherche dont le double agenda sous-tendait notamment le DP des participants à la recherche (Desgagné, 1997). De plus, l'authenticité est cohérente avec la perspective infirmière de Newman, puisqu'elle implique un processus de transformation de la personne (Gohier, 2004) – de l'infirmière qui participait à l'étude – par la recherche. L'authenticité, selon Savoie-Zacj (2000), peut être : (1) ontologique, (2) éducative, (3) catalytique ou (4) tactique. Dans cette étude, c'est l'authenticité ontologique, éducative et catalytique qui se sont avérées applicables.

### ***Authenticité ontologique***

L'authenticité ontologique a fait en sorte que les participantes puissent « élargir leurs connaissances sur un phénomène » (Gohier, 2004, p. 7) qui, dans cette étude, était un ou des problème(s) clinique(s) qu'elles avaient choisi(s) en groupe. Les verbatim présentés ultérieurement dans le chapitre des résultats témoignent d'apprentissages réalisés par les participantes en lien avec ces problèmes choisis. Les données collectées ont permis de relever que ces apprentissages réalisés les avaient conduites à justement élargir leurs connaissances sur certains aspects de leur pratique et de leur DPI.

### *Authenticité éducative*

L'authenticité éducative vise à ce que les participants à l'étude puissent « comparer leur point de vue à celui des autres » (Gohier, 2004, p. 7). En suscitant la discussion, dans les rencontres d'AC, l'étudiant-chercheur, dans son rôle d'animateur-facilitateur, a favorisé les échanges où les participantes aux groupes d'AC ont pu partager leurs différentes expériences et ainsi comparer entre elles leurs visions parfois différentes. En plus de les comparer, elles ont aussi posé un regard réflexif sur ces dernières.

### *Authenticité catalytique*

Finalement, l'authenticité catalytique, qui se définit comme le désir des participants « de passer à l'action dans leur réalité », a été le dernier critère relationnel atteint. Le passage à l'action des participantes, dans cette recherche, s'est traduit par l'utilisation d'apprentissages qu'elles avaient réalisés, dans le groupe d'AC, dans leur pratique. Les brefs bilans réalisés en fin de rencontre d'AC, les retours sur la dernière rencontre d'AC réalisé au début de la rencontre suivante de même que les fiches cycliques d'AC constituent des traces témoignant du transfert dans la pratique d'apprentissages réalisés par des participantes.

Ainsi, l'ensemble des critères d'ordre scientifique et relationnel présentés témoignent des moyens mis en place pour assurer la rigueur scientifique de cette recherche. La section qui suit est dédiée au dernier point du chapitre de la méthode à savoir les dimensions éthiques.

## **Dimensions éthiques**

Deux comités d'éthique de la recherche (CÉR) indépendants soit le CÉR en santé de l'Université de Montréal (Certificat #18-119-CERES-D) ainsi que celui du CIUSSS (Certificat #CER SMHC 18 26) où s'est déroulé l'étude ont accordé un certificat d'éthique pour cette recherche doctorale. L'étudiant-chercheur a obtenu le consentement des participantes à la recherche de manière libre, éclairée et continue. Comme le souligne aussi Crewell (2013), l'étudiant-chercheur a accordé une attention particulière au maintien (ou au retrait) de ce consentement tout au long de l'étude. À aucun moment, l'étudiant-chercheur a exercé une

quelconque pression sur les participantes afin qu'elles soient présentes aux rencontres d'AC ou encore pour leur imposer quoi que ce soit. Les participantes pouvaient se retirer à tout moment du projet, selon leur désir. Les participantes ont aussi été invitées à signer le formulaire de consentement uniquement après que l'étudiant-chercheur ait présenté l'ensemble du projet de recherche et répondu à toutes les questions des participants potentiels.

L'étudiant-chercheur s'est aussi assuré, comme le proposent Miles, Huberman et Saldana (2014) que la façon dont les résultats étaient présentés ne soit pas susceptible, en aucun cas, d'enfreindre des droits des participantes à l'étude. De plus, les données collectées sont conservées sous clé ou avec mot de passe (en ce qui concerne les fichiers électroniques). Seul l'étudiant-chercheur détient la clé et les mots de passe pour accéder aux données brutes collectées. Aussi, lors de la transcription, les données ont été anonymisées et sont conservées selon les exigences particulières des CÉR, pour une période de sept ans après la fin de l'étude.

Enfin, les participantes, dans le cadre des groupes d'AC, se sont mutuellement engagées à respecter la confidentialité par rapport aux propos tenus par leurs collègues. Cela était une condition explicitée également dans les formulaires d'information et de consentement (Annexe N).

## **Chapitre 4 : Résultats**

Les résultats de cette recherche collaborative s'inscrivent dans un processus de coconstruction de sens de la pratique infirmière en SAD. À titre de rappel, cette étude a pour but d'explorer comment l'AC peut contribuer au DPI d'infirmières de SAD qui exercent la profession auprès d'aînés qui présentent des problèmes de santé complexes. Elle vise à répondre à deux questions de recherche : l'une concernant les éléments contextuels qui influencent la participation d'infirmières de SAD à un groupe d'AC et l'autre portant sur les caractéristiques de l'AC qui contribuent à la réalisation de leurs apprentissages.

Ce chapitre est divisé en quatre sections principales. La première sert à présenter le profil sociodémographique des participantes et le portrait du déroulement des rencontres d'AC. La deuxième est consacrée aux éléments contextuels qui influencent la participation d'infirmières de SAD à un groupe d'AC. La troisième est utilisée pour décrire les caractéristiques de l'AC qui contribuent à la réalisation d'apprentissages chez des infirmières de SAD. Enfin, la quatrième est utilisée pour expliciter les liens entre les éléments contextuels et les caractéristiques de l'AC qui, ensemble, constituent un processus évolutif et itératif. Dans l'ensemble du chapitre, chacun des extraits de verbatim utilisé pour appuyer les analyses réalisées ne comportent pas l'identification des personnes qui s'expriment. Ils font références à des discussions de groupe anonymisées.

### **Profil sociodémographique des participantes et portrait des activités d'AC réalisées**

Cette section des résultats présente l'analyse des données sociodémographiques collectées auprès des participantes des deux groupes d'AC de l'étude ainsi que le portrait de leur présence aux rencontres d'AC selon leur groupe d'appartenance. Les données sociodémographiques concernent leur âge, leur nombre d'années d'expérience comme infirmière, leur nombre d'années d'expérience comme infirmière en SAD, leur statut d'emploi, leur plus haut niveau de scolarité complété en soins infirmiers ou en sciences infirmières de même que leur formation (continue ou académique) en cours au moment de l'étude.

## **Caractéristiques des participantes du groupe d'AC 1**

Le groupe d'AC 1 comptait cinq participantes. Elles présentaient une homogénéité au plan de leur catégorie d'âge (voir Tableau 1, p. 96). Elles se situaient toutes (n=5) dans la catégorie des 41-60 ans. Leur nombre d'années d'expérience globale, comme infirmière, oscillait entre 1-5 an(s) et 21-25 ans. Il en allait de même concernant leur nombre d'années d'expérience comme infirmière en SAD. Il se situait entre 1-5 an(s) et 16 ans ou plus. Toujours chez les participantes de ce même groupe, quatre sur cinq d'entre elles comptaient 16 ans ou plus d'expérience comme infirmière. La majorité, soit trois sur cinq, comptaient aussi six ans ou plus d'expérience comme infirmière en SAD. Toutes les infirmières du groupe d'AC 1 avaient un statut d'emploi à temps complet. La majorité étaient aussi titulaires d'un ou de plus d'un certificat(s) universitaire(s) en lien avec les soins infirmiers. Aucune n'était détentrice d'un diplôme de baccalauréat. Quatre des cinq participantes à ce groupe d'AC poursuivaient des études académiques universitaires en sciences infirmières ou dans d'autres disciplines au moment de l'étude. Concernant leur présence aux rencontres d'AC, dans le groupe d'AC 1, les cinq participantes présentent une moyenne d'heures de présence de 90%. Certaines des participantes ont pris part à des rencontres d'AC sur leur temps personnel, de leur propre initiative, en raison de changements à leur horaire de travail. Aucune des participantes ne s'est désistée durant la période pendant laquelle se sont déroulées les rencontres d'AC.

## **Caractéristiques des participantes du groupe d'AC 2**

Les caractéristiques du groupe d'AC 2 (voir Tableau 2, p. 97) paraissent plus hétérogènes. Bien que la majorité des participantes à la recherche (n=4/6) étaient âgées entre 41 et 60 ans, deux des participantes avaient moins de 40 ans. Au plan de leur expérience professionnelle, la moitié des participantes (n=3) du groupe d'AC 2 comptaient 15 ans ou moins d'années de pratique à leur actif, alors que les trois autres en cumulaient 26 ou plus. Concernant leur expérience comme infirmière de SAD, quatre des participantes de ce même groupe cumulaient 10 ans ou moins, alors que deux en comptaient 16 ou plus. Toutes les infirmières du groupe d'AC 2 avaient un statut d'emploi à temps complet. La moitié des participantes de ce groupe d'AC étaient titulaires d'un diplôme de baccalauréat en sciences infirmières.

**Tableau 1. Données sociodémographiques du groupe d'AC 1**

Caractéristiques	Nombre de participantes (n=5)
<b>Âge</b>	
21-40 ans	0
41-60 ans	5
<b>Nombre d'années d'expérience comme infirmière</b>	
1-5 an(s)	1
6-10 ans	0
11-15 ans	0
16-20 ans	2
21-25 ans	2
26 ans ou plus	0
<b>Nombre d'années d'expérience comme infirmière en SAD</b>	
1-5 an(s)	2
6-10 ans	2
11-15 ans	0
16 ans ou plus	1
<b>Statut d'emploi</b>	
Temps complet	5
Temps partiel	0
<b>Plus haut niveau de scolarité complété en soins infirmiers ou en sciences infirmières</b>	
Études collégiales	2
Certificat(s)	3
Baccalauréat	0
<b>Formation (continue ou académique) en cours</b>	
Formation continue	0
Formation académique	4

**Tableau 2. Données sociodémographiques du groupe d'AC 2**

Caractéristiques	Nombre de participantes (n=6)
<b>Âge</b>	
21-40 ans	2
41-60 ans	4
<b>Nombre d'années d'expérience comme infirmière</b>	
1-5 an(s)	1
6-10 ans	0
11-15 ans	2
16-20 ans	0
21-25 ans	0
26 ans ou plus	3
<b>Nombre d'années d'expérience comme infirmière en SAD</b>	
0-5 ans	2
6-10 ans	2
11-15 ans	0
16 ans ou plus	2
<b>Statut d'emploi</b>	
Temps complet	6
Temps partiel	0
<b>Plus haut niveau de scolarité complété en soins infirmiers ou en sciences infirmières</b>	
Études collégiales	2
Certificat(s)	1
Baccalauréat	3
<b>Formation (continue ou académique) en cours</b>	
Formation continue	1
Formation académique	1

Le tiers des participantes (n= 2/6) avait aussi déclaré suivre des activités de formation continue ou de la formation académique, en gérontologie ou encore en santé communautaire, au moment de l'étude. Par ailleurs, en ce qui concerne la présence des six participantes dans le groupe d'AC 2, leur moyenne d'heures de présence a été de 77%. Toujours dans ce même groupe, aucun désistement n'est survenu au cours des dix semaines pendant lesquelles se sont déroulées les rencontres d'AC. Il est aussi important de souligner que la plupart de ces absences étaient en lien avec des changements d'horaire de travail ou encore avec des vacances planifiées plutôt que par manque d'intérêt ou encore d'imprévu.

### **Déroulement des activités d'AC réalisées**

A posteriori, le groupe d'AC 1 a complété un cycle d'AC, puis en a amorcé un autre. Le groupe d'AC 2, quant à lui, en a réalisé qu'un seul. Bien que le cycle d'AC compte trois étapes qui se suivent, l'apprentissage étant un processus rarement linéaire, le vécu de chacun des groupes d'AC témoigne d'un déroulement souvent itératif entre les étapes 2 et 3 à l'intérieur d'un même cycle d'AC. Cela découle du fait que pour tenter de résoudre un problème, il est parfois nécessaire de réaliser une série d'apprentissages exigeant des aller-retours entre la réalisation d'activités d'AC en groupe et l'utilisation de ces apprentissages dans la pratique. La Figure 2 (p. 99) illustre le déroulement des rencontres d'AC pour chacun des deux groupes d'AC en fonction des étapes réalisées par chacun des groupes et du nombre de cycles amorcés ou réalisés. L'étape 1 a aussi été un peu plus longue dans le groupe d'AC 1, car plus de temps a été consacré au processus de sélection d'un problème clinique qui faisait consensus dans le groupe. À ce sujet, le tour de table suggéré par l'étudiant-chercheur n'a pas été suffisant à lui seul pour arriver à choisir un problème clinique ou une situation pour l'ensemble des participantes et ce, dans les deux groupes d'AC. Deux autres activités d'AC, le groupe d'affinités de même que la chaîne séquentielle, ont été proposées par l'étudiant-chercheur pour identifier ces problèmes cliniques ou ces situations. Le groupe d'affinités a, par exemple, servi à préciser

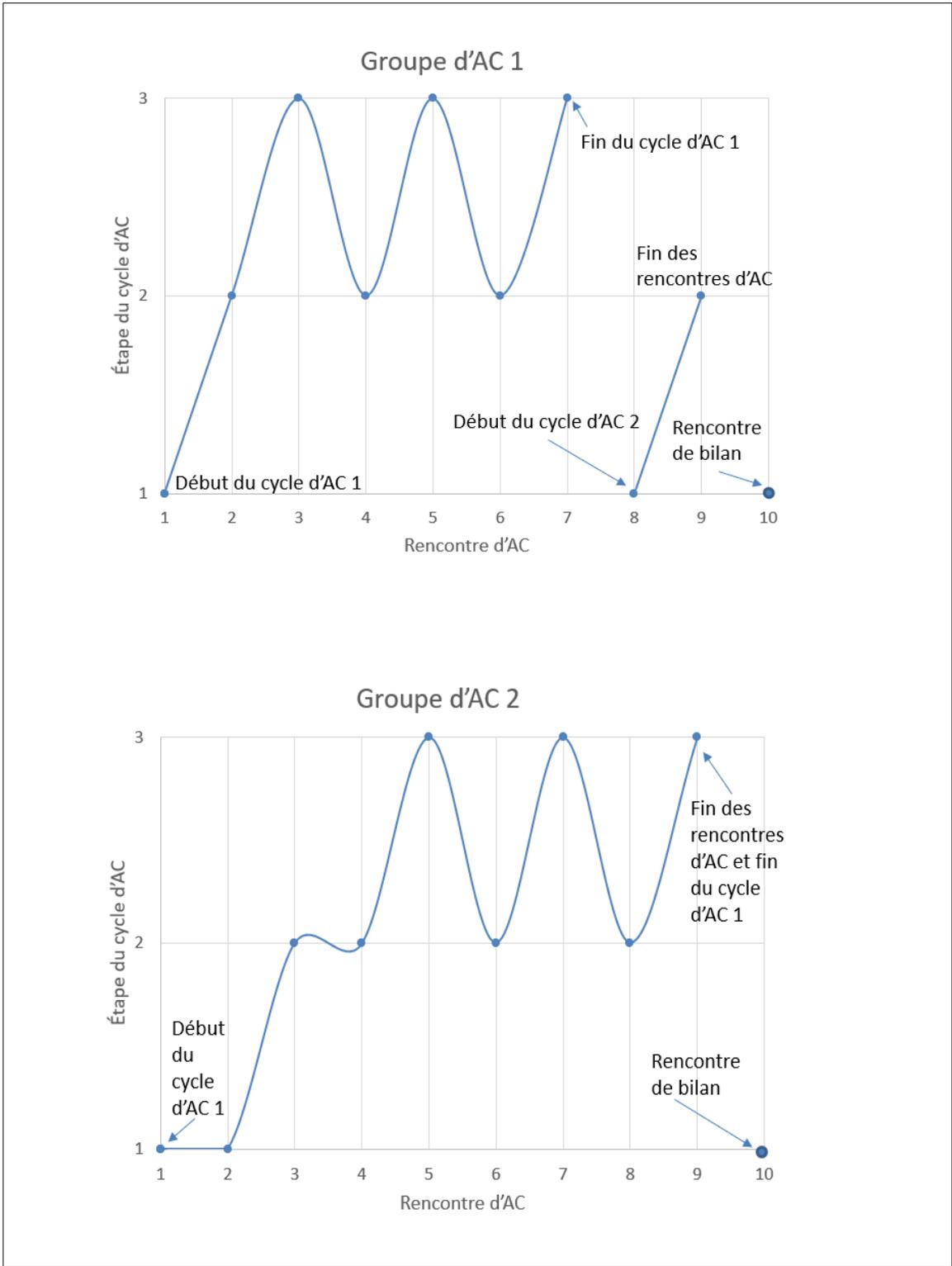


Figure 2. Déroulement des rencontres d'AC en fonction des étapes du cycle d'AC

quels aspects particuliers de la complexité (de différentes situations de soins) l'un des deux groupes voulait approfondir dans ses rencontres d'AC. La chaîne séquentielle (un schéma de concepts) a, quant à elle, permis d'illustrer des liens entre les idées exprimées par chacune des participantes dans l'autre groupe d'AC pour arriver à trouver un problème d'intérêt partagé. Ce problème a été la difficulté à communiquer dans des situations de soins complexes.

Dans un autre ordre d'idées, il apparaît également important de souligner que non seulement à l'étape 3, mais qu'aussi à la fin de chacune des rencontres d'AC, l'étudiant-chercheur réservait environ cinq minutes de la rencontre afin de réaliser un bref retour sur la rencontre qui venait tout juste de se tenir. Ces cinq minutes, où l'étudiant-chercheur, comme animateur-facilitateur, posait des questions, ont permis de collecter des données sur les préférences des participantes et d'ajuster le déroulement des rencontres d'AC ou encore les activités d'AC proposées. Enfin, autour de la neuvième rencontre d'AC, les participantes des deux groupes d'AC, selon un consensus, ont présenté ce sur quoi elles avaient travaillé à leur supérieur immédiat ainsi qu'aux assistantes du supérieur immédiat. Cette présentation en groupe a été d'une durée d'environ 30 minutes qui a inclus une période d'échanges et de questions.

En tout, au cours de l'ensemble des rencontres d'AC, ce sont 13 différentes activités d'AC, inspirées de Barkley, Major et Cross (2014) qui ont été utilisées dans les groupes d'AC. Chacun des groupes a respectivement pris part à huit et neuf activités d'AC. Certaines des activités d'AC ont aussi été combinées entre elles, par l'étudiant-chercheur, afin de répondre aux besoins des participantes. À titre d'exemple, dans le groupe d'AC 1, la résolution de problèmes structurée a été combinée avec la discussion de cas ainsi que le groupe d'investigation pour un même problème sur lequel les participantes travaillaient. Il en a également été de même dans le groupe d'AC 2 où l'écriture collaborative, le buzz room, le travail en dyade et le round robin ont elles aussi été utilisées de manière combinée pour travailler sur un même problème choisi par les participantes. Le Tableau 3 (p. 101) présente chacune des activités d'AC utilisées dans chacun des groupes d'AC.

Des participantes avaient auparavant utilisé certaines activités d'AC présentées dans le Tableau 3 dont : le tour de table, la discussion de cas et le travail en dyade. Toutefois, d'autres activités d'AC comme la chaîne séquentielle, l'écriture collaborative, le round robin et le buzz room étaient nouvelles pour elles. Les activités d'AC présentées dans le Tableau 3 et vécues par les participantes sont décrites dans l'Annexe O. Certaines activités d'AC, particulièrement

lorsqu'elles étaient combinées, ont dû être adaptées en partie pour répondre à des considérations d'ordre pratique soit pour la durée du temps disponible, soit selon la nature des problèmes choisis ou encore en fonction des préférences des participantes.

**Tableau 3. Activités d'AC réalisées dans chacun des groupes d'AC**

Activités d'AC	Groupe 1	Groupe 2
1- Tour de table	X	X
2- Chaîne séquentielle	X	X
3- Écriture collaborative	X	X
4- Enseignement mutuel basé sur l'expertise ( <i>Jigsaw</i> )	X	X
5- Résolution de problèmes structurée	X	
6- Groupe d'investigation	X	
7- Collection de ressources ( <i>Team Anthologies</i> )	X	
8- Discussion de cas	X	
9- Travail en dyade		X
10- Groupe d'affinités		X
11- Round robin		X
12- Buzz room		X
13- Équipe matricielle		X

Au fil des semaines, l'étudiant-chercheur a aussi tenté de laisser plus de place et d'autonomie aux participantes afin qu'elles proposent des activités d'AC ou qu'elles contribuent à l'animation des rencontres. D'ailleurs, Goudreau et al., (2015) soutiennent que les infirmières peuvent être en mesure de jouer un tel rôle d'animation dans leur activité réflexive. De plus, de leur propre initiative, certaines des participantes du groupe d'AC 1 ont amorcé individuellement une collection de ressources, laquelle a été réutilisée dans une rencontre d'AC subséquente pour réaliser un groupe d'investigation.

La prochaine section des résultats porte sur les éléments contextuels influençant la participation d'infirmières de SAD à un groupe d'AC. L'identification de ces éléments contextuels correspond à la première question de recherche de cette étude.

### **Éléments contextuels influençant la participation d'infirmières de SAD à un groupe d'AC**

Au-delà de la présence à des rencontres dans un groupe d'AC, la participation à un tel groupe est influencée par certains éléments contextuels. À cet égard, l'analyse thématique des données collectées, dans cette recherche collaborative, a permis d'identifier trois de ceux-ci à savoir : (a) le rapport au temps; (b) le soutien du gestionnaire ainsi que (c) l'accompagnement du groupe d'AC dans la réalisation des activités d'AC.

#### **Rapport au temps**

Le rapport au temps est apparu rapidement comme un thème central parmi les éléments contextuels qui influencent la participation d'infirmières de SAD à un groupe d'AC. Ce rapport au temps s'inscrit dans une dimension évolutive. Initialement, les participantes exprimaient une perception de manquer de temps pour participer à des rencontres d'AC en raison de l'intensité du poids de leur charge de travail. Pour certaines d'entre elles, le fait de prendre part à des rencontres d'AC a eu comme effet de les amener à devoir modifier la répartition de leur charge de travail clinique dans la semaine. Elles ont toutefois souligné avoir la latitude nécessaire pour réorganiser leur charge de travail. Néanmoins, cette dernière ne s'en trouve pas allégée en termes d'activités cliniques à réaliser. Les rencontres d'AC s'ajoutent donc à cette charge de travail qualifiée par les participantes comme étant déjà lourde.

- Participante : C'était vraiment attractif pour aller là [aux rencontres d'AC] parce que, honnêtement, ne pas être assise 1 heure de temps dans une journée de la semaine ce n'est pas attractif... à toutes les semaines en plus. [...]

- Participante : C'est ça!

- Participante : [...] On s'entend, oui, on se met moins de patients cette journée-là mais, la surcharge et la lourdeur ne diminuent pas (Gr. 2 : ren 10, ln 1552-1555).

Cette situation a été décrite tant par les participantes étant des infirmières novices que par celles qui sont davantage expertes et aussi plus expérimentées en SAD.

Toutefois, en dépit d'une perception de manquer de temps en raison de l'intensité perçue du poids de leur charge de travail, les participantes ont trouvé le temps nécessaire pour être présentes aux rencontres d'AC. Non seulement elles ont été présentes, mais leur participation au fil des semaines les a conduites à modifier leur rapport au temps et à considérer leur participation aux rencontres d'AC comme un investissement. Ce changement de perspective s'est opéré plus particulièrement lorsqu'elles ont remarqué l'échange d'expertise et d'expérience entre collègues que permet l'AC; cet échange étant reconnu comme une précieuse ressource par les participantes.

Participant : On investit du temps pour éviter de perdre du temps après avec un autre dossier. Ça aussi, il faut changer la mentalité parce qu'on est très fermé. On dit : je n'ai pas le temps, je n'ai pas le temps. Oui, mais, tu oublies que tu perds l'expertise des autres puis l'angle de voir ton problème, tu n'as pas le même input des autres qui aiguisent ton point de vue. Ça, c'est un investissement » (Gr. 1 : ren 9, ln 209-212).

Cependant, les participantes soulignent que même si elles souhaitent vouloir participer aux rencontres d'AC, elles se sentent constamment déchirées entre leur désir d'apprendre en groupe et leurs obligations d'assurer une prestation de soins directs aux personnes dont elles assurent le suivi infirmier à domicile dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre. La conciliation entre le temps consacré à la pratique clinique et celui consacré aux activités d'AC constitue un défi continu.

Participant : Au final, c'est quand même nous qui devons investir cette heure-là... mais moi, ça ne me dérange pas, je suis prête à l'investir, mais je sais que ça se peut que je fasse du temps supplémentaire les jeudis pour pouvoir y arriver pendant la journée parce qu'on n'a pas d'autres infirmières pour pouvoir donner nos cas (Gr. 2 : ren 1, ln 491-494).

Malgré toutes les mesures de mitigation mises en place pour assurer la continuité des soins dans le cadre des rencontres d'AC, certaines des participantes ont envisagé de prolonger leurs heures de travail en pratique clinique; cela afin de dégager le temps nécessaire à leur participation aux rencontres d'AC sur leur horaire de travail régulier. À cet égard, les participantes ont aussi manifesté un besoin en matière de soutien de la part de leur gestionnaire.

## Soutien du gestionnaire

Selon les participantes, le soutien du gestionnaire semble incontournable à deux égards. Premièrement, il revêt une importance cruciale pour la libération des équipes sur les heures de travail pour participer aux rencontres d'AC. Deuxièmement, il apparaît comme fondamental pour donner un appui au rayonnement du travail réalisé par les participantes en groupe d'AC. Les résultats de l'étude soulignent que l'une des conditions essentielles pour implanter des rencontres d'AC, de manière harmonieuse et cohérente avec la pratique clinique, réside dans la libération des équipes sur les heures de travail, afin que les participantes puissent participer à ces rencontres. Le fait de protéger des heures de travail qui sont consacrées à la réalisation d'activités d'AC est l'élément le plus retrouvé dans les échanges des rencontres d'AC avec les participantes.

Participante : « Si, nous, on part à la base et, de façon volontaire, on veut changer ou apporter de nouvelles idées et que les gestionnaires justement parce que si ce n'était pas de [nom du gestionnaire] qui a dit : regarde, vous ne touchez pas l'heure de cette personne tel jour telle semaine, on aurait manqué tout le temps ou une sur deux. Je pense que la recette serait ça. Les gens qui sont là volontairement et continuer à prioriser les temps nécessaires, [...], que les gestionnaires respectent ces temps pour que les gens qui vont participer soient à l'aise et ne se sentent pas : ah! je *feel* mal, je *feel* mal parce que je suis en détresse encore et j'ai laissé libre le bureau pendant une heure. Si on me dit : [...] à telle date vas-y... ton temps... on n'y touchera pas même si le CLSC tombe » (Gr. 1 : ren 10, ln 509-520).

De plus, le fait que certaines des participantes aient des congés au cours de la semaine pose un défi supplémentaire lorsque ce congé concorde avec une journée où une rencontre d'AC a lieu. En ce sens, certaines des participantes révèlent qu'il peut être difficile de réintégrer le groupe d'AC après s'être absentée de l'une de ses rencontres.

Participante : « Parce que déjà, on en a manqué comme tous ceux... nous on a nos fins de semaine; on a manqué dans les 10 fois... on a manqué comme au moins 2 fois. Déjà là, la semaine que je n'étais pas là, la semaine d'après, je n'avais aucune idée de ce qui s'était passé la semaine d'avant. C'était comme un manque » (gr. 2 : ren 10, ln 1592-1595).

Aussi, en plus de leur assurer une libération sur leurs heures de travail, certaines des participantes affirment que le soutien de leur gestionnaire devrait consister en un appui au rayonnement du travail qu'elles réalisent en groupe d'AC. Cet appui est perçu par les

participantes comme nécessaire au rayonnement et à la diffusion plus large du travail qu'elles réalisent dans leur groupe d'AC auprès d'autres membres de leur équipe en SAD.

Participant : « Je pense qu'on a besoin de leur appui [nos gestionnaires] comme d'un tremplin. Et pour diffuser un peu ce qu'on va faire parce qu'il faut que ça serve à quelque chose. Oui, ça va nous servir à nous mais, eux, vont nous servir de tremplin pour rayonner sur l'ensemble du soutien à domicile. Oui, c'est important » (Gr. 1 : ren 10, ln 467-470).

Les participantes jugent importante cette diffusion de leur travail auprès de l'ensemble du SAD, car elles croient que les solutions auxquelles elles ont réfléchi en groupe d'AC ont le potentiel d'être applicables dans la pratique d'autres de leurs collègues. L'accord du gestionnaire semble cependant incontournable à obtenir pour y arriver.

Participant : Mais sais-tu aussi ce que ça permet ça, ce qu'on fait là? On est conscient qu'on peut avoir des solutions. Y'a des solutions là. Il s'agit juste que quelqu'un de plus haut à ça dise oui, puis trouve une façon de l'appliquer. Mais il y a des solutions. (gr. 2 : ren 7, ln 806-808).

En plus du soutien du gestionnaire, les participantes affirment que l'un des autres éléments contextuels à considérer dans leur participation à un groupe d'AC est l'accompagnement du groupe dans la réalisation des activités d'AC.

### **Accompagnement du groupe d'AC dans la réalisation des activités d'AC**

L'accompagnement du groupe d'AC dans la réalisation des activités d'AC est le troisième thème ayant été identifié comme un élément contextuel influençant la participation d'infirmières de SAD à un groupe d'AC. Ce thème se décline en différents sous-thèmes à savoir : (a) les attitudes d'écoute, d'ouverture et de partage; (b) l'organisation des rencontres et des activités d'AC ainsi que (c) la reconnaissance du travail, de la progression et des forces des participantes.

### *Attitudes d'écoute, d'ouverture et de partage*

De manière générale, les participantes à la recherche ont insisté sur l'importance de bénéficier d'une tribune, comme l'AC, afin qu'elles puissent s'exprimer et surtout être écoutées. Elles soulignent aussi que cette tribune où elles peuvent s'exprimer peut bénéficier à tous, notamment par le caractère pragmatique des échanges qui y sont tenus. Néanmoins les participantes déplorent l'inexistence d'une telle tribune, dans la culture actuelle du CLSC, où elles peuvent s'exprimer et être entendues en dehors de cette activité réflexive de la recherche collaborative à laquelle elles participent. En effet, les participantes disent avoir pu vivre des échanges empreints d'écoute, d'ouverture et de partage entre elles, mais aussi avec l'étudiant-chercheur, comme animateur, par la tribune d'expression que créent les rencontres d'AC. L'attitude d'ouverture de l'étudiant-chercheur a été perçue comme une forme de neutralité par les participantes qui se sont senties à l'aise de s'exprimer librement.

L'ouverture mutuelle dont les participantes aux groupes d'AC et l'étudiant-chercheur font preuve fait aussi en sorte que l'étudiant-chercheur, dans son animation, est en mesure de refléter sa compréhension de ce que vivent les participantes en reformulant leurs propos.

Participante : « On a appris un vocabulaire, on a appris à réfléchir comme des professionnelles; pas comme une personne inquiète de quelque chose. L'autre chose qui m'a aidée c'est : on doit s'ouvrir et être authentique » (Gr. 1 : ren 10, 146-148).

L'analyse des données fait également ressortir qu'en faisant preuve d'écoute et d'ouverture, l'étudiant-chercheur pose des questions qui conduisent à explorer plus en profondeur les préoccupations ou les problèmes cliniques soulevés par les participantes à travers leurs expériences professionnelles.

L'invitation au partage constitue aussi une occasion dans laquelle une participante explicite, par exemple, comment les échanges réalisés dans les rencontres d'AC l'ont conduite à poser un regard différent sur une situation de soins dans sa pratique, à partir de son raisonnement clinique. L'extrait qui suit illustre l'un de ces exemples :

- Participante : Au niveau de l'apprentissage, quand je reçois un nouveau patient, on dirait que tout ça se clarifie plus aussi. C'est quelque chose que j'ai remarqué dans ma pratique [...]

- Animateur : Que veux-tu dire par clarifier? Tu veux nous l'expliquer?

- Participante : Je sais déjà plus que c'est une situation complexe ou non parce que des fois tu le vois moins [...]

- Participante : Comme hier, j'ai reçu une nouvelle référence pour un patient. Évaluer l'état moteur et la confiance dans la médication. Ah! l'état moteur je peux y aller dans 2-3 semaines. Mais j'ai été voir l'ASI. Il est dépressif puis, ok, c'est parce que là, la confiance à la médication, ok, c'est juste qu'il est dépressif? Est-ce que c'est un problème de santé mentale non diagnostiqué; est-ce que c'est de la démence? (Gr. 2 : ren 9, ln 327-335).

Les attitudes d'écoute et d'ouverture prédisposent également au développement d'un dialogue entre l'étudiant-chercheur, comme animateur, et les participantes. Ce dialogue conduit non seulement les participantes à partager leurs expériences et leurs points de vue, mais il amène également parfois l'animateur à partager, lui aussi, sa perception, sa compréhension de même que son expérience. Certaines des participantes ont ainsi souligné la pertinence que l'étudiant-chercheur porte un regard différent sur le problème dont elles discutent.

Participante : Ce que j'ai aimé c'est que tu ne vois pas le problème comme nous. Tu nous écoutes parler et tout à coup... Oh! c'est peut-être bon de mettre cette idée là et tu le faisais. Moi, j'ai aimé ça. Nous on voit ça mais, il y a quelqu'un en dehors qui ne voit pas comme nous. Alors, ça ouvre les idées (Gr. 1 : ren 10, 832-836).

En plus des attitudes d'écoute, d'ouverture et de partage, les participantes ont discuté de l'organisation des rencontres et des activités d'AC qui leur ont été proposées par l'étudiant-chercheur, toujours en lien avec l'accompagnement du groupe d'AC.

### ***Organisation des rencontres et des activités d'AC***

L'organisation des rencontres et des activités d'AC se décline en trois temps soient : avant, pendant et après. En ce qui a trait aux temps « avant » et « après » les rencontres d'AC, se basant sur leur expérience d'AC de 10 semaines, des participantes ont souligné la nécessité d'une planification et d'un suivi des activités d'AC qui exigent du temps en dehors des rencontres d'AC. D'une part, elles ont explicité la nécessité que les rencontres soient déterminées au moyen d'un horaire préétabli. De plus, le fait que les rencontres d'AC s'inscrivaient dans un contexte formel de recherche a aussi incité certaines d'entre elles à honorer plus solennellement leur engagement à y participer.

Participante : « On s'entend que là on sait que l'on participait à un projet avec Jérôme, pendant 10 semaines, puis, on se devait d'être là. C'était, comme on avait donné notre

nom, c'était important. Je me dis : il va falloir, même si on est sur une base volontaire, il n'y aura plus de projet de recherche en arrière... ou d'étude » (Gr. 1 : ren 10, ln 532-536).

D'autre part, certaines activités d'AC ont nécessité une préparation ou un suivi par l'étudiant-chercheur. Selon des participantes, une telle préparation ou un tel suivi pourraient constituer un frein à la pérennisation d'activités d'AC dans leur milieu de soins, faute de soutien ou d'accompagnement et de temps.

Participante : « La seule différence est que, toi, tu travaillais chez toi sur le projet. Tu arrivais chez toi, les *flash cards*, c'est toi qui les as faites. Ensuite, tu as fait des trucs en dehors, tu as mis des heures en dehors, alors que nous, on n'aura pas ça, ce temps-là, de mettre des heures en dehors » (Gr. 2 : ren 10, ln 1967-1970).

Les participantes ont aussi soulevé la question du déroulement, soit le « pendant », des activités d'AC. Elles ont abordé ce point plus spécifiquement sous l'angle de la pertinence des activités d'AC que propose aux participantes l'étudiant-chercheur dans son rôle d'animateur. À cet égard, la pertinence des activités d'AC proposées par l'étudiant-chercheur a donc été relevée par les participantes comme ayant influencé leur participation au groupe d'AC. L'analyse des données met en évidence que les activités proposées par l'étudiant-chercheur tenaient compte de différents paramètres pour en assurer la pertinence. Parmi ces paramètres, étaient entre autres considérés : la nature de la situation ou du problème clinique d'intérêt de même que l'objectif que souhaitaient atteindre les participantes dans leur réflexion collective sur leur pratique clinique.

- Participante : Tu pars de notre objectif, mais tu sais nous diriger pour aller, arriver à notre objectif, parce que nous, on aurait tourné en rond. Je pense qu'on aurait tourné en rond parce qu'on n'aurait pas trop su comment partir avec ça. (Gr. 2 : ren 6, ln 744-750)
- Participante : Tu nous as guidé tout le long.
- Participante : On ne sait pas comment ça aurait été avec quelqu'un d'autre.
- Participante : On avait aussi l'idée comment on s'en allait, comment on faisait ça et dans la façon de procéder. (Gr. 2 : ren 10, ln 1735-1742)

Globalement, les participantes affirment que les activités d'AC proposées ont su répondre à certains de leurs besoins et que l'enchaînement de celles-ci au fil des 10 semaines de rencontres d'AC s'est avéré approprié.

Les participantes témoignent aussi que les activités d'AC proposées ont servi à discuter de certaines situations cliniques complexes, issues de leur pratique, dans lesquelles elles jugeaient certains éléments comme étant incompréhensibles ou nébuleux.

Participante : « Moi, [...] j'ai trouvé que chaque activité vécue a eu son apport. Je ne vois pas de négatif dans les activités que l'on a faites parce que, que ce soit quand on a tout démêlé au tableau ou... tu sais elles ont toutes eues leur nécessité dans le cheminement. Alors, je pense qu'elles sont toutes utiles » (Gr. 1 : ren 10, ln 859-862).

De plus, les activités proposées par l'étudiant-chercheur se sont inscrites dans une forme de progression et de modulation qu'ont notée les participantes au fur et à mesure que se bonifiait leur répertoire d'activités d'AC qu'elles expérimentaient.

Participante : « Moi aussi, j'aime bien la façon dont, plus général. Pis à chaque fois, à chaque journée, on devient plus spécifique pour dans aboutir dans quelque chose qui va servir. T'es un bon leader » (Gr. 2 : ren 5, ln 1014-1016).

Pour les participantes, cette progression et cette modulation ont été perçues comme étant la mise en place d'une structure qu'elles ont considérée importante pour s'approprier la démarche d'AC, comme en témoigne l'extrait qui suit.

Participante : « Je pense que c'est la structure qui [est] comme importante [...] Toi, tu savais où tu voulais nous amener et tu nous as amenées tranquillement pour qu'on soit un groupe d'apprentissage collaboratif » (Gr. 1 : ren 10, ln 224-227).

Enfin, un dernier élément a été discuté par les participantes concernant l'accompagnement du groupe d'AC dans la réalisation des activités d'AC. Il s'agit de la reconnaissance de leur travail, de leur progression ainsi que de leurs forces.

### ***Reconnaissance du travail, de la progression et des forces des participantes***

Pour ce dernier élément caractérisant l'accompagnement des groupes dans la réalisation des activités d'AC, les résultats témoignent des interventions mises de l'avant, par l'étudiant-chercheur, au cours des 10 rencontres d'AC, qui ont contribué à reconnaître le travail, la progression et les forces des participantes. La reconnaissance du travail et de la progression des participantes influence la participation aux rencontres d'AC en ce sens que les participantes découvrent qu'elles ont le pouvoir et l'occasion d'agir pour contribuer à cocréer, par exemple, une démarche de communication susceptible d'améliorer le contexte de pratique dans lequel elles exercent la profession infirmière en SAD.

- Animateur : Je suis vraiment impressionné de vous voir depuis la semaine 1 jusqu'à aujourd'hui, vous savez quoi faire.
- Participante : On dirait que ce groupe nous donne comme le droit ou l'opportunité de faire quelque chose.
- Participante : De voir qu'on a une certaine emprise sur ce qui peut arriver.
- Participante : Oui.
- Participante : Pour améliorer notre sort. Ça aide beaucoup, aussi. (Gr. 1 : ren 8, ln 308-310; 320-322).

De plus, tout au long des rencontres d'AC, l'étudiant-chercheur a souligné aux participantes leurs forces. À titre d'exemples, il a souligné : leur capacité et leur ouverture à se poser des défis les unes les autres; la richesse de leur réflexion appuyée par des exemples tirés de leur pratique clinique ainsi que leur ouverture d'esprit et leur ambition à vouloir améliorer leur pratique, malgré les circonstances parfois difficiles inhérentes à leur contexte de travail. Ces exemples d'interventions de la part de l'étudiant-chercheur ont été perçus par les participantes comme étant en quelque sorte une source d'espoir, pour améliorer ce qu'elles vivent au quotidien, et de soutien dans leur quête de vouloir améliorer la qualité de leur pratique professionnelle.

- Participante : Moi, je pense que c'est très positif [ce qu'on fait en groupe d'AC].
- Participante : Moi, je trouve ça très constructif ce qui sort d'ici, vraiment! Puis on a des beaux échanges; tout le monde participe.
- Participante : Moi aussi, jusqu'à date, je trouve ça très intéressant parce que dans les faits, on voit c'est quoi les problèmes; on cherche des solutions ensemble. Ça donne l'espoir qu'on va pouvoir arriver à quelque chose et qui va non seulement nous aider, mais aider nos collègues aussi. (Gr. 2, ren 5; ln 1008-1014).

En résumé, les résultats de cette recherche collaborative mettent en perspective que trois éléments contextuels principaux influencent la participation d'infirmières de SAD à un groupe d'AC. Il s'agit (a) du rapport au temps, (b) du soutien du gestionnaire ainsi que (c) de l'accompagnement du groupe d'AC dans la réalisation d'activités d'AC. Au premier plan, le rapport au temps est l'élément contextuel qui a été relevé le plus fréquemment par les participantes à la recherche. Ce rapport au temps a évolué d'une perception de manquer de temps pour à la fois réaliser l'ensemble des activités cliniques quotidiennes et participer aux rencontres d'AC vers un changement de perspective où la participation aux activités d'AC s'est avérée

perçue comme une nécessité pour laquelle un temps devait justement y être investi et protégé. Autrement dit, les retombées des activités d'AC ont été constatées comme étant suffisamment positives par les participantes pour qu'elles prennent les moyens nécessaires afin de participer aux rencontres d'AC. Au second plan, le soutien du gestionnaire est lui aussi ressorti comme un élément contextuel important. Ce soutien du gestionnaire s'opérationnalise par la libération des équipes d'infirmières de SAD sur les heures de travail pour participer aux rencontres d'AC ainsi que par son appui au rayonnement du travail réalisé par les participantes en groupe d'AC. Au troisième et dernier plan, l'accompagnement du groupe d'AC dans la réalisation des activités d'AC a aussi été relevé comme un élément contextuel déterminant dans la participation soutenue des infirmières de SAD à un groupe d'AC.

La première question de recherche ayant été répondue, la prochaine partie des résultats porte sur la deuxième question de recherche qui vise à identifier quelles caractéristiques de l'AC contribuent à la réalisation d'apprentissages chez des infirmières de SAD.

### **Caractéristiques de l'AC qui contribuent à la réalisation d'apprentissages chez des infirmières de SAD**

Cette troisième et dernière section des résultats se divise en deux parties. La première porte spécifiquement sur les caractéristiques de l'AC qui contribuent à la réalisation d'apprentissages chez des infirmières de SAD. La deuxième sert à décrire, selon la perspective des participantes, la nature des apprentissages qu'elles ont réalisés en lien avec leur participation aux rencontres d'AC.

#### **Caractéristiques de l'AC**

L'analyse thématique de l'ensemble des données recueillies a permis d'identifier cinq caractéristiques de l'AC qui ont contribué à la réalisation d'apprentissages chez les participantes. Ces caractéristiques sont que l'AC :

1. exige une motivation à apprendre pour améliorer la qualité des soins;
2. conduit à une réflexion individuelle et de groupe sur sa pratique professionnelle pour mieux la comprendre;
3. crée un espace de partage valorisant le développement de relations égalitaires empreintes de respect et d'écoute;
4. oriente vers une recherche collective de solutions pragmatiques aux problèmes rencontrés dans la pratique;
5. suscite un sentiment de réalisation et d'accomplissement de soi.

Chacune de ces caractéristiques est présentée et explicitée dans les sections qui suivent.

### ***Exige une motivation à apprendre pour améliorer la qualité des soins***

Le désir d'améliorer la qualité des soins a été soulevé par les participantes comme étant leur première source de motivation à apprendre. Pour elles, l'AC constitue un moyen privilégié d'améliorer la qualité des soins par le soutien à la pratique clinique qu'il peut procurer.

Participant : « Mon intérêt de participer au groupe, c'est de renforcer le soutien clinique au sein de notre équipe pour améliorer nos soins [...] Avoir du soutien à l'intérieur de l'équipe des infirmières. Qu'on soit plus encadrées comme c'était avant. C'est l'encadrement qui a changé » (Gr. 2 : ren 1, ln 229-234).

L'AC est aussi perçu comme un moyen soutenant l'innovation dans un contexte en constantes transformations où néanmoins les ressources humaines, selon les participantes, constituent une rareté. L'AC crée un pont entre un intérêt collectif et soutenu des participantes à apprendre et ce désir manifeste qu'elles ont « d'améliorer leurs soins », comme elles le disent. Toujours selon les participantes, l'AC constitue aussi un moyen de rehausser la qualité de la pratique professionnelle actuelle qui semble bouleversée par de multiples changements.

- Participant : [...] Je veux apprendre quelque chose, c'est sûr. J'ai un intérêt. J'aimerais trouver une façon d'améliorer nos soins. C'est tellement le fun d'améliorer. Ce serait le fun d'avoir un consensus pour trouver quelque chose... de positif.
- Participant : [...] En SAD, on note tous, je pense, qu'il y a une descente, un petit peu han, de la qualité [...] Il manque beaucoup de personnel, alors il faut développer d'autres façons de faire... j'imagine... Parce que je pense que ça va demeurer. (Gr. 2 : ren 1, ln 150-158).

De manière simultanée à l'expression de leur désir d'améliorer la qualité des soins, les participantes affirment également leur motivation à apprendre en groupe à partir d'un sujet d'intérêt commun ancré dans leur pratique clinique. À l'instar d'un désir d'améliorer la qualité des soins, les propos des participantes soutiennent que la motivation à apprendre est aussi tributaire du choix d'un sujet d'intérêt commun ancré dans la pratique. Cette motivation apparaît comme étant de deux ordres : personnelle puis collective. D'un point de vue individuel, les participantes soulignent en premier lieu l'importance que la décision de participer à un groupe d'AC se fasse sur une base volontaire, puis que les gens qui y participent soient motivés.

Participante : « C'est que les personnes qui vont participer [aux groupes d'AC] doivent être volontaires au départ et avoir la motivation [...] » (Gr. 1 : ren 10, ln 505-507).

De plus, au plan collectif, les participantes soulignent que non seulement chacun des individus doit être motivé, mais que la motivation s'inscrit aussi dans une dimension de groupe. Certaines des participantes affirment aussi que si elles poursuivent les rencontres d'AC après leur participation à cette étude, la motivation de groupe constitue un enjeu advenant le cas où d'autres collègues, moins motivés, se joindraient à elles.

- Participante : Avoir le goût de travailler ensemble, avec l'équipe.
- Participante : Motivation de la part de l'équipe; vraiment. (ren 10, 1752; 1759)
- Participante : Ce qui peut nuire, c'est qu'on va investir du temps et [que] les gens ne soient pas motivés parce qu'ils ne voient pas le trajet que nous on a vu parce qu'ils n'ont pas senti le processus des satisfactions personnelles que nous, on a eues... nous dans notre expérience de 10 semaines... une explosion de petits problèmes qu'on a résumés à une feuille de solutions (Gr.1 : ren 10, ln 890-893).

De plus, les participantes ont affirmé que, au-delà de la motivation à apprendre, prendre part à un groupe d'AC exige de travailler sur un sujet d'intérêt pour tous les membres du groupe d'AC. Très tôt dans les rencontres d'AC, le choix du sujet par les participantes est ressorti comme étant important. Elles l'ont aussi réitéré tout au long de l'étude; sans quoi la démarche d'apprentissage en groupe risque d'être compromise.

- Participante : Il faut que le sujet intéresse... vienne du groupe.
- Participante : Si on est 5 à travailler dans un groupe d'apprentissage collaboratif et que finalement c'est quelqu'un qui nous dit : bien, moi, telle affaire, telle affaire, et que finalement on l'amène ici et qu'on y croit plus ou moins, ça nous tente moins de le travailler, je pense que ça va pas marcher.
- Participante : Moi, je le voyais, comme tu dis. (gr. 1, ren 10, ln 1005-1011).

Les participantes affirment également que la préoccupation ou le problème clinique doit émaner du groupe d'AC, sans que quiconque ne l'impose, et qu'il fasse consensus au sein du groupe d'AC.

- Participante : Un groupe d'apprentissage collaboratif, donc, il faut trouver notre sujet entre nous. En même temps, on ne veut pas travailler sur quelque chose qui ne nous intéresse pas vraiment. Il ne faut pas qu'on se fasse imposer non plus (Gr.1 : ren 10, ln 996-998).
- Participante : Il faut que tout le monde ait le goût d'apprendre sur le sujet; l'intérêt pour le sujet (Gr. 1 : ren 10, ln 1040).
- Participante : Un groupe d'apprentissage collaboratif, c'est que nous, on trouve ce sur quoi on veut travailler ensemble (Gr. 2 : ren 10, ln 1023-1025).

Le fait de choisir, en groupe, le problème sur lequel elles travailleront pendant les rencontres d'AC répond à des besoins ressentis dans la pratique clinique. Cela représente aussi une forme de valorisation en ce sens que les participantes considèrent qu'elles travaillent à partir de problèmes ou de sujets d'intérêts qui sont pertinents et utiles pour leur pratique.

- Participante : C'est nous qui savons vraiment les problèmes, qui savons quoi. On le vit.
- Participante : Je me suis sentie vraiment valorisée par ça.
- Participante : Moi, je le sais que je vais venir apprendre quelque chose ici. Apprendre quelque chose et on va sortir au bout de la ligne avec quelque chose de concret et d'utile (Gr 2, ren 10, ln 1796-1805).

La motivation à apprendre et la découverte d'un sujet d'intérêt commun ancré dans la pratique conduisent aussi les participantes à vouloir s'investir et s'impliquer activement dans leurs apprentissages. En effet, la motivation à apprendre pour améliorer la qualité des soins se traduit aussi par ce que les participantes ont nommé comme étant une nécessité de s'investir et de s'impliquer activement lorsqu'elles participent à des activités d'AC. À cet égard, elles soulignent l'importance d'agir de manière proactive, plutôt que réactive. En plus de leur présence aux rencontres d'AC, les participantes ont avancé des réflexions et réalisé des actions témoignant de leur implication et de leur investissement dans ce qu'elles ont entrepris collectivement dans leur groupe respectif d'AC. Quelques exemples témoignent du « comment » elles se sont particulièrement impliquées et investies, tout au long des rencontres d'AC, pour repérer et utiliser des ressources pertinentes au regard de la situation ou du problème clinique sur lequel elles travaillaient en groupe. Entre les rencontres d'AC, certaines des

participantes ont pris l'initiative de tenter de trouver des ressources en cherchant sur internet et en consultant des livres. Étant donné que les participantes ont déterminé en groupe les situations ou les problèmes qui les préoccupent, elles sont donc aussi en mesure d'affiner leur recherche et d'analyser la pertinence des ressources qu'elles trouvent selon leurs besoins.

- Participante : Moi, j'ai trouvé. Il y a un document super intéressant qui est la loi 90 sur le plan thérapeutique infirmier. Ça parle vraiment de ce qu'on écrit. Ça démêle le plan de soins, le PTI, les notes, quoi écrire, quand écrire, comment écrire. C'est vraiment super intéressant. Je pense que ça pourrait nous aider.
- Participante : Tu as trouvé ça où?
- Participante : Sur le web. Différences et ressemblances entre le PTI et le plan de soins. Pour tout démêler. Pour vrai, moi c'est un peu ça que je confonds. Je suis un peu mêlée. Justement, j'ai une situation complexe. Ma patiente part en dialyse, je veux faire un plan de soin, faut être clair. En même temps, tu ne peux pas écrire ça au PTI et en même temps, j'ai un plan de soin et en même temps, je me dis : je ne sais même plus je marque où. [...] C'est pour cela que je suis allée chercher des informations là-dessus. Comment utiliser le PTI? Question qu'on avait la semaine dernière (Gr. 1 : ren 9, ln 482-491).

En plus des ressources trouvées à l'extérieur de leur groupe d'AC, les participantes, ont identifié des ressources pertinentes présentes soit dans leur groupe d'AC, par exemple une collègue, ou encore dans leur environnement de travail immédiat qu'elles pourraient utiliser ou auxquelles elles pourraient faire appel.

Participante : X [en faisant référence à une des participantes du groupe d'AC], c'est vraiment notre star. Elle est à jour dans tout, elle est sur la coche... Quand j'ai besoin de conseils, je vais voir X. Elle, ses PTI, c'est... Elle est hyper consciencieuse. C'est vraiment notre ressource. C'est notre exemple (Gr. 1 : ren 8, ln 486-489).

Enfin, les participantes ont aussi pris conscience que les rencontres d'AC sont une occasion privilégiée de constater qu'elles possèdent de précieuses ressources au plan individuel.

- Participante : [...] Au début, on n'a pas vraiment d'attentes puis, on soumet le problème puis, finalement, on est arrivé à élaborer quelque chose comme ça. C'est ...
- Participante : Wow
- Participante : Ça veut dire qu'on a beaucoup
- Participante : de ressources en nous. han!
- Participante : Exactement! C'est ce que j'allais te dire. Tu m'as enlevé les mots de la bouche. On le sait mais on ne sait pas comment.... (Gr. 1 : Ren 7, ln 454-469)

Cette prise de conscience sur leurs propres ressources amène aussi les participantes à mettre en perspective la réflexion à laquelle conduit l'AC plus largement au regard de leur pratique professionnelle.

***Conduit à une réflexion individuelle et de groupe sur sa pratique professionnelle pour mieux la comprendre***

L'AC conduit les participantes à réaliser une réflexion individuelle et de groupe sur leur pratique professionnelle pour mieux la comprendre. Il s'agit de la deuxième caractéristique de l'AC qui contribue à la réalisation d'apprentissages chez des infirmières de SAD. Dans certaines situations, la réflexion individuelle, menée dans les activités d'AC, a conduit des participantes à porter un regard nouveau sur des situations vécues antérieurement et qui s'étaient cristallisées avec le temps dans leur environnement de pratique. Ces mêmes participantes soulèvent que la réflexion n'est pas toujours facile à réaliser, particulièrement lorsqu'elle amène à briser une routine et à sortir de sa zone de confort.

Participant : On ne veut pas le croire. J'en avais parlé à X, je pense que ça fait 2 ans. Elle a répondu : « Oui, mais ça toujours été comme ça ». Là, les filles ne veulent pas savoir qui a amené l'idée parce que c'est désagréable et il faut réfléchir. C'est plus facile d'écrire une recette que de réfléchir à une situation (Gr. 1 : ren 8, ln 279-281).

Au-delà de sortir les participantes de leur routine et de leur zone de confort, l'AC donne aussi lieu à des moments de réflexion de groupe ou collective qui peuvent toucher les limites, les ressources et même les valeurs qui animent les participantes lorsqu'elles constatent des difficultés dans leur pratique clinique. C'est avec la réflexion menée collectivement que les participantes, globalement, arrivent à adopter différents angles d'analyse et à trouver, par exemple, la valeur la plus importante qui devrait guider leur agir professionnel. Ainsi, ce qui peut être une situation problématique sans solution se trouve parfois transformé en une occasion d'apprendre, notamment lorsque les participantes choisissent d'adopter une autre posture ou de changer de perspective.

Participant : Ce que j'ai aimé : c'est sûr que ça m'a fait réfléchir sur la situation. Ça m'a montré que des fois, je devais aller chercher mes réponses un peu plus loin que juste dans l'environnement immédiat. Ça soulève des choses. Ça m'a un peu déçue, pas de la façon où..., pas à cause des conseillères en éthique, c'est juste le principe qui vient de l'éthique. Nous, on est obligé de faire les soins, on essaie de *manager* autour

de ça, mais on n'a pas vraiment de contrôle sur... si la personne décide qu'elle ne veut pas ça, ne veut pas ça... C'est juste un peu décevant. Je comprends tous les principes qui entourent ça. Je vois une différence entre l'éthique vis-à-vis de la personne et l'éthique de la personne vis-à-vis les autres usagers. Il n'y a pas vraiment d'éthique en ce moment si on est obligé de voir une personne deux fois par jour parce qu'elle ne veut pas changer (Gr. 1 : ren 6, ln 36-43).

Selon les participantes, la réflexion à laquelle conduit l'AC contribue à renforcer la compréhension qu'elles ont de leur rôle professionnel en modifiant parfois le regard qu'elles posent sur certaines situations de soins qu'elles vivent. En discutant de leur rôle, elles reconnaissent également leur grande et importante responsabilité qu'elles doivent assumer individuellement dans leur pratique.

- Participante : Moi, ça m'a aidée à valider que, dans la situation, on est des professionnelles et, comme pivot, on a une grande responsabilité [...] (Gr. 1 : ren 5, ln 138-140).
- Participante : Oui [...] puis, on l'a la solution. C'est qu'il faut comme changer un peu notre façon de voir, puis essayer de voir pour que tout le monde soit bien là-dedans; que chacun soit respecté.
- Participante : À un moment donné, il faut choisir nos batailles, puis dire : je reste quand même dans mon rôle professionnel parce que je vais éviter l'infection, je vais absorber l'écoulement mais, en même temps, je respecte le choix de la cliente, sa volonté, puis on va juste comme mieux s'arrimer, puis mieux s'entendre. (Gr. 1 : ren 5, ln 182-186; 203-208)

Dans un autre ordre d'idées, selon des participantes, la réflexion personnelle constitue aussi une occasion d'amorcer une réflexion de groupe qui vise à s'interroger au regard de la pertinence de certaines décisions de gestion qui leur paraissent bien ancrées et parfois difficilement compatibles avec la pratique clinique. De plus, les participantes se positionnent comme des professionnelles dont la crédibilité prend racine dans une réflexion qui repose sur des fondements scientifiques. C'est ainsi qu'elles font valoir qu'elles peuvent, elles aussi, en quelques sortes, influencer les décisions qui ont des retombées sur leur pratique, dans ce cas-ci, avec l'exemple de la « Loi 90 », référant aux activités de soins qui peuvent être confiées à des proches-aidants ou encore à des aides-soignants.

- Participante : [...] ici tout est coulé dans le béton. On en a vu des patrons qui nous ont dit : il faut faire ça, il faut faire ça, il faut faire ça, ... tel a dit ça, il faut le faire, tel a dit ça, il faut le faire. Qui a dit ça?
- Participante : C'est vrai

- Participante : Mais, peut-être qu'ici, ils vont comprendre qu'on a réfléchi à la question et qu'on en est arrivé à ça... Tu sais, si on y a réfléchi; on a un consensus à plusieurs; ce n'est pas comme si une personne toute seule avait décidé quelque chose.
- Participante : C'est à ça aussi que ça va nous servir. Réfléchir justement plutôt que d'entrer dans un moule et de dire : Ok, c'est ça, la Loi 90; c'est ça. Ils ne se souviennent pas que c'est ça. On peut-tu y penser comme il faut en tant que professionnel? Se questionner, ça revient au côté scientifique (Gr. 1 : ren 10, ln 931-946).

Bien que l'AC conduise à la réalisation d'une réflexion qui puisse forcer des participantes à sortir de leur zone de confort et de leur routine, cette réflexion s'inscrit dans une démarche qu'elles souhaitent voir devenir pérenne. La réflexion, particulièrement réalisée en groupe, avec certaines modalités d'accompagnement, permet l'échange de différents points de vue sur une même situation ou un même problème, ce qui semble être apprécié par les participantes dont la pratique clinique en solo crée parfois un certain isolement professionnel.

- Participante : Moi, je veux juste dire que j'ai vraiment apprécié ce moment où on était comme obligé de s'arrêter et de réfléchir et aussi quand on avait des réunions inter souvent on ne s'est comme pas trop préparé. On a réalisé aussi que ça prenait... c'est aussi grâce à notre animateur, qui nous a aidées aussi et nous a permis de voir que c'est une belle façon de réfléchir à certaines problématiques. Nous, on aimerait ça continuer le projet et avoir des projets comme ça sur lesquels on peut travailler des problématiques venant de notre pratique (Gr. 1 : ren 9, ln 202-207).
- Participante : Ça nous faisait réfléchir de savoir les différents points de vue des autres sur un même sujet. (Gr. 1 : ren 10, ln 1662-1668).

Dans un même ordre d'idées, le partage de réflexions au sein du groupe d'AC permet aux participantes de mieux comprendre leur pratique professionnelle pour éventuellement l'améliorer.

Par la réflexion individuelle et de groupe, les participantes ont établi un dialogue entre elles au regard de problèmes rencontrés dans leur pratique. Ce dialogue leur a permis de passer d'une posture d'incompréhension à une posture d'explicitation, avec précision, de leur réalité. Au départ, les participantes arboraient une vision binaire à savoir qu'une situation clinique était « lourde » ou non. À titre d'exemple, dans l'un des groupes d'AC, avec le travail réalisé, les participantes sont devenues en mesure de décrire les motifs, les circonstances ou les raisons qui justifiaient où elles situaient plus exactement une situation clinique sur un continuum de complexité qu'elles ont créé.

« Ça m'a aidé à mettre des mots, pas seulement dire c'est complexe, complexe; mettre des mots sur c'est quoi exactement la complexité du cas. Parce que, comme on l'a dit souvent, ce qui peut nous paraître complexe, ça peut ne pas l'être pour quelqu'un d'autre [...] Avant, tu voyais que c'était lourd mais, qu'est-ce qui est lourd? Mais, là c'est précis » (Gr. 2 : ren 9, ln 93-95; 100-101).

Le fait de mieux comprendre et de mieux faire comprendre sa pratique en étant en mesure de mieux la décrire peut aussi apporter des changements dans cette dernière. D'ailleurs, des participantes relatent comment elles ont changé leur pratique pour l'améliorer. L'exemple qui suit illustre comment l'AC, au moyen de l'utilisation d'un outil développé en groupe, permet d'améliorer la pratique professionnelle, selon des participantes, en évaluant de manière systématique et structurée la situation de santé initiale du client en SAD.

« [...] C'est vrai que à la 1<sup>ère</sup> visite tu apprends à connaître ton patient, ta patiente. Tu vois : Ah! il y a ça, et... Mais, là, le fait d'avoir passé à travers tous ces points [dans l'outil], pour moi, ça apparaissait tout de suite [...] L'outil, on le connaît, moi, je le connais déjà par cœur. [...] Les repères, on les connaissait mais, cet outil est dans ma tête... Avant, je connaissais mais, cet outil, c'est vraiment... une structure. Moi, ça m'a encore validé que se rencontrer, discuter, y'a quelque chose de bien qui ressort de ça. On se doit de mettre en place quelque chose de... d'élaborer quelque chose à partir des données de tout le monde. C'est le laisser-aller parce qu'on est toujours sur une patte. On devrait prendre le temps de faire ça » (Gr. 2 : ren 9, ln 120-135).

À partir de ce même exemple, selon ces mêmes participantes, l'évaluation systématique et structurée serait aussi aidante pour arriver à mieux cibler les priorités de soins et également dépister les situations qui pourraient potentiellement conduire à des problèmes. Enfin, la réflexion ainsi menée individuellement et en groupe sur la pratique professionnelle, pour mieux la comprendre, constitue en soi un terreau fertile à la création d'un espace de partage valorisant le développement de relations égalitaires empreintes de respect et d'écoute.

### ***Crée un espace de partage valorisant le développement de relations égalitaires empreintes de respect et d'écoute***

De par la réflexion qu'il suscite, l'AC crée un espace de partage entre les participantes. Cet espace de partage valorise le développement de relations égalitaires empreintes de respect et d'écoute. Il s'agit ici d'une autre des caractéristiques de l'AC.

Participante : On a appris à se respecter, on a appris qu'on pouvait compter les uns sur les autres. C'est ce qu'on a appris. Cela nous enrichit (Gr. 1 : ren 10, ln 166-168).

L'espace de partage que crée l'AC procure un contexte, autre que la pratique quotidienne, dans lequel les participantes se permettent un temps d'arrêt pour échanger.

Participante : Ça nous permet de nous voir aussi dans un autre contexte. C'est différent du tourbillon quotidien; pris dans notre engrenage. De prendre un temps d'arrêt et d'aller chercher autre chose de chaque personne. Justement, apprendre à se connaître, à partager, dans un autre contexte (Gr. 1 : ren 7, ln, 491-494).

Ce temps d'arrêt permet aux participantes, selon elles, de briser l'isolement dans leur pratique professionnelle en ce sens qu'il leur permet de réfléchir à des problèmes rencontrés dans leur pratique et de constater qu'elles partagent une réalité semblable.

- Participante : Avant, on se sentait comme un peu plus isolée et, toute seule, tu ne vas pas partir en guerre et dire : ça, faudrait changer ça, ça et ça. La force du groupe fait en sorte que...

- Participante : on s'impose un temps, un temps pour arrêter. Je pense que ça fait du bien. Même si on parlait de détresse psychologique, je pense que ça, ça fait partie des stratégies justement pour être capable de ventiler, de prendre un temps de réflexion, et de dire : ok, on vit toutes la même chose, on a toutes les mêmes besoins. On s'en est même reparlé, moi et X. C'est le fun de se découvrir, comme personne, à l'extérieur de notre travail où on est toutes un peu sur les dents (Gr. 1 : ren 8, ln 311-322).

Par la démarche de réflexion en groupe que l'AC implique, les participantes perçoivent se sentir moins seules dans des situations ou des problèmes complexes que, normalement, elles doivent gérer en solo et ce, dans un contexte d'incertitude qu'elles qualifient de « zone grise ». Elles soulignent aussi que même si elles ne trouvent pas forcément une solution à tous leurs problèmes, le simple fait d'en parler constitue déjà une avancée.

À cet effet, l'analyse des données entourant la création de cet espace de partage met en évidence qu'en discutant de problèmes complexes qu'elles rencontrent dans leur pratique, les participantes ont également partagé entre elles plus particulièrement trois éléments : a) des inquiétudes et la pression ressenties; b) des informations, des connaissances et des ressources cliniques ainsi que c) des expertises et des expériences professionnelles.

**Partage des inquiétudes et de la pression ressenties.** Les données collectées et analysées ont mis plus spécifiquement en évidence que l'expérience d'AC vécue par les participantes leur a permis d'exprimer certaines de leurs inquiétudes. Non seulement les participantes ont partagé leurs inquiétudes, mais elles ont aussi pris conscience que certaines d'entre elles pouvaient également être présentes chez leurs collègues. Pour un groupe de

participantes, par exemple, les discussions tenues leur ont permis de prendre un pas de recul au regard de leur charge de travail (*caseload*) et de la pression qu'elles ressentaient lorsqu'elles ont constaté que leur réalité était similaire à celle de leurs collègues. Les rencontres d'AC ont contribué non seulement à partager leurs inquiétudes et la pression ressentie dans leur travail quotidien, mais aussi à mieux gérer le stress ou la charge mentale qui en découle et qui constitue parfois un poids pour elles.

Participant : « Moi, je trouve que juste le fait ... Tu sais des fois on est beaucoup dans notre *caseload* avec nos patients... Le fait de discuter avec les autres de la complexité, juste ça, ça m'a fait comme réaliser que je ne suis pas la seule. Ça m'a enlevé un poids de sur les épaules » (Gr. 2 : ren 10, ln 1503-1506).

Aussi, en partageant avec leurs collègues, certaines des participantes ont trouvé que d'autres de leurs collègues se montraient plus disponibles pour s'entraider. Le soutien, ou l'entraide entre les participantes, a été repéré, au moment de l'analyse des données, dans le partage d'informations, de connaissances et de ressources cliniques dénoté dans les échanges des participantes.

**Partage d'informations, de connaissances et de ressources cliniques.** Les données analysées mettent en valeur que chacune des participantes agit comme une ressource auprès du groupe à un moment ou à un autre et que le partage mis de l'avant avec l'AC permet de découvrir ces ressources de proximité. Les participantes verbalisent l'importance d'étendre ces échanges à des collègues de travail qui ne prennent pas part aux rencontres d'AC.

Participant : On va miser vraiment sur le partage de l'information, oui, avec notre dyade, mais [aussi] avec l'équipe de soir qui n'est peut-être pas super bien fait... puis on s'est dit que c'est vraiment cela la problématique des cas qui dérapaient finalement. Échanger aussi avec les autres infirmières. Nous, on s'est rendu compte, ici, dans nos 9 semaines, qu'on avait beaucoup de connaissances et d'expérience et que finalement on partageait ça ensemble [...] On a découvert que ce partage était super important et que finalement on pouvait retirer de chaque personne. (Gr. 1 : ren 9, ln 110-122).

Les données collectées révèlent des exemples précis de partage de ressources cliniques entre les participantes des groupes d'AC. Parmi ces exemples se trouvent : un formulaire d'évaluation initiale pouvant être utilisé au moment de l'ouverture du dossier d'un client en SAD; des exemples de plans thérapeutiques infirmiers (PTI) en SAD ainsi que des références professionnelles sur les plans de soins infirmiers en SAD.

Toutefois, le simple fait de rassembler des informations et des ressources et de les partager, ou de les mettre en commun, ne semble pas suffisant en soi pour qu'elles soient utiles dans la pratique. En effet, les rencontres d'AC ne soutiennent pas seulement l'échange d'informations ou de ressources cliniques, mais elles permettent aussi un temps de traitement de celles-ci, qui se veut essentiel, afin d'en prendre connaissance, de les résumer, de les discuter, de les critiquer ou encore de les classer. C'est en traitant l'information que celle-ci prend un sens pour la pratique en SAD, selon les participantes. Enfin, à ce partage d'informations, de connaissances et de ressources cliniques s'ajoute aussi le partage d'expertises et d'expériences professionnelles.

**Partage d'expertises et d'expériences professionnelles.** Les rencontres d'AC constituent une occasion de découvrir et de reconnaître la richesse des expériences et des expertises humaines, qui autrement, sont susceptibles de passer inaperçues, faute de temps pour les partager dans un contexte de pratique clinique en solo.

Participant : Ça nous rapproche et on donne toute notre expertise. [...] Tout le monde pourrait en bénéficier [...] Il faut juste avoir le temps, il faut prendre le temps (ren 10, ln 1380-1385).

L'extrait suivant soutient comment l'une des participantes reconnaît la pertinence et la richesse, comme ressource, de l'expérience et de l'expertise d'une autre de ses collègues qui participe elle aussi aux rencontres d'AC. Par conséquent, les ressources que peuvent utiliser les participantes ne sont pas toujours de nature clinique ou sur un support matériel.

Participant : On ne pourrait pas ajouter, à quelque part, nos collègues infirmières, aussi? On est dans un environnement d'apprentissage collaboratif. Parce qu'on a des belles ressources, justement. Moi, depuis que je suis en soutien à domicile, souvent, je pose des questions à X parce que je sais qu'elle a une grande expérience. Ça fait que ça tu sais, c'est riche aussi (ren 6, ln 687-697).

Le partage d'expertises et d'expériences est aussi perçu par les participantes comme pouvant faire en sorte d'optimiser leur temps de travail, surtout lorsqu'un même client est visité par plus d'une participante au groupe d'AC.

Participant : Juste avoir un cas comme ça, tu te rends compte qu'ensemble toutes les gens qui doivent aller là, puis là, même si tu prends le *briefing* de 30 minutes. Il y en a peut-être une qui est plus habituée et qui a moins difficulté à aller là, bien elle peut peut-être un peu donner à tout le monde ses trucs et ses façons de fonctionner avec

cette patiente. Ce qui va faire que tu ne perdras pas 2 heures en allant là mais, peut-être juste 1 heure (Gr.1 : ren 10, ln 1530-1535).

En contribuant à la création d'un espace favorable au partage, l'AC permet aux participantes d'échanger au regard de leurs inquiétudes et de la pression qu'elles ressentent dans leur pratique ainsi que des informations, des connaissances et des ressources cliniques dont elles disposent. De plus, elles peuvent aussi partager différentes expériences et expertises avec des collègues, toujours en lien avec leur pratique professionnelle. L'ensemble de ces différentes formes de partage fait en sorte que l'AC contribue également à améliorer la communication dans un contexte professionnel.

En effet, au cours des rencontres d'AC, les participantes ont soulevé l'importance, le défi et surtout le besoin de développer et d'améliorer la communication, tant au sein de l'équipe de soins qu'entre la clientèle et les intervenants. Elles ont souligné que l'AC peut répondre à ce besoin. En effet, étant donné la discussion et la réflexion en groupe, les participantes arrivent à comprendre des problèmes de nature particulièrement complexe. En ce sens, les participantes déplorent aussi en temps normal l'inexistence de communication fréquente entre les professionnels de l'équipe de soins. Ainsi, l'AC, par l'espace de partage qu'il crée, met en lumière une retombée en ce qui a trait au développement et à l'amélioration de la communication. Il permet aussi un échange de points de vue et de réflexions. L'extrait suivant témoigne d'un exemple de ce résultat.

Participant : C'est vraiment en partageant ensemble qu'on y arrive [à trouver des solutions]. Il faut vraiment sortir de nos bureaux et communiquer. Même parfois, seulement pour valider ce qu'il y a dans ma tête, voir ce que l'autre en pense. Elle apporte aussi quelque chose, soit en validant ou [en apportant] une autre perspective de réflexion (Gr. 1 : ren 10, ln 47-51).

Aussi, selon les participantes, le fait de communiquer entre elles fait en sorte qu'elles agissent davantage de manière concertée dans leur interaction avec la clientèle dont la relation thérapeutique implique parfois des difficultés. En ce sens, l'espace de partage que crée l'AC fait aussi en sorte, de par la communication qu'il implique dans l'interaction, de favoriser la création de liens et le développement de relations égalitaires empreintes de respect et d'écoute.

Dans un même ordre d'idées, selon les participantes, la création de liens et de relations s'est opérée graduellement. Certaines des participantes ont témoigné que les rencontres d'AC leur avaient d'abord permis de cesser d'éprouver de la méfiance envers leurs collègues qui

participaient elles aussi au groupe d'AC. Puis, au fil du temps, en prenant chacune leur place, elles ont appris à se connaître mutuellement en tissant des liens dans l'écoute et le respect mutuels, en dehors de la routine du travail, par le partage d'expériences ayant comme dénominateur commun le contexte de pratique en SAD.

Participant : Mais, ça, tu sais, ça, ça vient tout seul parce que regarde toi-même tu viens de le nommer : tu étais peut-être moins à l'aise avec moi. Finalement, tu vois. On s'est découvert une espèce de lien, de respect, d'écoute. Cela, je pense que ça vient même si on ne se connaît pas au départ. Je pense que c'est ça qui fait la beauté du groupe ici. On avait le côté commun que nous sommes toutes infirmières en soutien à domicile, on se croise dans les corridors. Sinon, on n'a pas d'autres liens et on a réussi à les créer. [...] Nous avons appris à nous connaître en dehors de notre travail quotidien; notre routine quotidienne. [...] C'était agréable de partager. Ça développé des liens (Gr. 1 : ren. 10, ln 33-39; 214-219).

Selon les participantes, les rencontres d'AC ont aussi contribué au développement de relations égalitaires entre les collègues de travail. En ayant appris à mieux connaître certaines de leurs collègues dans les rencontres d'AC, des participantes, même en dehors des rencontres d'AC, utilisent ces liens et ces relations égalitaires, qui se sont développés, pour consulter des collègues – afin de bénéficier de leur expérience et de leur expertise – par rapport à des situations qu'elles rencontrent dans leur pratique clinique et pour lesquelles elles souhaitent recevoir du soutien.

Participant : « Ça m'a permis de créer... Maintenant, je la connais mieux. J'y vais maintenant directement [lui poser des questions quand je ne sais pas quoi faire], je ne me pose pas de questions. J'y vais comme elle, comme elle, comme d'autres aussi. J'y vais directement et je me dis : on est d'égal à égal » (Gr. 1 : ren 10, ln 125-127).

Certaines des participantes ont aussi projeté des retombées à long terme, comme la consolidation de l'esprit d'équipe, que pourraient avoir des rencontres d'AC en continu.

- Participant : Oui, je trouve que des rapports comme ça à long terme ça pourrait aussi aider à l'esprit d'équipe et tout ça.
- Participant : Ouais
- Participant : Ramener l'esprit d'équipe... qui s'est perdu depuis un bout de temps.
- Participant : Il y a eu ascension, il y a eu un petit... on n'était pas trop trop sur une constellation montante avant ce projet-là! Tu sais? (Gr.2 : ren 10, ln 1517-1523).

Le développement de relations égalitaires empreintes de respect apparaît aussi comme étant à la base des échanges et de l'entraide entre les participantes. Ce respect donne droit en quelques sortes à l'erreur, en ce sens que les participantes se sentent à l'aise d'exprimer une idée individuelle qui, nécessairement, se peaufinera ou se précisera au fil du temps. Le dialogue

empreint de respect permet de clarifier ces idées et apporte un éclairage nouveau qui, à son tour, devient une source de valorisation pour les participantes. Le dialogue en groupe, qui est à l'origine d'un processus de coconstruction, est reconnu en soi comme un des apprentissages émanant de l'expérience vécue de l'AC.

Participante : Oui, on a appris à travailler avec le respect, l'entraide. Toutes on a donné nos idées. C'était un peu tout croche, mais en parlant on s'est tout démêlé mais on a toujours gardé le respect. Pour moi, comme personne, c'est tellement valorisant (Gr. 1 : ren 7, ln 488-490).

En résumé, l'espace de partage que crée l'AC valorise la création de liens et le développement de relations égalitaires empreintes de respect et d'écoute entre les participantes. Les échanges qu'elles ont entre elles font également en sorte qu'elles s'unissent afin de trouver des solutions concrètes aux problèmes qu'elles rencontrent dans leur pratique clinique.

### ***Orienté vers une recherche collective de solutions pragmatiques aux problèmes rencontrés dans la pratique***

L'AC oriente en effet les participantes vers une recherche collective de solutions pragmatiques aux problèmes qu'elles rencontrent dans la pratique. Il s'agit d'une autre de ses caractéristiques mises de l'avant dans les propos des participantes. Dans les rencontres d'AC, les participantes ont affirmé que la recherche collective de solutions aux problèmes rencontrés dans la pratique ne nécessite pas toujours d'inventer une nouvelle façon de faire, mais plutôt de travailler sur « le comment » certaines connaissances ou certains savoirs peuvent être appliqués ou adaptés au contexte de la pratique infirmière en SAD, pour avoir du sens, à leurs yeux.

Participante : « Le temps qu'on lisait, je la relisais aussi, puis j'avais comme l'impression, il me semble qu'on n'a rien inventé. J'avais l'impression que c'est quelque chose qu'on fait d'emblée. Mais, après, je me suis comme saisie puis, je me suis dit : Ok, non, on n'a rien inventé mais on l'a contextualisé ensemble dans notre pratique; on l'a concrétisé » (Gr. 1 : ren 9, ln 352-355).

Les participantes font également ressortir que la synergie du groupe d'AC constitue une force, d'une part, en palliant à différentes situations perçues comme fragilisant le SAD. Parmi ces situations, elles mentionnent, par exemple, l'absence-maladie de certaines des collègues. D'autre part, elles soulignent aussi que l'AC consolide l'esprit d'équipe en SAD. La force ainsi

créée par le groupe d'AC donne l'espoir aux participantes d'arriver à trouver des solutions, par elles-mêmes, aux problèmes qu'elles rencontrent dans leur pratique.

Participante : « Je pense que d'avoir un groupe d'apprentissage collaboratif ça crée une force [...]. Je pense qu'avec cette force on va être capable... parce que toute seule... ça n'a pas débouché mais, là, en groupe, je le vois comme une force pour trouver des solutions à nos problèmes. » (Gr.2 : ren 10, ln 903-906).

De plus, les rencontres d'AC ont fait réaliser aux participantes que leurs différences individuelles ne constituent pas un obstacle pour travailler en groupe sur un même problème afin d'y trouver une solution. Au contraire, elles soutiennent que malgré leurs différences, elles se rejoignent les unes les autres. Non seulement, elles se rejoignent entre elles, mais elles se sentent également plus au cœur de l'action. Elles se considèrent comme des actrices d'avant-scène, qui sont les mieux placées, pour trouver des solutions pertinentes aux problèmes qu'elles vivent au quotidien dans leur pratique. C'est entre autres ce que leur confère les rencontres d'AC.

Participante : Moi, je vais te dire parce que c'est nous qui sommes dans le vif du sujet. Nous on l'a bâti [l'outil] comme nous on voyait où était notre problématique [dans la gestion de la complexité et de la charge de travail]. Moi, je nous ai vues nous faire imposer une feuille de fiche de plaie [...]. Si cette feuille avait été bâtie avec une meilleure collaboration dans un groupe comme ici, l'outil serait probablement plus adéquat et on s'en servirait mieux (Gr. 2 : ren. 10, ln 1782-1784; 1788-1790).

D'ailleurs, à cet égard, certaines des participantes soutiennent que le travail de co-construction qu'elles ont réalisé dans les groupes d'AC, en fonction du problème sur lequel elles ont choisi de réfléchir ensemble, a des répercussions tangibles dans leur pratique. Elles disent intégrer, dans leur pratique, des solutions qu'elles ont trouvées ensemble.

- Participante : La semaine passée, je l'ai fait [la participante montre une de ses grilles de repères de complexité remplie]. Un bon nombre d'entre nous l'a fait aussi. On a pu vraiment voir que ce n'était pas long. C'est tellement facile! Depuis que je l'ai fait, c'est comme un automatisme. Si tu la laisses [la feuille des repères de complexité remplie] dans ton PTI comme X l'a mentionné et que tu t'absentes, si tu as pris la peine de la remplir, bien l'ASI va voir : c'est impossible [d'envoyer] une auxiliaire à ce moment-là ou qu'est-ce qu'on peut enlever; on peut prioriser ce patient parmi tous les autres. On a une même base pour comparer. Il faut juste se donner la peine de la regarder, de la consulter. Pour tout le monde. Pas long à remplir.
- Participante : Non, vraiment pas long et utile (Gr. 2 : ren 10, ln 1203-1209).

Enfin, le fait de se sentir partie prenante dans la recherche collective de solutions concrètes et utiles pour la pratique, c'est-à-dire pragmatiques, s'inscrit également de pair avec un sentiment de réalisation et d'accomplissement de soi.

### ***Suscite un sentiment de réalisation et d'accomplissement de soi***

En arrivant à résoudre des problèmes dans leur pratique clinique, ou plus largement en ayant la perception d'améliorer cette dernière, les participantes se sentent valorisées par les résultats ou les retombées qui découlent du travail réalisé en groupe d'AC. En ce sens, l'AC suscite un sentiment de réalisation et d'accomplissement de soi. Il s'agit ici d'une autre de ses caractéristiques. En effet, les participantes au groupe d'AC éprouvent ce sentiment de réalisation et d'accomplissement de soi à différents égards, que ce soit, par exemple, par leur apport à la construction d'un outil utile dans la pratique. L'AC apporte la perception aux participantes de vivre une réussite de par la valeur qu'elles accordent à ce qu'elles ont cocréé ou coconstruit en groupe. La valorisation provient également de l'apport potentiel de ce travail de co-construction à leurs collègues de travail, en dehors du groupe d'AC.

À cette valorisation ressentie, les participantes expriment également une fierté par rapport aux résultats obtenus dans leur pratique, par exemple, avec leur participation aux rencontres d'AC. Elles prennent conscience qu'elles sont capables de trouver des solutions à un bon nombre de problèmes qui leur semblent parfois, au premier regard, flous, vastes et complexes.

Participant : « [...] j'ai trouvé le fun de voir où est-ce qu'on s'est rendu en partant de cette situation ... de partir de quelque chose de vraiment large, puis d'en arriver ici avec quelque chose qui tient sur une page et qui va nous éviter plein de problèmes! Je suis vraiment fière de notre travail » (Gr. 1 : ren 9, ln 418-421).

Le sentiment de réalisation et d'accomplissement de soi s'inscrit à la fois dans une vision qui se veut rétrospective et prospective. En posant un regard sur leur expérience vécue d'AC, les participantes prennent conscience de l'apport de l'AC à leurs apprentissages et plus largement à leur développement professionnel susceptible d'en découler.

Participant : « Moi, ça m'apportait beaucoup [les rencontres d'AC]. On a ouvert notre esprit. On a grandi. On s'est connu. On a appris » (Gr.1 : ren 10, ln 897-898).

Elles réalisent également la valeur de leurs différentes expertises réunies pour continuer d'avancer le processus de coconstruction qu'elles ont amorcé en poursuivant leur participation à ces rencontres d'AC. À titre d'exemple, dans un groupe d'AC, certaines des participantes anticipaient déjà la suite des rencontres d'AC, après la recherche, alors qu'elles voulaient travailler sur l'utilisation optimale du PTI, toujours dans un contexte de SAD.

Participant : On est capable de faire de très grandes choses quand tout le monde est ensemble, qu'on a l'expertise et que les gens sont motivés. On peut avancer, on peut aller loin. Ça peut être surprenant. On peut en être fières! (Gr. 2 : ren 10, ln 1409-1411).

En résumé, les résultats de cette recherche collaborative ont permis d'identifier cinq caractéristiques de l'AC qui ont contribué à la réalisation d'apprentissages chez des infirmières de SAD. Ces caractéristiques, bien qu'elles aient été présentées de manière séquentielle, les unes à la suite des autres, sont étroitement interreliées, évolutives et dynamiques, étant donné qu'elles s'inscrivent dans un processus d'apprentissage. À titre d'exemple, pour créer un espace de partage, les participantes doivent d'abord, au plan individuel avoir une motivation à apprendre pour améliorer la qualité des soins et réfléchir personnellement et en groupe sur leur pratique professionnelle. De plus, le partage réalisé au cours des différentes rencontres les amène à développer des relations égalitaires à partir desquelles, ensemble, elles s'orientent, en groupe, dans une quête de sens, soit la recherche collective de solutions pragmatiques aux problèmes rencontrés dans leur pratique en SAD. L'ensemble de cette démarche d'AC, et les résultats qui en découlent, les conduit à éprouver un sentiment de réalisation et d'accomplissement de soi. Les caractéristiques de l'AC ayant été décrites, il importe de présenter globalement la nature des apprentissages qu'ont réalisés les participantes au cours des rencontres d'AC. La section suivante y est dédiée.

### **Nature des apprentissages réalisés**

À travers l'expression d'un sentiment de réalisation et d'accomplissement de soi, les participantes aux rencontres d'AC affirment que l'AC contribue à leur DPI en ce sens qu'il constitue, pour elles, une manière de répondre aux exigences contemporaines de la pratique, par la réalisation d'apprentissages utiles pour cette dernière.

Participant : Si on est dans nos bureaux et que ça fait 15, 20, 25 ans qu'on a fait notre cours, la science a changé, la façon de soigner le monde a changé, le milieu clinique a changé. Pour moi, ça me renouvelle [l'AC] (Gr. 1 : ren 10, ln 680-683).

Tout au long des rencontres d'AC, les participantes disent avoir réalisé des apprentissages. L'analyse des données collectées lors de ces rencontres ainsi qu'au moyen des fiches d'AC a permis d'identifier plus précisément certains de ces apprentissages qui consistent: (a) à développer un vocabulaire pour exprimer ce qui est vécu et ressenti dans la pratique clinique auprès des collègues et de la clientèle qui présente des problèmes ou des situations de vie complexes; (b) à élaborer ou à utiliser adéquatement des outils d'évaluation et de communication comme le PTI ou encore (c) à repérer une situation de soins complexes dans un contexte de SAD et à procéder de manière structurée et systématique à son évaluation. Les paragraphes qui suivent servent à expliciter davantage ces apprentissages réalisés.

### ***Développer un vocabulaire professionnel et exprimer ce qui est vécu et ressenti dans la pratique clinique***

À différents moments dans les rencontres d'AC, les participantes ont été invitées à faire part des apprentissages qu'elles souhaitaient réaliser et à expliciter les apprentissages qu'elles avaient réalisés le cas échéant. L'un des apprentissages qu'elles disent avoir réalisés concerne la communication des situations de soins qu'elles qualifiaient comme étant « difficiles ». Plus précisément, comme en témoigne l'extrait suivant d'une fiche d'AC, les participantes ont appris à « communiquer de façon claire et précise pour favoriser l'implication de tous les intervenants » (Gr. : 1, Participante 5).

À cet égard, l'analyse des données met en lumière que cet apprentissage s'est réalisé de différentes façons. Premièrement, les participantes disent avoir appris à identifier leurs émotions au regard de ce qu'elles vivent et ressentent dans leur pratique clinique et à exprimer verbalement ces émotions.

Participant : « [...] Ce qui nous a aidés, c'est de nous ouvrir parce que vous [l'animateur] avez mis des mots sur nos maux. On a mal où? Puis on a su [appris] comment ça s'appelle ça. On a appris un vocabulaire, on a appris à réfléchir comme professionnel, pas comme une personne inquiète de quelque chose » (Gr. 1 : ren 10, 144-146).

Des participantes rapportent qu'en ayant appris à mieux communiquer au sein du groupe d'AC, elles se sentent mieux outillées pour faire preuve d'authenticité et d'honnêteté lorsqu'elles sont en relation avec une clientèle aux prises avec un problème de santé ou une situation de vie complexe.

Participante : Aujourd'hui, j'ai vu une madame qui était fâchée avec [contre] moi parce qu'elle dit : « Regarde, tu viens me dire des choses nouvelles que personne ne m'a déjà dit. » Tu vois, ça donne une ouverture. T'assume ce que tu as appris (Gr. 1 : ren 10, ln 678-680).

Le fait d'apprendre à communiquer, particulièrement dans des contextes difficiles, constitue pour les participantes, une forme d'occasion où elles font preuve de leadership professionnel.

Participante : « Madame, j'ai lu et on ne pourrait pas... on va nuire à votre plaie. » Ça, c'est démontrer du leadership professionnel; on ne peut pas inventer des histoires non plus (Gr. 1 : ren 4, ln 295-300).

Les participantes réalisent également qu'elles vivent toutes individuellement ce genre de situations où elles ressentent une pression d'intervenir avec professionnalisme dans des situations qu'elles trouvent particulièrement délicates et difficiles.

Participante : On est aussi arrivé au consensus qu'on est toutes toute seule mais qu'on vit les mêmes inquiétudes, la même pression, qu'on a toutes besoin d'apprendre comment parler dans une situation problématique ou instable ou quand on a la pression du client, notre responsabilité comme professionnelle, la famille et aussi les rendements qu'il faut apporter. On a appris qu'on était toute seule mais qu'on vit toutes la même pression et qu'on peut apprendre (Gr. 1 : ren 2, ln 18-22).

En plus de développer leur vocabulaire commun pour s'exprimer de manière professionnelle à partir de leur pratique, des participantes ont indiqué que cet apprentissage était aussi étroitement lié à un autre de leur apprentissage qui concerne l'élaboration ou l'utilisation adéquate d'outils d'évaluation et de communication.

### ***Élaborer ou utiliser adéquatement des outils d'évaluation et de communication***

L'analyse des données des fiches d'AC révèle que des participantes au groupes d'AC ont appris – à « mieux travailler quotidiennement avec le PTI » (Gr. : 1, participante 4) dans leur pratique. À cet égard, des participantes ont cherché des modèles de PTI entre autres sur internet ainsi que dans des manuels de référence. Dans cet exercice de repérage d'outils de référence, qu'elles ont réalisé de leur propre chef en dehors des rencontres d'AC, les

participantes ont reconnu que l'AC soutient leur engagement à faire preuve d'initiative en recherchant notamment, de manière proactive et autonome, des ressources susceptibles de les soutenir dans leur DPI. De plus, toujours selon les participantes, le fait de rechercher des ressources constitue en soi une occasion d'apprendre. C'est ce qu'illustrent les propos qui suivent :

- Participante : Les ressources, on ne les connaissait pas avant. Maintenant, on les connaît. On est capable...
- Participante : On serait capable d'aller chercher des ressources. [...]
- Participante : La documentation aussi. On est allé chercher la documentation. Moi, c'est quelque chose que j'aime beaucoup.
- Participante : C'est sûr qu'aller chercher des informations nous-même ça nous prend du temps. En même temps, oui et non, ça me fait apprendre, ça m'oblige à apprendre (Gr. 1 : ren 10, ln 837-842; 872-874).

À partir des résultats de leur recherche en lien avec le PTI, des participantes ont également discuté de l'utilisation (ou de la non utilisation) qu'elles faisaient du PTI et de celle qu'elles devraient faire pour l'utiliser de manière optimale.

Les participantes ont aussi appris, dans les rencontres d'AC, l'importance de « bien connaître les attentes de chaque partie » et de « développer des stratégies ou des outils pour gérer des situations complexes en tant qu'équipe » (Fiche d'AC, Gr. : 1, participante 5). À ce sujet l'un des groupes d'AC a effectivement poursuivi une démarche en ce sens. Dans cette démarche, les participantes se sont dotées d'un vocabulaire commun ainsi que d'un outil de soutien à leur pratique leur permettant de mieux décrire ce qu'elles définissent être une situation de soins complexes qu'elles rencontrent régulièrement dans leur pratique et qu'elles sont appelées à évaluer avant d'intervenir.

Participante : Oui. Incompréhension. Quand tu dis à quelqu'un : c'est lourd. Là, on a comme un petit outil pratique [qu'on a construit dans notre groupe d'AC] pour dire : voici pourquoi je dis que c'est complexe. C'est comme si on arrivait à trouver une façon de dire ou de faire comprendre notre incompréhension (Gr. 2 : ren 10, ln 1259-1260; 1397-1400).

D'ailleurs, certaines des participantes ont fait ressortir que les rencontres d'AC ont été l'occasion pour elles d'apprendre à repérer rapidement et à procéder de manière structurée et systématique à l'évaluation d'une situation de soins complexes dans un contexte de SAD.

***Repérer rapidement une situation de soins complexes dans un contexte de SAD et procéder de manière structurée et systématique à son évaluation***

En prenant part à un groupe d'AC, les participantes ont saisi l'occasion de s'exprimer sur des situations qu'elles rencontrent dans leur pratique, mais pour lesquelles elles ont peu la chance d'échanger avec leurs collègues dans leur quotidien, étant donné leur contexte de pratique en solo. Ces situations concernent particulièrement ce qu'elles nomment des « situations de soins complexes » ou des « cas complexes ». D'ailleurs, concernant ces situations, elles ont souligné avoir appris – « des trucs d'autres collègues » (Gr. : 2, participante 11) afin de « développer des stratégies leur permettant de performer et de bien répondre aux besoins des patients » (Gr. : 2, participante 7).

Pour arriver à repérer et à procéder de manière systématique à l'évaluation de ce type de situations, à titre d'exemple, dans l'un des groupes d'AC, en travaillant pour identifier des repères de complexité pour la clientèle suivie en SAD, des participantes ont remarqué que leurs discussions et leurs réflexions les conduisaient justement à évaluer différemment certaines situations cliniques qu'elles rencontrent dans leur pratique. En ce sens, elles disent avoir appris à réaliser des évaluations plus exhaustives et plus structurées ainsi qu'à identifier plus rapidement des situations potentiellement complexes ou à risques de le devenir, comme en témoigne le verbatim qui suit :

- Participante : Au niveau de l'apprentissage, quand je reçois un nouveau patient, on dirait que tout ça se clarifie plus aussi. C'est quelque chose que j'ai remarqué [...]
- Participante : Je sais déjà plus que c'est une situation complexe ou non.
- Participante : [...] Comme hier, j'ai reçu une nouvelle référence pour un patient. Évaluer l'état moteur et la confiance dans la médication. J'ai été voir l'ASI. Ah! l'état moteur je peux-y aller dans 2-3 semaines. Elle a dit : vas-y, il est dépressif puis, 2<sup>e</sup> ok, c'est parce que là, la confiance à la médication, ok, c'est juste qu'il est dépressif, est-ce que c'est un problème de santé mentale non diagnostiqué, est-ce que c'est de la démence. [...] C'est un monsieur qui était à l'hôpital il n'y a pas longtemps. On dirait que déjà là : ok, ça va être plus lourd que mettons j'ai un soin de plaie ... Un nouveau patient que j'ai eu la semaine passée. Soins de plaie 1 fois semaine. J'arrive là, une plaie presque entièrement guérie. Y faut se faire confiance.
- Participante : C'est intégré dans ma pratique. Ça fait des évaluations plus efficaces. (Gr. 2, ren 9, ln 319-336).

Pour résumer cette partie des résultats, les participantes, se sont d'abord dotées d'un vocabulaire commun afin de s'exprimer et de se comprendre, par la suite, ensemble et ultimement avec leur clientèle. À travers ce souci de vouloir mieux communiquer, elles ont appris à utiliser judicieusement certains outils – comme le PTI – ou encore à les élaborer. Enfin, elles soulignent aussi, pour certaines d'entre elles, avoir appris à repérer et à procéder de manière structurée et systématique à l'évaluation de situations de soins complexes en SAD. Néanmoins, les apprentissages réalisés ne constituent pas en soi une finalité au regard des résultats de cette recherche. Ils s'inscrivent plutôt dans un processus qui se veut évolutif et itératif.

### **L'AC : un processus évolutif et itératif**

Cette recherche collaborative a permis de mettre en évidence cinq caractéristiques de l'AC qui contribuent à la réalisation d'apprentissages chez des infirmières en SAD. Ces caractéristiques de l'AC, identifiées à la lumière de l'analyse thématique des données recueillies, s'articulent au centre de trois éléments contextuels qui les entourent et qui sont: (a) le rapport au temps; (b) le soutien du gestionnaire ainsi que (c) l'accompagnement du groupe d'AC dans la réalisation des activités d'AC.

Les résultats de la recherche mettent aussi en évidence que les caractéristiques de l'AC s'inscrivent dans un processus ordonnancé qui se veut évolutif et itératif. Toutefois, avant d'arriver à la participation à un groupe d'AC, ce dont les résultats témoignent, c'est que certains éléments contextuels peuvent influencer la motivation des infirmières de SAD. Dans cette recherche-ci, le rapport au temps, le soutien du gestionnaire de même que l'accompagnement du groupe d'AC ont influencé les participantes, en suscitant leur motivation à apprendre pour améliorer la qualité de soins. Cette motivation à apprendre constitue le point d'origine de ce processus évolutif et itératif qui correspond à la première caractéristique de l'AC à savoir qu'il exige une motivation à apprendre pour améliorer la qualité des soins. En ayant la motivation à apprendre pour améliorer la qualité des soins, les participantes entament une réflexion individuelle et de groupe à partir de laquelle elles identifient un problème ou un sujet pertinent pour leur pratique et qui est d'intérêt pour l'ensemble des participantes du groupe d'AC. Elles créent autour de cet intérêt un espace de partage qui valorise le développement de relations égalitaires empreintes de respect et d'écoute. C'est la création de cet espace de partage et le

développement de relations égalitaires empreintes de respect et d'écoute qui orientent les participantes du groupe d'AC vers une recherche collective de solutions pragmatiques aux problèmes rencontrés dans la pratique.

À travers cette recherche collective de solutions, les participantes partagent, organisent et traitent des informations et des connaissances, discutent de valeurs et de responsabilités professionnelles et posent un regard critique contextualisé sur leur pratique. C'est à partir de ce partage et de ces discussions que s'amorcent leurs apprentissages qui s'enracinent dans leur pratique et qui répond à des besoins de DPI qu'elles ressentent. Les apprentissages réalisés de même que la coconstruction inhérente à la recherche collective de solutions pragmatiques aux problèmes rencontrés dans la pratique suscitent un sentiment de réalisation et d'accomplissement de soi, lequel entretient la motivation des participantes à apprendre pour améliorer la qualité de soins. La Figure 3 (p. 134) illustre le processus d'AC d'infirmières de SAD en milieu clinique.

En somme, les caractéristiques de l'AC et les éléments contextuels sont interdépendants, étroitement interreliés et en interaction les uns avec les autres. Ensemble, ainsi qu'avec chacune des expériences, des expertises et des caractéristiques des participantes, à l'intérieur d'une dynamique de groupe, ils conduisent à la réalisation d'apprentissages. Ces résultats font l'objet d'une discussion dans le chapitre suivant.

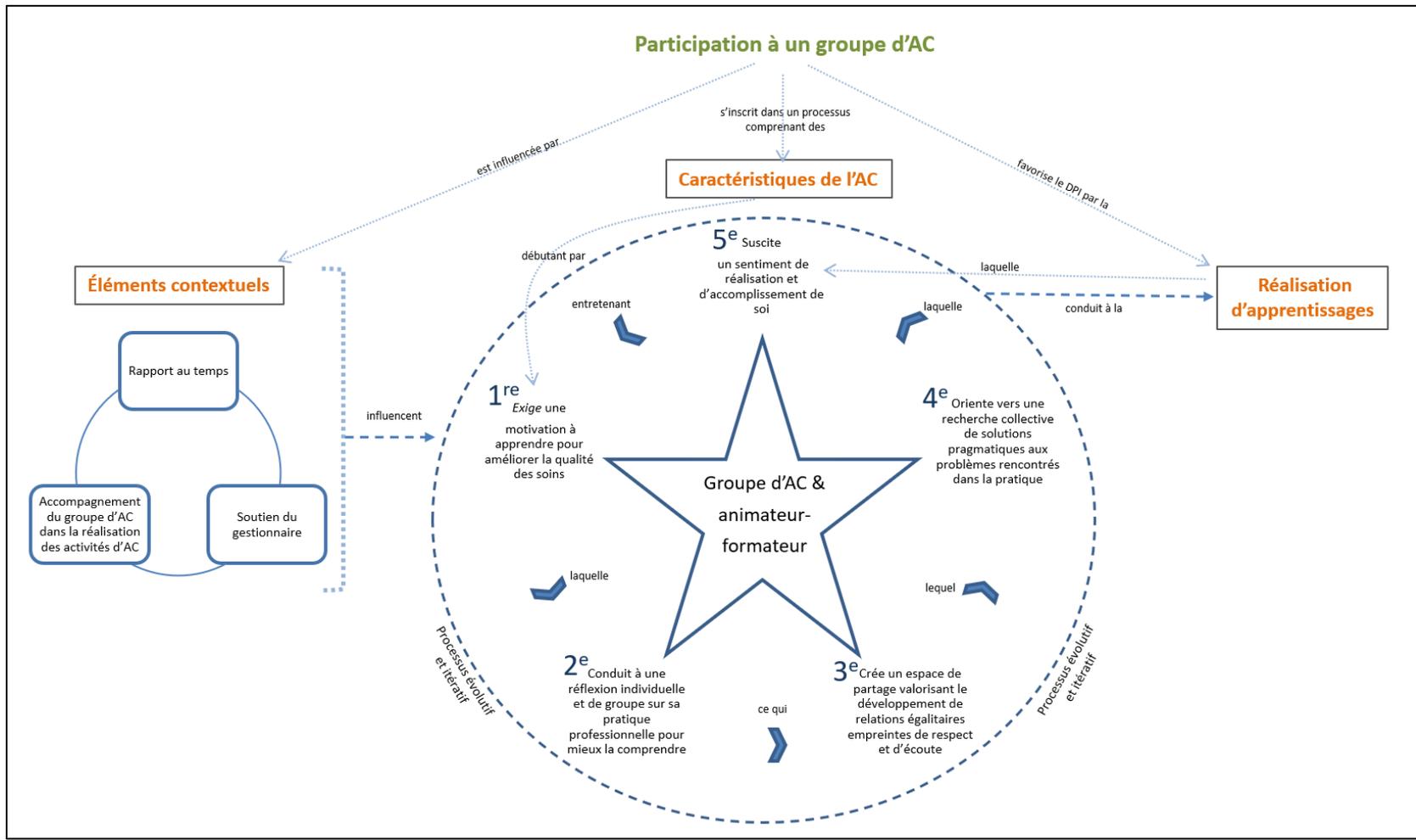


Figure 3. Processus d'apprentissage collaboratif (AC) d'infirmières de soutien à domicile (SAD) en milieu clinique

## **Chapitre 5 : Discussion**

Ce dernier chapitre de la thèse est consacré à la discussion des résultats qui se présente en quatre temps. Premièrement, les apports conceptuels et empiriques de l'étude sont explicités. Deuxièmement, les apports des postulats de la recherche collaborative à l'AC sont présentés. Dans un troisième temps, les limites de l'étude sont discutées. Dans un quatrième temps, les retombées et les recommandations de l'étude sont abordées en matière de développement professionnel infirmier (DPI) en soutien à domicile (SAD), au moyen de l'apprentissage collaboratif (AC), puis de manière plus globale pour la profession infirmière. Enfin, une conclusion générale clos ce chapitre et la thèse.

### **Apports conceptuels et empiriques**

En étant interreliés les uns aux autres, les caractéristiques de l'AC, qui contribuent à la réalisation d'apprentissages chez des infirmières de SAD, de même que les éléments contextuels, qui influencent leur participation à des groupes d'AC, s'inscrivent dans un processus évolutif et itératif. Ils témoignent également de l'importance de réfléchir ensemble pour apprendre et attestent « du comment » l'AC peut s'actualiser en milieu clinique dans une perspective de DPI socioconstructiviste. C'est dans cette optique que, dans un premier temps, cette partie de la discussion est orientée sur cette importance de réfléchir ensemble pour apprendre. Puis, dans un deuxième temps, elle sert à poser un regard plus métacognitif sur comment les éléments contextuels identifiés dans cette recherche en lien avec l'AC en tant que processus itératif. Enfin, dans un troisième et quatrième temps, des propositions modifiées de la définition de l'AC ainsi que du modèle combiné sont présentées en lien avec les résultats de cette recherche.

### **Le cœur de l'AC : réfléchir ensemble pour apprendre**

Pris dans leur globalité, les caractéristiques de l'AC sont unies entre elles par la réflexion. Cette dernière est amorcée tôt par les participantes, dans les activités d'AC, et se poursuit au fil des rencontres d'AC. Même si cette réflexion est parfois individuelle et, à d'autres moments, collective, c'est néanmoins dans le réfléchir ensemble que s'enracine le cœur du processus d'AC. La réflexion transcende le processus d'AC. Le groupe dans lequel se réalise la

réflexion constitue le noyau de l'environnement d'apprentissage. À cet égard, les caractéristiques de l'AC, étant issues des résultats de cette recherche, renvoient à certaines notions de la théorie socioconstructiviste de l'apprentissage (Raby, Viola et Beaudry, 2016) tels : 1) la motivation, 2) la coconstruction de sens et 3) la réalisation d'apprentissages en profondeur. Ces trois notions sont étroitement connectées les unes aux autres.

### ***La motivation***

En rétrospective, comme en témoigne la Figure 3 (p. 134), qui porte sur les résultats de cette recherche, l'AC exige, à la base, une motivation – d'abord individuelle puis de groupe – à apprendre pour améliorer la qualité des soins. Cette même motivation à apprendre pour améliorer la qualité des soins a aussi été soulignée par Horn, Pilkington et Hooten (2019) dans leur étude corrélationnelle, qui portait la signification du DPI, à laquelle 74 infirmières d'un hôpital pédiatrique, aux États-Unis, ont participé. Là où les résultats de cette recherche collaborative apportent de nouvelles connaissances en matière de DPI en lien avec la motivation à apprendre des infirmières, c'est qu'ils permettent d'avancer que le sentiment de réalisation et d'accomplissement de soi que l'AC suscite, par la réalisation d'apprentissages, entretient et stimule également, de manière itérative, cette motivation à apprendre pour améliorer la qualité des soins. Dans un même ordre d'idées, ce que les résultats de cette recherche collaborative apportent aussi c'est que la motivation est suscitée, stimulée et entretenue par la pertinence des activités de DPI que réalisent les infirmières. De tels résultats s'inscrivent dans la même lignée que des constats de la recension des écrits sur le DPI réalisée par King et al. (2021), à partir de 39 articles de recherche publiés entre 2002 et 2019. Ces auteurs soutiennent que la motivation individuelle à apprendre ainsi que la pertinence des activités de DPI constituent deux aspects essentiels à considérer en milieu clinique pour susciter l'engagement des infirmières dans leur DPI.

Les résultats de cette recherche-ci mettent aussi en évidence que la motivation des participantes reposait entre autres sur leur désir d'approfondir leurs connaissances ainsi que sur une recherche de compréhension en profondeur du problème clinique ou de la situation sur lesquels elles avaient choisi de réfléchir ensemble à partir de leur pratique. Ces résultats présentent certaines similitudes avec la revue systématique de Vázquez-Calatayud, Errasti-

Ibarrondo et Choperena (2021), cliniciens et chercheurs espagnols en sciences infirmières, réalisée à partir de neuf études scientifiques (publiées entre 2003 et 2016) portant sur le DPI. Ces auteurs révèlent que le désir d'apprendre et d'approfondir ses connaissances était omniprésent, comme source de motivation intrinsèque, dans sept des neuf études qu'ils ont recensées. Le souhait d'améliorer la qualité des soins était aussi une source de motivation intrinsèque relevée dans six des neuf études. Par ailleurs, d'autres sources de motivation intrinsèque ont également été identifiées par ces auteurs, mais n'ont pas été relevées dans cette recherche-ci. Il s'agit de l'avancement dans sa carrière professionnelle de même que le développement de ses habiletés pratiques (au sens de procédures de soins) qui étaient présentes dans six des neuf études recensées. Cela peut s'expliquer par le fait que les problèmes sur lesquels ont choisi de réfléchir les participantes dans le contexte précis de cette étude n'orientaient pas la discussion vers ces sources de motivation plus générales.

Les résultats de cette étude doctorale soulignent aussi que la motivation des participantes aux groupes d'AC a notamment été entretenue par les éléments contextuels suivants : le soutien de l'employeur et l'accompagnement qu'elles ont reçu pour réaliser des activités d'AC. Ces résultats contribuent à l'avancement des connaissances en sciences infirmières en ce sens que Vázquez-Calatayud, Errasti-Ibarrondo et Choperena (2021) ont identifié une seule source de motivation externe influençant le DPI. Il s'agissait de la « pression » exercée par l'administration pour prendre part à des activités de DPI. Cet élément a été relevé dans trois des neuf études recensées par ces auteurs s'étant intéressés aux sources de motivation en matière de participation au DPI. Toutefois, le fait d'exercer une pression soulève certains questionnements à savoir si, en étant sous pression, les infirmières sont vraiment motivées à réaliser des apprentissages ou si elles se sentent plutôt contraintes d'être présentes à des activités de DPI par souci de se conformer aux exigences de leur employeur ou de leur ordre professionnel.

Les résultats de cette étude doctorale tendent aussi à soutenir, que ce qui contribue à créer et surtout à entretenir la motivation à apprendre, réside plus largement dans l'alignement entre : (a) les problèmes rencontrés dans la pratique par les infirmières de SAD sur lesquels elles ont choisi de réfléchir et de travailler ensemble, (b) la réalisation d'activités d'AC pertinentes à ces problèmes pour mieux les comprendre ainsi que (c) les apprentissages réalisés et utilisés dans la pratique pour tenter de résoudre ces problèmes. À cet égard, les travaux de Renninger (2019), de l'Université de Cambridge, qui portent sur le développement d'intérêts et

l'apprentissage, en son sens large en sciences de l'éducation, soulignent que la motivation à apprendre provient d'un tout cohérent : une structure, des processus, des activités et une interaction positive, riche et soutenue entre les apprenants (participants) ainsi que d'un accompagnement centré sur leurs besoins. En travaillant à partir de situations réelles rencontrées dans la pratique, ce que Duncombe et Armour (2004) nomment des « situations anthropologiques » (p. 150), les apprenants se sentent interpellés et investis dans leur démarche d'apprentissage. Là où les résultats de cette recherche collaborative contribuent à une avancée des connaissances, par rapport à l'ouvrage de Duncombe et Armour (2004) en matière d'AC chez les professionnels, c'est qu'en apprenant à partir de situations anthropologiques, non seulement les participantes apprennent à partir de leur pratique, mais elles coconstruisent également le sens de cette dernière à travers ces apprentissages qu'elles réalisent.

### *La coconstruction de sens*

Les résultats de cette recherche collaborative mettent à l'avant-plan, par le réfléchir ensemble, la coconstruction de sens de la pratique qu'ont réalisée les participantes. Cette coconstruction de sens s'enracine dans les relations qu'établissent les participantes (incluant l'étudiant-chercheur, comme animateur) les unes avec les autres. C'est à partir de ces relations que l'AC conduit à une réflexion individuelle et de groupe sur sa pratique professionnelle pour mieux la comprendre et qu'il crée un espace de partage valorisant le développement de relations égalitaires empreintes de respect et d'écoute. Au plan empirique, les résultats de cette recherche collaborative s'inscrivent dans le même sens que ceux de l'étude Delphi réalisé par Shimizu et al. (2020) qui se sont intéressés à l'interdépendance sociale au sein de groupes d'AC en sciences de la santé dans un contexte académique (dans huit pays avec 30 participants). Ces auteurs soutiennent que les relations harmonieuses empreintes de respect et d'écoute sont à la base du développement de rapports interpersonnels qui contribuent à créer une interdépendance sociale, laquelle est nécessaire au développement de relations à l'intérieur desquelles se réalisent des apprentissages. En matière d'AC en sciences infirmières, les résultats de cette recherche collaborative convergent aussi avec les résultats de Gray (2014) – portant sur l'étude de livres en groupe chez des infirmières en milieu scolaire – qui affirme que l'AC permet aux apprenants

d'apprendre à partager des idées et d'apprendre du partage de l'expérience professionnelle d'autres infirmières.

Par ailleurs, ce que les résultats de cette étude doctorale mettent aussi en évidence, c'est que l'espace de partage que crée l'AC, pour coconstruire le sens de la pratique, ne semble pas vraiment résider uniquement dans la nature de ce qui est partagé, c'est-à-dire des inquiétudes, des informations, des expériences ou des expertises. Ce qui apparaît comme étant au cœur de cet espace de partage, c'est la discussion en interaction, qui porte sur la combinaison, le transfert, l'adaptation ou l'intégration des différents savoirs, connaissances, valeurs, perspectives, expériences et vécus qui font l'objet du partage. Ce partage vise à tenter de trouver des pistes de solution pour résoudre une situation ou un problème clinique perçu comme étant complexe dans la pratique. Ces résultats se comparent à ceux de l'étude qualitative réalisée par Damsa (2014) avec sept étudiants aux cycles supérieurs en éducation à l'Université de Oslo. Damsa (2014) soutient que l'interaction de groupe productive conduit à la coconstruction d'un savoir qui se veut davantage élaboré et complexe. Ce savoir est perçu utile par ses co-créateurs, les apprenants, pour résoudre des problèmes jugés complexes rencontrés dans la pratique, par opposition à un apprentissage réalisé individuellement ou issu de la réalisation d'une tâche en solo. De plus, cette coconstruction passe d'abord par la création d'une compréhension partagée d'un savoir (ou d'un problème ou d'une situation) existant qui se réalise par la discussion (Damsa, 2014). Ces discussions s'inscrivent dans une itération dite constructive où les idées sont explorées et remises en question. La rétroaction est aussi une partie importante de la coconstruction. De plus, selon cette même auteure la médiation et la collaboration pour traverser les différentes épreuves rencontrées dans le parcours d'AC sont des outils que développent les apprenants. Les résultats de cette recherche collaborative, dans un contexte de DPI en milieu clinique, contribuent à l'avancement des connaissances en matière d'AC dans un contexte professionnel autre qu'en éducation et en milieu universitaire aux cycles supérieurs.

Dans un même ordre d'idées, la coconstruction de sens, qui provient des résultats de cette recherche collaborative, sous-tend également une recherche de compréhension en profondeur qui implique des remises en question, le partage de différents points de vue et même, à un certain point, la confrontation de différentes idées avant d'arriver à un consensus. Ces résultats, aussi comparables à ceux de l'étude de Damsa (2014), peuvent découler du fait que dans cette recherche collaborative ainsi que dans l'étude de Damsa (2014), les deux groupes

d'apprenants ont été accompagnés par des étudiants-chercheurs qui avaient développé des habiletés au regard de l'utilisation de l'AC.

Au plan théorique, selon Sieber (2015), la confrontation de différents points de vue, dans une perspective socioconstructiviste, se définit littéralement comme « apprendre », c'est-à-dire « coconstruire ses connaissances en confrontant ses représentations à celles d'autrui » (p. 15). Toujours au plan théorique, selon Lin (2015), la confrontation de différents points de vue, dans un contexte d'AC, promeut une interaction intense et soutenue, laquelle s'avère nécessaire à la réalisation d'apprentissages. L'interaction intense et soutenue dans le groupe d'AC s'inscrit dans un but plus précis que celui d'apprendre. En effet, ce que les résultats de cette recherche collaborative mettent en lumière, c'est que l'interaction intense est soutenue par la recherche collective de pistes de solution aux problèmes rencontrés dans la pratique clinique. C'est en ce sens que la confrontation des idées et des différents points de vue ne vise pas la division au sein du groupe, mais plutôt à faire ressortir la richesse des différentes perspectives mises ensemble pour arriver à faire consensus; à coconstruire un nouveau sens pour la pratique tout en faisant preuve de créativité en optant pour des avenues parfois jamais explorées auparavant. Ces résultats corroborent les propos théoriques de Lin (2015) qui soutient que l'AC permet de développer des capacités de réflexion et de résolution de problèmes en plus de valoriser la créativité. Concrètement, les résultats de cette recherche collaborative permettent de mettre en évidence que la coconstruction de sens implique notamment la combinaison de différents savoirs et expériences et qu'en procédant ainsi les participantes font preuve de créativité. Le nouveau savoir pratique qu'elles créent est susceptible d'être utile pour apporter des pistes de solutions au problème sur lequel elles réfléchissent ensemble dans le groupe d'AC.

De plus, dans cette recherche collaborative, la créativité et la résolution de problèmes identifiées dans l'analyse des données témoignent d'une organisation et d'une réorganisation cognitives constantes chez les participantes notamment lorsque leur réflexion vise à combiner, traiter et examiner des informations et des connaissances, d'une part, en lien avec des valeurs, des spécificités et des contextes particuliers et singulier d'expériences, d'autre part, afin que l'ensemble constitue un tout cohérent ayant du sens dans la pratique en SAD. Ces résultats sont similaires à ceux de Pool, Poell, Berings et de Cate (2016). Dans leur étude qualitative néerlandaise réalisée avec des entrevues semi-structurées conduites auprès de 21 participantes, ces chercheurs soulignent que des activités de DP peuvent créer une forme de synergie chez les

participantes et que cette synergie agit telle une force intégrative qui permet de mettre en relation l'expérience, l'interaction, les connaissances acquises dans des activités formelles de même que les apprentissages réalisés dans la pratique, par l'expérience, ce qui conduit à une coconstruction de sens. Cette coconstruction de sens mène au développement de connaissances collectives, utiles pour la pratique, qui sont élaborées, discutées et adaptées en collaboration avec des collègues. À cet égard, Charron et Raby (2016), dans un ouvrage portant sur les théories de l'apprentissage, dont le socioconstructivisme, qualifient ces connaissances d'« interindividuelles » (p. 118). En plus de la motivation et de la coconstruction de sens, le réfléchir ensemble implique de considérer les apprentissages réalisés au moyen de l'AC sous l'angle de l'apprentissage en profondeur conduisant au développement de compétences.

### ***La réalisation d'apprentissages en profondeur soutenant le développement de compétences***

Les résultats de cette recherche collaborative inhérents à la nature des apprentissages réalisés par les participantes aux rencontres d'AC témoignent non pas d'une simple rétention de connaissances, mais plutôt d'un traitement, d'une organisation de celles-ci et d'une recherche active de sens pour appliquer et utiliser ce qu'elles ont appris en groupe dans leur pratique en solo. Les participantes poursuivent ainsi le développement de leurs compétences. L'AC, tel que vécu par les participantes, leur a permis d'ouvrir un dialogue entre pairs par rapport à l'incertitude et à la complexité qu'elles rencontrent dans leur pratique en SAD et plus largement d'apprendre à apprendre en groupe en réfléchissant notamment sur leur pratique. Ces résultats portent à situer les apprentissages réalisés par les participantes aux groupes d'AC de cette recherche dans un apprentissage dit en profondeur. De tels résultats trouvent un sens à travers les écrits d'autres auteurs. En effet, par opposition à un « apprentissage en surface », qui consiste essentiellement à mémoriser des connaissances, les apprentissages réalisés qui sont rapportés dans cette recherche collaborative s'inscrivent dans ce que Larue et Hrimech (2009, p. 10), définissent comme un « apprentissage en profondeur ». Un apprentissage en profondeur s'inscrit dans un processus de traitement, d'ajustement et d'adaptation, par exemple, des connaissances et des expériences, pour une utilisation et une réutilisation ultérieure lorsque ces apprentissages s'avèrent pertinents au contexte rencontré.

De plus, les résultats de cette recherche, témoignant d'un traitement et d'une organisation des connaissances par les participantes, laissent entrevoir le développement ou l'amorce d'une capacité d'apprendre à apprendre. Dans un même ordre d'idées, l'apprentissage en profondeur sous-tend une dimension d'apprendre à apprendre selon Landry (2017). À cet égard, comme le souligne ce chercheur expert en développement organisationnel, cette capacité d'apprendre à apprendre est rendue nécessaire étant donné l'incertitude et la complexité auxquelles les professionnels sont confrontés à tous les jours. Qui plus est, ils sont rarement en mesure de connaître d'avance et précisément les problèmes qu'ils rencontreront dans leur pratique. En ce sens, comme le souligne Nason (2017), dans son livre portant sur l'art et la science de la complexité, les professionnels doivent être en mesure d'utiliser une démarche de type « essai, apprentissage et adaptation » pour résoudre les problèmes rencontrés dans leur pratique.

Aussi, les résultats de cette recherche collaborative mettent en évidence que la capacité d'apprendre à apprendre exige le recours à des stratégies métacognitives. Deux types de stratégies métacognitives ont été utilisées par les participantes. Elles ont utilisé premièrement, ce que Bégin (2008) nomme « l'anticipation » (p. 56) notamment lorsqu'elles faisaient référence à des connaissances antérieures utiles pour des situations à venir qu'elles discutaient en groupe. Il en va de même lorsqu'elles planifiaient la réalisation d'un changement dans leur évaluation ou leurs interventions auprès de la clientèle à partir des apprentissages réalisés en groupe d'AC. Les participantes ont également utilisé l'auto-régulation comme deuxième stratégie métacognitive (Bégin, 2008). À cet égard, elles ont procédé à ce que Bégin (2008) nomme une « auto-observation » (p. 56) de leur pratique en décrivant le problème rencontré par rapport à des procédures, des politiques internes ou des façons de faire qui caractérisent leur contexte professionnel. Elles ont aussi jugé d'un éventail de solutions possibles qu'elles ont répertoriées en fonction des objectifs qu'elles poursuivaient et des soins à prodiguer à la clientèle. Cela constitue un autre exemple d'utilisation de stratégies métacognitives pour développer leur autonomie d'apprendre à apprendre dans un contexte d'AC et plus largement de DPI.

L'apprentissage en profondeur et apprendre à apprendre ne constituent pas en eux-mêmes une finalité. Les apprentissages réalisés s'inscrivent au bénéfice du développement des compétences. À titre d'exemple, lorsque les participantes soutiennent qu'elles sont devenues en mesure d'évaluer et de détecter rapidement et de manière structurée et systématique une

situation complexe, elles témoignent du développement de leur compétence de raisonnement clinique infirmier (CHU Sainte-Justine, 2014; adapté Boyer, Pepin, Dubois, Descôteaux, Robinette et Déry, 2016). Ces résultats convergent avec ceux de l'étude de Goudreau, Pepin, Larue, Dubois, Descôteaux, Lavoie et Dumont (2015), en matière de pratique réflexive (en petit groupe et en mode actif) où l'utilisation de stratégies métacognitives ont conduit les participants à développer leurs compétences comme leur raisonnement clinique infirmier et leur leadership dans leur milieu clinique. Par ailleurs, les résultats de cette recherche collaborative, notamment en matière de développement du leadership des participantes au moyen de l'AC, tendent aussi à s'inscrire dans le même sens que des résultats d'initiatives locales mises de l'avant ailleurs dans le monde comme au Royaume-Uni. En effet, comme le souligne le London Leadership Academy du National Health Service (<https://www.londonleadershipacademy.nhs.uk>), l'une des meilleures façons d'apporter un changement dans la pratique et de soutenir le pouvoir d'agir des individus repose sur le renforcement ou le développement de leur leadership dans une approche où la recherche de sens en profondeur et l'apprentissage par les pairs sont valorisés.

De plus, lorsqu'elles ont affirmé utiliser mieux le PTI, un autre de leurs apprentissages, les participantes ont mis à l'avant-plan le développement de leur compétence de collaboration intraprofessionnelle en SAD. Cette compétence fait également partie du référentiel de compétences infirmières en milieu de soins québécois de l'enfant à l'adulte (CHU Sainte-Justine, 2014; adapté Boyer, Pepin, Dubois, Descôteaux, Robinette et Déry, 2016).

En résumé, le cœur de l'AC s'inscrit dans un processus itératif et évolutif qui implique de réfléchir ensemble pour apprendre. Ce réfléchir ensemble pour apprendre exige une motivation de la part de l'apprenant qui fait partie d'un groupe. C'est dans l'interaction de ce groupe que l'AC conduit à une coconstruction de sens à laquelle tout un chacun est convié. Cette coconstruction de sens mène à son tour à la réalisation d'apprentissages en profondeur, lesquels contribuent au développement de compétences tels le raisonnement clinique infirmier, le leadership professionnel de même que la collaboration intraprofessionnelle. Bien que l'apprenant soit au premier plan de ses apprentissages, les éléments contextuels dans lesquels il réalise ces derniers sont tout aussi importants. Ils influencent non seulement la motivation de l'apprenant, mais plus largement l'ensemble du processus itératif d'AC.

## **Les éléments contextuels : une force d'influence sur le processus d'AC**

La réalisation d'apprentissages en profondeur et le développement de compétences qui s'inscrivent dans une perspective d'autonomie d'apprendre à apprendre ne consistent pas seulement à poser un regard sur soi et sur ses façons d'apprendre comme individu et comme groupe. Selon Bégin (2008), et conformément aux résultats de cette recherche, les stratégies ou les activités utilisées pour apprendre à apprendre ne peuvent pas faire l'objet d'un examen sans être resituées dans leur contexte. À ce sujet, dans cette recherche, les trois éléments contextuels soient le rapport au temps, le soutien du gestionnaire de même que l'accompagnement du groupe d'AC ont été identifiés comme jouant un rôle crucial dans le processus réflexif, itératif et évolutif de l'AC. En effet, ensemble, ils mettent en lumière : 1) l'importance d'un temps protégé et consacré pour la réflexion; 2) la nécessité d'intégrer l'AC au travail régulier et 3) la nécessité d'un accompagnement empreint de *caring*. Les paragraphes qui suivent servent à approfondir chacun de ces trois points.

### ***Du temps pour la réflexion***

Le vécu des participantes au cours des 10 semaines des rencontres d'AC a mis en lumière qu'il peut prendre un temps relativement important avant que soit bien clairement défini, non seulement le problème clinique ou les préoccupations, mais aussi en quoi une réflexion collective menée sur ceux-ci peut potentiellement devenir une source d'apprentissage et de DPI. L'identification et la sélection du problème clinique ou des préoccupations s'inscrivent en soi dans la quête de sens des participantes aux rencontres d'AC. Il s'avère donc essentiel de consacrer le temps nécessaire à cette réflexion puisqu'elle constitue l'assise de l'ensemble du processus d'apprentissage et de DPI qui en découle.

Conséquemment, les résultats de cette recherche collaborative, en matière de rapport au temps et de DPI, viennent nuancer les connaissances existantes documentées entre autres par Takase, Yamamoto, Sato, Niitani et Uemura (2015), dans une étude qualitative transversale réalisée auprès de 494 infirmières et sages-femmes, au Japon, ainsi que Bindon (2017), dans un article théorique portant sur le DPI. Globalement, les travaux de ces auteurs soutiennent que le manque de temps constitue un frein au DPI. À cet égard, ce que les résultats de cette recherche

collaborative apportent de nouveau, c'est que ce manque de temps perçu par les infirmières comme un frein au DPI est un rapport qui est modifiable. En effet, dans la mesure où lorsqu'elles perçoivent que les bénéfices qu'elles retirent de leur participation à des rencontres d'AC sont plus importants que la perte de ce temps habituellement consacré à leur pratique quotidienne, elles réservent le temps nécessaire pour prendre part aux rencontres d'AC. À ce sujet, les participantes ont révélé que leur participation aux rencontres d'AC valait cet investissement de temps d'une heure par semaine pendant dix semaines, car elles percevaient devenir plus efficaces dans leurs évaluations et leurs interventions.

De plus, selon les résultats de cette recherche collaborative, le soutien qu'accorde le gestionnaire pour participer à des rencontres d'AC est perçu non seulement de manière positive, mais aussi comme étant essentiel pour réaliser des activités d'AC. À cet égard, la reconnaissance formelle du temps consacré à la réflexion, et plus largement au DPI, est soulignée, dans d'autres écrits, comme étant une forme importante de soutien du gestionnaire par les infirmières de SAD. Il s'agit d'un constat émanant d'un examen de la portée (*scoping review*) réalisé à partir de 127 documents, dont le but était l'optimisation de la pratique des infirmières de SAD au Canada (Ganann, Weeres, Lam, Chung et Valaitis (2019).

Dans un même ordre d'idées, la réflexion conduite dans les rencontres d'AC a aussi mis en lumière, dans les résultats de cette étude doctorale, que certaines des participantes se trouvaient plus efficaces en ayant, par exemple, une démarche plus structurée pour évaluer des situations complexes. Ces résultats s'inscrivent aussi dans le même sens que ceux de Welp, Johnson, Nguyen et Perry (2018). Ces auteurs ont mis en évidence, dans leur étude réalisée auprès de 244 infirmières, que ces dernières se perçoivent comme étant plus proactives et plus performantes au sein de leur milieu de soins lorsqu'elles réalisent des activités de DPI qui les conduisent à réfléchir sur leur pratique pour éventuellement essayer de l'améliorer. Par ailleurs, d'autres résultats émanant à la fois de cette recherche et d'autres écrits témoignent également de la nécessité que l'AC soit intégré au travail régulier des infirmières de SAD.

### ***Une nécessité d'intégrer l'AC au travail régulier***

Les résultats de cette recherche collaborative, témoignant que les participantes ont apprécié les activités d'AC qu'elles ont réalisées et que celles-ci leur ont permis de réfléchir sur

leur pratique dans leur temps de travail, convergent avec les résultats de la récente recension systématique des écrits de Walter et Terry (2021), au Royaume Uni. Cette recension, réalisée à partir de cinq études publiées entre 1995 et 2018, porte sur les facteurs influençant les infirmières à vouloir se développer professionnellement. Ces mêmes auteurs affirment qu'il est possible de soutenir davantage l'engagement des infirmières dans leur DPI en leur demandant notamment quelles activités de DPI, selon elles, pourraient les aider à mieux répondre aux besoins de leur clientèle et de consacrer des heures de travail rémunérées à ces activités de DPI. Ils soutiennent également l'importance que les gestionnaires ou les personnes responsables du DPI en milieu clinique s'assurent que les activités de DPI ne représentent pas une charge de travail supplémentaire pour les infirmières. De plus, ces mêmes auteurs soulignent que le nombre limité d'occasions où les infirmières peuvent se développer professionnellement est l'un des motifs pour quitter un emploi ou une organisation ou tout simplement encore pour désertier la profession.

Aussi, ce que les résultats de cette recherche mettent à l'avant-plan, c'est que non seulement l'AC peut être intégré au travail régulier d'infirmières de SAD, mais qu'il doit l'être pour conduire à la réalisation d'apprentissages en profondeur, lesquels sont investis dans la pratique. Ces résultats convergent avec les travaux d'autres auteurs dont ceux d'Arnaud et d'Ejeil (2019). Ces auteurs du « guide de l'organisation apprenante » affirment que pour développer une culture d'amélioration continue au plan organisationnel, le travail et l'apprentissage doivent être intégrés l'un à l'autre sur une base quotidienne (Arnaud et Ejeil, 2019). Des écrits plus spécifiques concernant cette intégration dans un contexte de pratique infirmière en SAD ont été recensés. L'un des moyens qui semble essentiel à mettre en place pour assurer cette intégration du travail et de l'apprentissage consiste, selon Ganann, Weeres, Lam, Chung et Valaitis (2019), à ce que le gestionnaire assure la libération du personnel soignant sur les heures de travail afin qu'il puisse participer à des activités de DPI. Ce faisant, le gestionnaire témoigne de sa confiance envers le potentiel et les compétences des infirmières pour trouver des pistes de solution aux problèmes rencontrés dans leur pratique. Il investit alors dans le capital humain de son organisation. C'est ce que révèle l'examen de la portée réalisé par Ganann, Weeres, Lam, Chung et Valaitis (2019) qui se sont intéressés à l'optimisation du rôle des infirmières de SAD au Canada. Ces auteurs soutiennent aussi que la charge de travail perçue comme étant lourde constitue un frein à la participation des infirmières de SAD à des activités

de DPI. En ce sens, selon eux, l'accessibilité à des activités de DPI près du lieu de travail ou dans ce dernier constitue un facteur facilitant le DPI.

Par ailleurs, l'investissement dans le capital humain, et plus largement l'apprentissage organisationnel, est de plus en plus étudié et prisé dans les organisations intelligentes selon Rivard et Lauzier (2013). Ces auteurs soulignent, dans leur ouvrage, qui porte sur la gestion de la formation et du développement des ressources humaines, que le défi actuel du développement des compétences en milieu de travail ne réside pas seulement dans l'accès à des formations, mais plus largement dans le développement d'une culture d'apprentissage et d'un leadership axé sur l'apprentissage. Plus spécifiquement en sciences infirmières, pour leur part, Coventry, Maslin et Smith (2015), dans une recension intégrative des écrits réalisée à partir de 11 articles de recherche à travers le monde, soutiennent que les organisations doivent travailler sur trois niveaux pour soutenir l'implantation d'une culture de DPI. Ces trois niveaux sont : la culture organisationnelle qui se doit d'être apprenante, le leadership de direction qui doit soutenir l'apprentissage ainsi que la charge de travail des infirmières soignantes qui doit tenir compte de la réalisation des activités de DPI.

En corollaire à ces liens établis entre les résultats de cette recherche collaborative et différents auteurs s'étant prononcés sur la nécessité d'intégrer l'apprentissage au travail et vice versa, il existe aussi un autre point important à relever concernant les éléments contextuels de l'AC dans un contexte de DPI en milieu clinique. Il s'agit de l'accompagnement des apprenants qu'exige l'AC.

### ***Un accompagnement empreint de caring***

Les résultats de cette recherche collaborative mettent en lumière l'importance d'un accompagnement empreint de caring par un facilitateur ou un guide. Concrètement, la neutralité, l'ouverture d'esprit, l'invitation au partage et l'écoute sont quelques exemples de comportements et d'attitudes empreints de caring qui ont été remarqués et relevés comme importants par les participantes de la part de l'étudiant-chercheur. Elles ont aussi souligné la nécessité que la personne qui les accompagne soit familière avec la pratique infirmière en SAD et leur propose des activités d'AC – ou plus largement de DPI – qui les aideront à trouver elles-mêmes, des pistes de solution pour résoudre les problèmes qu'elles rencontrent dans leur

pratique. Ces résultats convergent notamment avec des écrits d'auteurs dont ceux de Cara, Hills et Watson (2021), dans leur ouvrage, qui s'intéressent à l'humanisation de la formation infirmière. Ces auteurs mettent l'accent sur la nécessité que les éducateurs, en sciences infirmières, arborent une lentille inspirée du *caring* pour humaniser la formation infirmière. Ils dénoncent les « pratiques d'enseignement déshumanisantes » (*dehumanizing teaching practices*) (Cara, Hills et Watson, 2021, p. 2) qui contribuent, par extension, à compromettre une pratique infirmière de qualité. Ce que ces auteurs soulignent également, c'est que la déshumanisation, en général, est associée à « une surcharge de travail, à un manque de temps ainsi qu'à une vision centrée sur la tâche » plutôt que sur la personne (Cara, Hills et Watson, 2021, p. 3).

En contre-partie, des pratiques d'accompagnement en formation, qui se fondent sur la science du *caring*, contribuent chez les apprenants, à diminuer leur anxiété, à se sentir plus confiants et résilients, à avoir le sentiment de pouvoir agir et d'avoir du contrôle, à se sentir en croissance et en transformation, à favoriser leur apprentissage, en général, et à avoir une pratique clinique davantage empreinte de *caring* (Cara, Hills et Watson, 2021). Les propos de Cara, Hills et Watson (2021) trouvent aussi écho dans les résultats de recherche de la thèse doctorale de Curran (2013), qui s'est intéressée à l'utilisation des principes d'andragogie par les infirmières éducatrices en milieu de soins qui sont appelées à dispenser des activités de formation ou à animer des activités de DPI. Son étude corrélationnelle, réalisée dans 15 hôpitaux situés dans le nord-est des États-Unis, auprès de 114 infirmières éducatrices, a permis de mettre en évidence que ces dernières ne sont que très peu exposées aux principes sous-jacents à la théorie de l'apprentissage chez l'adulte. Dans les résultats de son étude, Curran (2013) souligne que les participantes (infirmières éducatrices) utilisaient des pratiques centrées sur l'enseignant plutôt que sur l'apprenant, y compris chez les 30 participants qui avaient un diplôme d'études supérieures de 2<sup>e</sup> ou de 3<sup>e</sup> cycle en formation ou en formation infirmière. Cela semble moins cohérent avec un accompagnement empreint de *caring* au sens où le conçoivent Cara, Hills et Watson (2021). En d'autres mots, un accompagnement empreint de *caring* est impérativement centré sur les besoins de l'apprenant.

Dans un même ordre d'idées, une théorisation ancrée réalisée par Jantzen (2019), au moyen de 17 entrevues et de 119 heures d'observation, sur l'apprentissage en milieu de soins infirmiers a fait ressortir l'importance de guides. Ces guides ont été identifiés comme étant

importants, en raison de l'accompagnement qu'ils donnent aux apprenantes infirmières à partir de la situation ou du problème clinique qui les préoccupent jusqu'à la fin du processus, en passant par l'interaction, l'analyse et la réflexion avec les pairs. Ces guides sont reconnus par leurs pairs comme étant des mentors cliniquement compétents qui se développent professionnellement en continu et qui agissent comme des ambassadeurs de l'apprentissage en milieu de soins en soutenant notamment le DPI de leurs collègues qui souhaitent apprendre d'eux. Le rôle de guide n'est pas nécessairement une fonction qui revient à la personne la plus expérimentée. Le guide, au sein d'un groupe, est celui qui a la plus grande expertise, dans le milieu clinique, au regard du problème à partir duquel les participantes souhaitent apprendre ensemble. Enfin, un article théorique de Reynolds, Attenborough et de Halse (2020) soutient qu'en étant accompagnées adéquatement, les apprenantes en milieu clinique peuvent apprendre de situations complexes dans un environnement stressant. Cet environnement doit cependant être organisé de sorte à créer un milieu où les apprenantes se sentent à l'aise de partager leurs expériences et leurs connaissances. En réduisant le stress ressenti par les participantes, ces dernières consacrent leurs efforts pour mieux comprendre les situations complexes et ainsi en dégager des apprentissages pertinents pour leur pratique (Reynolds, Attenborough et Halse, 2020).

En résumé, pour susciter et maintenir la participation d'infirmières de SAD à des groupes d'AC et ainsi les guider vers la réalisation d'apprentissages en profondeur contribuant au développement de leurs compétences, une attention particulière doit être consacrée aux trois éléments contextuels identifiés dans cette étude (le rapport au temps, le soutien du gestionnaire et l'accompagnement du groupe d'AC). À cet égard, les apprentissages réalisés apparaissent comme étant tributaires d'un temps nécessaire consacré à la réflexion et à la réalisation d'activités d'AC dans le milieu clinique (pendant les heures de travail); d'un soutien adéquat du gestionnaire pour intégrer l'AC au travail régulier des infirmières de SAD ainsi que d'un accompagnement sur mesure empreint d'une perspective humaniste et de *caring*. Par ailleurs, l'ensemble des résultats discutés jusqu'ici conduisent à reconsidérer certains des aspects conceptuels, tant au plan des définitions de concepts que du cadre de référence qui ont été utilisés pour guider la réalisation de cette recherche collaborative. La section qui suit sert à présenter une définition de l'AC de même qu'un modèle combiné modifiés à la lumière de ces résultats.

## Une définition de l'AC davantage ancrée dans la pratique infirmière et le DPI

À l'origine, c'est la définition de Henri et Lundgren (2001) qui a été retenue dans la recension des écrits pour définir l'AC, le concept principal de cette étude. À titre de rappel, selon ces auteurs, l'AC constitue :

« une démarche active par laquelle l'apprenant travaille à la construction de ses connaissances. [...] [L]e groupe y participe comme source d'information, comme agent de motivation, comme moyen d'entraide et de soutien mutuel et comme lieu privilégié d'interaction pour la construction collective des connaissances [pour la pratique]. La démarche collaborative reconnaît le caractère individuel et réflexif de l'apprentissage [...] en le rattachant aux interactions de groupe. [...] Les apprenants collaborent aux apprentissages du groupe et, en retour, le groupe collabore à ceux des apprenants » (Henri et Lundgren, 2001, p. 42).

Bien que cette définition se veuille la plus consensuelle et la plus englobante en termes de capacité à décrire un processus d'apprentissage en coconstruction, elle se veut plus théorique et moins ancrée dans un contexte de DPI en milieu clinique. C'est pourquoi, à partir des résultats de la recherche, une définition davantage contextualisée aux sciences infirmières de l'AC, mais toujours inspirée de Henri et Lundgren (2001) est proposée. Ainsi l'AC, plus spécifiquement dans un contexte de DPI en milieu clinique, se définit comme :

Une stratégie éducative qui s'articule dans un processus itératif et évolutif de coconstruction de sens dans lequel les participants, en groupe, réfléchissent ensemble, à partir de problèmes cliniques rencontrés dans leur pratique, afin de tenter de résoudre ces problèmes, d'améliorer leur pratique ou plus largement de réaliser des apprentissages qui contribuent au développement de leurs compétences.

Cette définition se distingue de celle de Henri et Lundgren (2001) qui associent l'AC à une construction collective de connaissances en son sens large. Elle se veut davantage ancrée dans la pratique et près de ce qui motive les apprenants, dans ce cas-ci des infirmières de SAD, à apprendre et plus largement à vouloir se développer professionnellement. C'est cet ancrage dans la pratique qui donne du sens à leurs apprentissages. De plus, la réalisation d'apprentissages en profondeur, au moyen de l'AC, pave la voie au développement de compétences – ce qui n'est pas présent dans la définition de Henri et Lundgren (2001) –, par la mise à l'essai (l'application dans la pratique) de ce qu'apprennent les apprenants pour tenter de résoudre les problèmes qu'ils rencontrent. À cet égard, l'expérience d'AC vécue par les participantes a mis en lumière qu'elles possédaient déjà des connaissances concernant les sujets à partir desquels elles réfléchissaient

et travaillaient en groupe. Ainsi, par la coconstruction de sens, en groupe, que l'AC implique, ce dernier leur a permis de réfléchir sur ces connaissances préexistantes en mode itératif, pour mieux les contextualiser, afin de les utiliser dans leur pratique infirmière en SAD et ainsi poursuivre le développement de leurs compétences. La coconstruction de sens en groupe proposée ici se veut donc davantage associée à un apprentissage en profondeur connecté avec la pratique (de nature pragmatique), plutôt qu'à une construction de connaissances en groupe au sens déclaratif (et de nature plus théorique). Aussi, la dimension itérative ajoutée explicitement dans cette définition vient préciser la nécessité d'allers-retours en continu, que ce soit pour greffer leurs nouveaux apprentissages à des savoirs antérieurs, que ce soit pour questionner ou réévaluer certains faits scientifiques, certaines valeurs ou éléments circonstanciels qui sont susceptibles de moduler les apprentissages en cours de réalisation. Enfin, par la proposition d'une définition de l'AC davantage ancrée dans la pratique, cette dernière se veut aussi plus enracinée dans une perspective de DPI a contrario, par exemple, de l'utilisation de l'AC dans un contexte de formation initiale ou académique, par exemple.

Les caractéristiques de l'AC de même que les éléments contextuels qui influencent la participation d'infirmières de SAD à participer à des rencontres d'AC portent à proposer des précisions non seulement à la définition de l'AC, mais aussi au modèle combiné qui a été élaboré dans le cadre de référence.

### **Le modèle combiné revu à la lumière des résultats de cette recherche**

Les résultats de cette recherche collaborative conduisent à reconsidérer certaines des composantes du modèle combiné présenté dans le cadre de référence afin qu'il soit davantage, tout comme la définition de l'AC, ancré près de la pratique infirmière en milieu clinique. La Figure 4 (p. 154) illustre l'ensemble des précisions apportées aux composantes opérationnelles et transversales du modèle combiné qui seront discutées dans les deux sections qui suivent.

#### ***Révision des composantes opérationnelles***

Déoulant des résultats de cette recherche, la première composante opérationnelle qui a été revue est celle des problèmes cliniques, des préoccupations et des ressources. Cette première

composante n'a été que partiellement modifiée en ce sens que les ressources ont été retirées de son libellé, car les participantes identifient et utilisent des ressources à différents moments dans la réalisation de leur cycle d'AC et pas uniquement lorsqu'elles identifient un problème clinique ou une préoccupation.

La seconde composante opérationnelle, « activités » a été remplacée par la « recherche collective de solutions pour la pratique ». La composante « activités » a été remplacée, car les participantes utilisent des activités d'AC dans la plupart des composantes opérationnelles du modèle combiné. Tel que mentionné dans la recension des écrits, les activités d'AC peuvent être utilisées à différentes fins y compris pour discuter d'un problème – et l'identifier – ou encore pour organiser de l'information ou des données recueillies au sujet de ce dernier. Après avoir identifié le problème clinique ou une préoccupation, les participantes se mettent à la recherche, collectivement, de solutions pour régler ce problème dans leur pratique tout en continuant des activités d'AC.

La troisième composante opérationnelle, la « production », a été remplacée par la « mise à l'essai de pistes de solution et ajustements ». La « production » est un concept tiré de Lebrun (2007). Ce concept, la « production », semble moins porteur de sens pour la pratique infirmière ainsi que pour la réflexion nécessaire à l'AC pour améliorer la pratique. Ce à quoi les participantes faisaient référence dans la « production », c'était concrètement ce qu'elles essayaient et ajustaient dans leur pratique à partir des solutions potentielles qu'elles avaient identifiées, par la réflexion et l'interaction, au préalable dans leur groupe d'AC.

La quatrième et dernière composante opérationnelle du modèle combiné, les « finalités et buts poursuivis » a été remplacée par la « réalisation d'apprentissages en profondeur contribuant au développement de compétences », car apprendre est en soi, selon Kolb (1984), un processus itératif et qui vise, selon Le Boterf (2013), à développer en continu ses compétences à partir de ses expériences et de celles de ses collègues. Apprendre n'est donc pas une finalité. Cette composante sert à dresser une forme de bilan des apprentissages réalisés en lien avec le développement de compétences qui en découle. Dans cette composante, les participantes au groupe d'AC analysent également les retombées des changements apportés dans leur pratique clinique. De plus, dans la proposition revue du modèle combiné, un lien a été ajouté entre la réalisation d'apprentissages en profondeur contribuant au développement des compétences vers l'identification d'un problème clinique ou d'une préoccupation. L'ajout de ce lien constitue une

boucle itérative dans laquelle les participantes au groupe d'AC analysent ce en quoi les apprentissages réalisés – et les compétences développées – contribuent à résoudre le problème clinique ou la préoccupation qu'elles avaient initialement. Cette boucle itérative est aussi une occasion privilégiée de poser un regard métacognitif sur le processus qui a mené à la réalisation d'apprentissages.

Par ailleurs, il est important de souligner que les résultats de la recherche mettent aussi en évidence que la réalisation d'apprentissages et le développement de compétences ne signifient pas nécessairement, ni systématiquement, d'avoir trouvé une solution pour résoudre définitivement le problème clinique (ou la préoccupation) travaillé en groupe. Néanmoins, les apprentissages réalisés par les participantes sont jugés utiles et pertinents par ces dernières, car ils les aident à développer une meilleure compréhension du problème clinique ou de la situation qui les préoccupe dans leur pratique, ce qui valorise et soutient leur engagement. Ces résultats conduisent à s'intéresser plus largement à la révision des composantes transversales du modèle combiné, lesquelles comportent notamment l'engagement.

### ***Révision des composantes transversales***

Les composantes transversales du modèle combiné ont elles aussi été revues à la lumière des résultats de la recherche. La première précision apportée concerne les éléments contextuels. Le rapport au temps, le soutien du gestionnaire de même que l'accompagnement du groupe d'AC y ont été ajoutés. Cet ajout bonifie le modèle combiné et vient renforcer l'importance de tenir compte de l'environnement (humain, social, clinique et d'apprentissage) dans le DPI.

La deuxième précision apportée touche le processus réflexif d'élévation de la conscience. En effet, la réflexion étant au cœur de l'AC, et particulièrement omniprésente dans l'identification du problème clinique ou de la préoccupation jusqu'à la réalisation des apprentissages en profondeur, elle a été repositionnée plus près de ces composantes opérationnelles, mais aussi près des autres composantes transversales. Cette réflexion englobe aussi l'idée d'une pensée qui se veut holistique, déterministe et intégrative.

La troisième précision consiste à un repositionnement du *caring*. À l'origine, le *caring* avait été positionné de sorte à englober la pratique clinique et l'AC. Les résultats de la recherche témoignent plutôt d'une portée très concrète de ce dernier dans le processus d'AC.

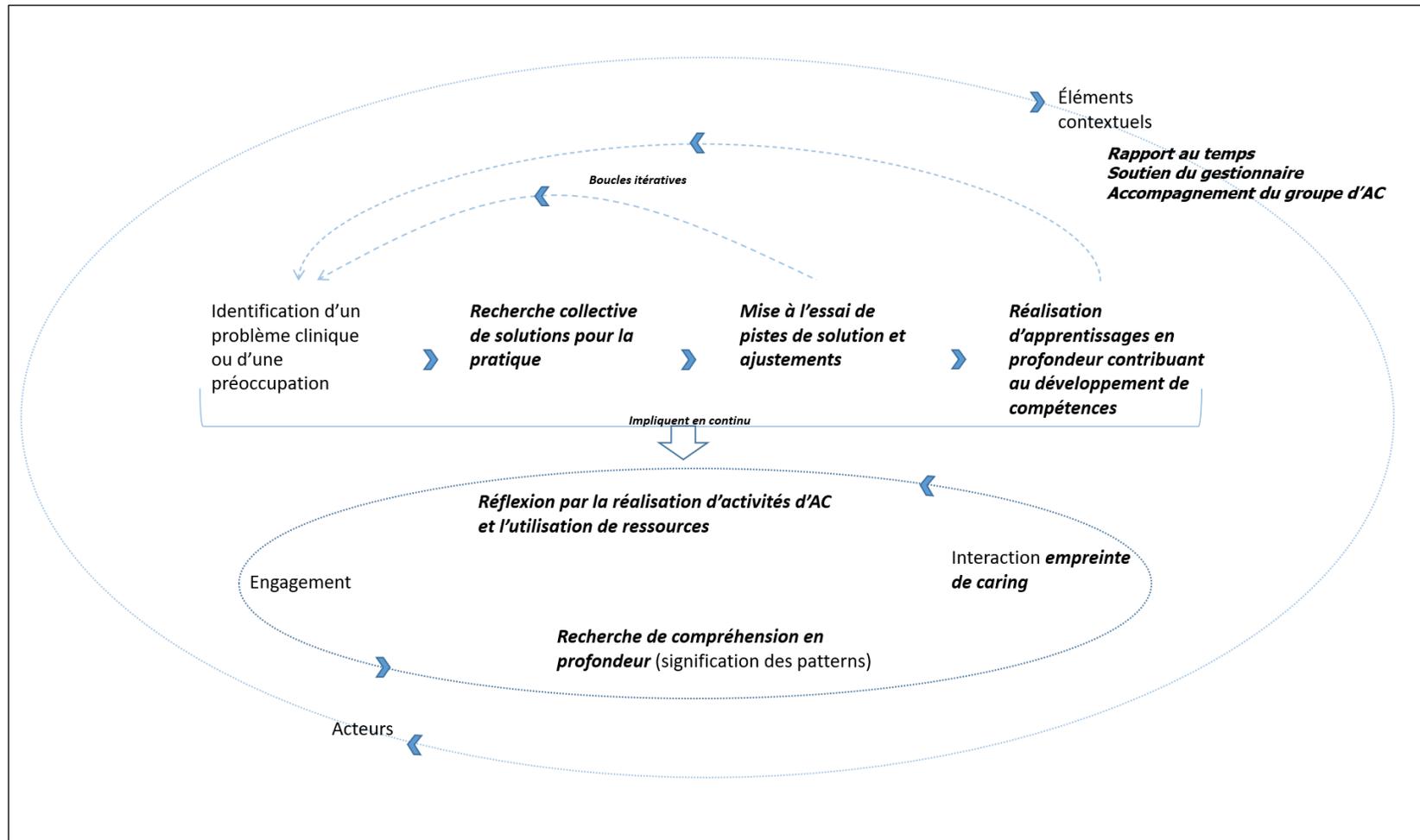


Figure 4 : Révisions et précisions apportées au modèle combiné, inspiré de Newman et de Lebrun (Les modifications sont illustrées en gras et en italique dans la figure.)

Plus spécifiquement, il apparaît comme un concept clé qui doit être connecté à la composante transversale de « l'interaction ». Comme en témoignent les résultats, ce n'est pas le simple fait d'être en interaction qui conduit à la réalisation d'apprentissages en profondeur. En effet, l'interaction empreinte de *caring* apparaît comme étant essentielle au développement d'une relation éducative dans laquelle les participantes réfléchissent en synergie, développent des relations de réciprocité par le respect, le partage, l'écoute et l'authenticité. Ces précisions apportées au modèle combiné à la lumière des résultats de cette étude concordent avec les propos de l'ouvrage de Cara, Hills et Watson (2021) présentés précédemment dans la discussion.

La quatrième précision apportée au modèle combiné touche la signification des *patterns*. Ce concept, provenant de la perspective infirmière de Newman et de ses collaborateurs (2008), n'est pas simple à saisir au premier regard. Ce que ce concept met en évidence, tout comme les résultats de cette étude doctorale, c'est la recherche de sens et de compréhension en profondeur dans la pratique. C'est pourquoi la signification des *patterns* a été rattachée (et incluse) à la « recherche de compréhension en profondeur », laquelle est plus pragmatique et claire au premier regard.

La cinquième précision concerne l'espace de transformation. Initialement, ce concept, provenant de la perspective infirmière de Newman et de ses collaborateurs (2008), avait été rattaché à l'environnement. Toutefois, étant donné que l'espace de transformation englobe l'ensemble du processus d'AC, il a été retiré de l'environnement. L'expérience de DPI et d'AC constitue en soi un espace de transformation, toujours au sens où le conçoivent Newman et ses collaborateurs (2008). Ce concept n'a donc pas été repositionné visuellement sur le schéma du modèle combiné, car il n'est pas une de ses composantes transversales. Par ailleurs, concernant les composantes transversales des acteurs et de l'engagement, ces dernières ont été conservées. Néanmoins, elles ont été revues afin d'être mieux définies.

Concernant les acteurs, en plus des éléments de définition qui ont été donnés dans le cadre de référence, ces derniers peuvent aussi inclure, au-delà des participantes au groupe d'AC et de l'animateur, des personnes agissant comme des ressources auprès du groupe d'AC. À titre d'exemple, dans le cadre de cette étude, les conseillères en éthique clinique, qui sont venues échanger avec les participantes de l'un des groupes d'AC, ont été des ressources. À ce sujet, Tardif (2017), qui s'intéresse à l'apprentissage et au développement des compétences, qualifierait ces ressources d'externes.

Par rapport à l'engagement, ce dernier comprend non seulement la motivation, mais aussi la participation soutenue aux rencontres d'AC ainsi que la réflexion à laquelle l'AC conduit tant individuellement qu'en groupe. L'engagement s'inscrit de pair avec « l'interaction », qui a été renommée « interaction empreinte de *caring* » à la lumière des résultats de la recherche. En effet, par leur engagement et leur interaction empreinte de *caring*, les participantes au groupe d'AC créent ce que Newman et ses collaborateurs nomment un « processus mutuel ». C'est à partir de ce processus mutuel que se coconstruisent les apprentissages dans des relations égalitaires et empreintes de respect, comme cela a été décrit dans l'interaction empreinte de *caring*.

En résumé, les résultats de cette recherche collaborative confirment la nature systémique et itérative de l'AC. Les participantes sont motivées à apprendre en groupe avec leurs pairs lorsqu'elles ont un temps protégé sur leurs heures de travail pour réfléchir à un problème ou à une situation clinique qui les préoccupent dans leur pratique. Elles coconstruisent le sens de leur pratique et leurs apprentissages par des activités ancrées dans leur milieu de travail ainsi qu'un accompagnement humaniste empreint de *caring*. De plus, les résultats de cette étude ont permis de proposer un modèle combiné précisé de l'AC, ancré dans un contexte de DPI en milieu clinique et plus particulièrement en SAD. Cette première partie de la discussion pose les jalons pour la poursuite de la réflexion au regard des apports méthodologiques de cette recherche collaborative à l'avancement des connaissances en matière de DPI et plus largement à la science de la formation infirmière.

### **Apports des postulats de la recherche collaborative à l'apprentissage collaboratif**

L'AC, en raison de la souplesse qu'il confère, peut paradoxalement laisser le formateur-accompagnateur sans repère, à certains moments, pour guider ses interventions auprès du groupe d'AC. En ce sens, les trois postulats de la recherche collaborative – a) l'acteur compétent en contexte; b) le double agenda ainsi que c) la double vraisemblance (Desgagné, 1997) –, de par leur perspective plus large, ont servi de points de repère pour guider globalement les interventions de l'étudiant-chercheur dans l'accompagnement des participantes aux groupes d'AC.

Le premier postulat, soit l'acteur compétent en contexte, a servi de guide à l'étudiant-chercheur pour poser davantage des questions visant une recherche de compréhension en profondeur aux participantes par rapport à la situation ou au problème clinique qui leur était d'intérêt. À titre d'exemple, ces questions pouvaient être : « a) Quand vous vous sentez impuissantes face à cette situation avec cette cliente, à quoi pensez-vous? b) Qu'est-ce que cela suscite en vous lorsque vous savez qu'en raison des choix personnels de ce client, vous n'êtes pas en mesure d'exercer votre profession selon les meilleures pratiques fondées sur des résultats probants? ». En posant ce type de questions, l'étudiant-chercheur voulait arriver à ce que chacune des participantes puisse mettre en évidence et partager « son intelligence de la situation » (Desgagné, 1997, p. 374), à partir de sa compréhension, de ses émotions et de son expérience, au reste du groupe d'AC. Les activités d'AC proposées par l'étudiant-chercheur étaient un moyen utilisé pour que chacune des participantes puisse avoir la chance d'exprimer son point de vue et d'échanger sur ce dernier avec ses collègues. Une telle interaction prenant en considération l'intelligence de la situation de chacun des participants a permis, comme le souligne Sieber (2015), de concevoir et d'organiser des situations d'enseignement-apprentissage ancrées dans une perspective socioconstructiviste et propices au dialogue en vue de provoquer et de résoudre des conflits socio-cognitifs chez les apprenants. De ces échanges ancrés dans la réflexion se sont réalisés des apprentissages en profondeur enracinés dans un contexte, une expérience professionnelle et un répertoire de ressources scientifiques. C'est aussi à partir de l'intelligence de la situation des acteurs (des participants) compétents en contexte que se sont amorcées et réalisées les activités d'AC.

Le deuxième postulat de la recherche collaborative, le double agenda, a aussi eu un apport à l'AC. La recherche et le DP étant au cœur de ce double agenda, ce dernier a contribué à faire en sorte que l'étudiant-chercheur accorde autant d'importance à son rôle de chercheur qu'à son rôle de formateur (Desgagné, 1997). Le double-agenda a également guidé l'étudiant-chercheur, dans son rôle de formateur, afin qu'il apporte certaines adaptations et modifications à des activités d'AC pour mieux répondre aux besoins des apprenantes ainsi qu'à leurs styles d'apprentissage. Cela exigeait de l'étudiant-chercheur non seulement une capacité à s'adapter, mais aussi une réflexivité par rapport à ses interventions auprès des groupes d'AC, comme formateur. L'étudiant-chercheur a aussi dû faire preuve de créativité pour que les activités d'AC proposées puissent permettre aux participantes d'atteindre les objectifs qu'elles s'étaient

donnés. Cette créativité a aussi fait en sorte que les activités d'AC proposées, dans l'activité réflexive, étaient variées afin de maintenir l'intérêt des participantes à s'engager et à interagir dans les rencontres d'AC. De tels ajustements ont été nécessaires, car il a été certes facile, pour les participantes, d'identifier des problèmes rencontrés dans leur pratique, mais lorsque venait le temps d'identifier plus précisément ce qu'elles souhaitaient apprendre par rapport à ces problèmes rencontrés, cela s'avérait moins spontané et nécessitait un accompagnement plus soutenu de la part de l'étudiant-chercheur. À cet égard, cette question clé était fréquemment posée aux participantes : « À travers cette situation ou ce problème clinique que vous venez d'identifier et de décrire, que souhaitez-vous apprendre? ». L'utilisation de cette question auprès des participantes a permis de les accompagner concrètement et de les aider à clarifier ce qu'elles souhaitaient réaliser et apprendre en groupe d'AC tout en soutenant leur participation qui s'avérait incontournable pour arriver à une coconstruction de connaissances tant pour la pratique que pour la recherche. C'est en ce sens que le postulat du double agenda de la recherche collaborative a eu un apport à l'AC.

Enfin, le troisième postulat de la recherche collaborative, celui de la double vraisemblance, a aussi eu son apport à l'AC à certains égards. Lorsque les connaissances coconstruites en groupe pour la pratique présentaient un écart avec les écrits généralement reconnus au plan empirique, l'étudiant-chercheur avait la légitimité de soulever cette disparité entre la pratique et la recherche et d'en discuter ouvertement, dans les activités d'AC, avec les participantes. C'est en vertu de cette double vraisemblance que l'étudiant-chercheur pouvait intervenir pour mieux accompagner les participantes dans leur réflexion. Les participantes manifestaient aussi une ouverture et accordaient une crédibilité à cette réflexion alimentée par des résultats probants au sein du groupe d'AC. C'est qu'elles ont perçu et défini cette intervention de l'étudiant-chercheur comme faisant partie de « l'accompagnement » de leur groupe d'AC.

Malgré l'apport des trois postulats de la recherche collaborative à l'AC, il demeure important de souligner que la recherche collaborative en soi, de par la démarche de DP qu'elle comprend, amène à poser la question de la pérennité de cette démarche de DP, par l'activité réflexive, après la recherche. La recherche collaborative poursuivant un double agenda, il s'avère important de mettre en lumière un défi soulevé par la majorité des participantes des deux groupes d'AC. Il s'agissait d'un désir ressenti et exprimé d'assurer la pérennité des rencontres

des groupes d'AC, plus précisément de l'activité réflexive, après la fin de cette recherche à laquelle elles ont participé. Même si l'ensemble des participantes avait manifesté un désir de poursuivre des rencontres d'AC après la fin de la collecte de données, un seul groupe d'AC a continué de se réunir pendant trois mois, soit jusqu'à l'été 2020. Après quoi, selon les participantes de ce groupe, faute de soutien et de ressources pour coordonner les rencontres d'AC, ces dernières n'ont pas été reprises. Dans l'autre groupe d'AC, étant donné qu'il n'y avait pas de soutien à l'organisation ni à l'animation des rencontres d'AC, ces dernières n'ont pas été poursuivies. Malgré la flexibilité et la pertinence des activités d'AC, comme l'évoquent Barkley, Major et Cross (2014), ainsi que la motivation des participants, sans accompagnement des infirmières en milieu clinique, l'AC peut difficilement s'avérer être une stratégie éducative de DPI pérenne à long terme dans le temps.

### **Limites de l'étude**

Tout au long de la discussion, les forces de cette recherche ont été relevées avec ses contributions à l'avancement des connaissances. Néanmoins, cette recherche collaborative comporte aussi des limites qui nécessitent d'être également discutées. La première limite de cette étude réside dans le fait qu'elle soit fortement contextualisée. En effet, elle s'est déroulée dans un seul CIUSSS avec un nombre restreint de groupes d'AC. Toutefois, le fait d'avoir réalisé la recherche avec deux équipes de SAD sur deux sites différents de ce même CIUSSS a permis d'analyser des données provenant de deux équipes distinctes d'infirmières en SAD. La validation des résultats auprès des deux différents groupes d'AC confirme également le partage d'un point de vue commun, bien que chacun des groupes ait travaillé sur des sujets différents et ait aussi réalisé des activités d'AC variées. Néanmoins, il pourrait exister d'autres caractéristiques de l'AC qui contribuent à la réalisation d'apprentissages chez des infirmières de SAD dans d'autres milieux de soins, par exemple. Il en va de même également concernant les éléments contextuels influençant leur participation à des groupes d'AC. Cela dit, cette étude pose les premiers jalons au regard de l'utilisation de l'AC en milieu clinique avec des infirmières de SAD qui oeuvrent auprès de personnes âgées présentant des problèmes de santé complexes.

La deuxième limite de l'étude concerne les caractéristiques individuelles et de groupe des personnes qui ont participé à la recherche. Étant donné que les participantes avaient déjà

une prédisposition favorable à prendre part aux rencontres d'AC, il est possible qu'elles se soient montrées plus motivées et plus engagées que d'autres de leurs collègues ou plus largement que la population infirmière en SAD. La motivation contribuant à l'amorce de la réalisation d'apprentissages, il est possible que l'efficacité au regard de l'utilisation de l'AC soit plus mitigée, en termes d'apprentissages et de DPI, lorsqu'il est utilisé auprès de personnes moins motivées et moins engagées dans leurs apprentissages et leur DP.

La troisième limite a trait aux caractéristiques de l'étudiant-chercheur. Comme en témoignent les résultats, les caractéristiques de l'AC sont interreliées aux éléments contextuels dont l'un de ceux-ci est l'accompagnement du groupe d'AC par l'étudiant-chercheur, dans un rôle de formateur. Dans cette recherche-ci, l'étudiant-chercheur comptait une dizaine d'années d'enseignement tant en milieux universitaires que cliniques. Il était déjà familier avec des stratégies d'enseignement-apprentissage en mode actif et centrées sur l'apprenant, ce qui lui conférait une « sensibilité expérientielle » (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 244) pour s'adapter aux besoins des participantes aux groupes d'AC. Il comptait également à son actif une expérience clinique en SAD, ce qui faisait en sorte qu'il était familier avec le discours et la pratique clinique des participantes. À cet égard, les participantes auraient peut-être posé un regard différent sur leur expérience d'AC si elles avaient été accompagnées par un chercheur dont l'expertise avait été différente tant au plan de l'enseignement-apprentissage que de la pratique clinique.

### **Retombées et recommandations**

Cette recherche apporte des résultats susceptibles d'enrichir les pratiques actuelles en matière d'AC et de DPI en milieu clinique. À cet égard, les retombées et les recommandations qui en découlent se doivent d'être considérées dans une perspective globale et systémique dans laquelle tous les acteurs doivent agir en synergie, c'est-à-dire de manière cohérente et concertée. Les sections qui suivent servent à présenter ces retombées et recommandations sous quatre différents angles à savoir : la formation infirmière, la recherche, la gestion et le politique.

## **Retombées et recommandations pour la formation infirmière**

Concernant la formation infirmière, les résultats de cette recherche collaborative révèlent que l'AC est une stratégie éducative qui conduit à la réalisation d'apprentissages en profondeur qui contribuent au développement des compétences des infirmières en milieu clinique. Ils conduisent aussi à formuler des recommandations à l'intention des milieux cliniques et académiques.

### ***En milieu clinique***

Les retombées et les recommandations pour le milieu clinique se déclinent en deux points. Le premier concerne les infirmières en pratique clinique (en soins directs à la clientèle). Le deuxième, quant à lui, s'adresse aux conseillères en soins infirmiers, qui sont souvent impliquées dans la formation, en milieu clinique auprès des infirmières.

**Pour les infirmières en pratique clinique.** Ce que cette recherche apporte comme retombée en pratique clinique, c'est que l'AC peut être une stratégie de DPI utilisée en milieux de soins afin que les infirmières se développent professionnellement en mode participatif et ce, malgré des ressources et un rapport au temps parfois perçus, au premier abord, comme étant limités ou contraignants. Toutefois, pour ce faire, les infirmières doivent en premier lieu avoir, ou développer, et entretenir leur motivation à apprendre pour améliorer la qualité des soins. À cet égard, il est essentiel qu'elles s'engagent dans une démarche de DPI. Cela signifie qu'elles doivent notamment prendre du temps, dans leur pratique, au moyen de l'AC, pour réfléchir sur cette dernière. Pour ce faire, il est impératif qu'elles revoient ou revisitent leur rapport au temps afin qu'elles perçoivent la valeur des activités de DPI qu'elles réalisent, comme celles d'AC, comme un investissement dans leur pratique plutôt que comme une perte de temps qu'elles auraient dû consacrer à des soins directs à la clientèle.

De plus, pour utiliser le plus judicieusement possible le temps consacré à l'AC, l'infirmière doit faire preuve d'une forme d'auto-responsabilisation par sa curiosité; aller à la découverte de ses collègues et s'intéresser à leurs différentes expertises susceptibles de la soutenir dans sa pratique professionnelle. Il est aussi fortement souhaitable que l'infirmière reste

en mode participatif en dehors des rencontres d'AC, en faisant appel, dans sa pratique clinique, à ces ressources et ces expertises découvertes au moyen de l'AC. Un tel engagement actif de l'infirmière dans son DPI permet non seulement un partage d'expertises et de ressources pertinentes, au moyen de l'AC, mais contribue aussi à décloisonner la pratique professionnelle en solo au SAD.

**Pour les conseillères en soins infirmiers responsables de la formation en milieu clinique.** Après les infirmières en pratique clinique, les conseillères en soins infirmiers sont souvent des actrices de premier plan dans la conception et le déploiement d'activités de DPI en milieu clinique. Cette ressource de référence pour les infirmières en pratique clinique pourrait jouer un rôle important dans l'instauration, l'accompagnement, le suivi et la pérennisation de groupes d'AC en milieu clinique. À cet égard, la première recommandation, pour les conseillères en soins infirmiers, mise sur le développement de leurs compétences non seulement par rapport à leur sphère d'expertise en soins cliniques, mais aussi au regard de la formation (impliquant notamment l'utilisation de l'AC). Plus concrètement, cela signifie qu'elles devraient par exemple fonder leurs interventions de formation en milieu clinique sur des principes qui valorisent : (1) la reconnaissance de l'expertise des acteurs compétents en contexte, (2) le partage et le respect mutuels en groupe (faisant ici référence au *caring*), (3) la réflexion sur la pratique et sur l'intégration des apprentissages dans la pratique ainsi que (4) la réflexivité sur le processus d'apprentissage.

Dans un même ordre d'idées, en développant leurs compétences en formation, les conseillères en soins infirmiers seront aussi davantage en mesure d'utiliser l'AC non seulement dans le cadre d'une activité d'enseignement-apprentissage, mais également en amont de celle-ci. En ce sens, la deuxième recommandation qui les vise, concerne la mise à contribution des infirmières en pratique clinique dans le processus d'évaluation de leurs besoins d'apprentissage et de DPI. L'implication des infirmières en pratique clinique devrait également être sollicitée par les conseillères en soins infirmiers pour participer à la sélection et à l'élaboration des activités d'AC conçues et déployées à leur intention en milieu clinique de sorte que l'apprentissage et la pratique soient plus facilement imbriqués et intégrés l'un à l'autre. En ce sens, le rôle le plus important des conseillères en soins infirmiers, en milieu clinique, doit viser à fournir un accompagnement adapté aux infirmières soignantes afin qu'elles puissent réaliser

des activités de DPI en mode participatif. À cet égard l'AC peut valoriser ce mode participatif de DPI lorsque les participantes sont accompagnées adéquatement.

### ***En milieu académique***

Bien que cette recherche collaborative se soit intéressée à la formation infirmière dans un contexte de DPI en milieu clinique, ses résultats laissent entrevoir une pertinence de l'AC en milieu académique dès la formation infirmière initiale. En effet, il serait possible d'introduire l'AC aux étudiants en sciences infirmières afin qu'ils puissent vivre une telle expérience avant d'arriver en milieu clinique, comme professionnel, et ainsi être en mesure de continuer à réaliser des activités d'AC après avoir terminé leurs études en milieu académique. À titre d'exemple, l'AC pourrait être utilisé dans les rencontres cliniques en contexte de stage. Une telle façon de faire pourrait contribuer à les soutenir dans le développement de leur autonomie dans leur DPI et s'inscrire en cohérence avec des approches, comme celle par compétences, déjà utilisées dans certains milieux cliniques et académiques.

### **Retombées et recommandations pour la recherche**

Au plan conceptuel, une des retombées de cette recherche consiste à avoir contribué au développement de la science de la formation infirmière, de manière appliquée au moyen de l'AC en milieu clinique. Cela a été rendu possible, entre autres, en ayant puisé, rassemblé et lié des concepts provenant à la fois de la perspective infirmière de Newman et de ses collaborateurs (2008) ainsi que du modèle de Lebrun (2007), en sciences de l'éducation, pour arriver à la proposition du modèle combiné. Ce modèle pourrait être réutilisé pour réaliser d'autres recherches.

Au plan empirique, étant donné le caractère exploratoire de cette recherche collaborative, il est essentiel de souligner la nécessité de réaliser d'autres recherches de ce genre avec plus de groupes d'AC provenant de différents milieux. De telles recherches pourraient être réalisées avec des devis qui seraient davantage longitudinaux, afin d'explorer le potentiel de pérennité de l'utilisation de l'AC en milieu clinique. De plus, elles pourraient enrichir les connaissances en ce qui concerne les éléments contextuels identifiés dans cette recherche doctorale qui sont

susceptibles d'influencer la participation d'infirmières à des groupes d'AC. Aussi, en reproduisant cette étude avec d'autres groupes, il serait pertinent que les chercheurs s'intéressent aux caractéristiques du profil d'expériences en formation des accompagnateurs des groupes d'AC afin de mieux décrire le profil de compétences nécessaires à ce rôle. De tels résultats pourraient soutenir les décideurs des milieux de soins quant à la formation qu'ils devraient rendre accessible à leurs leaders en formation infirmière.

De plus, la motivation à apprendre reste somme toute encore peu connue par rapport à son sens individuel qui peut être propre et unique à chacun, au-delà du point commun de permettre d'améliorer la qualité des soins. C'est pourquoi la réalisation d'études phénoménologiques sur l'AC, dans une perspective de DPI, en lien avec la motivation individuelle, pourrait apporter une compréhension plus en profondeur du sens de l'expérience et de l'importance de l'AC en lien avec la pratique clinique et le développement des compétences. De telles études pourraient aussi contribuer à définir encore davantage ce qui est important et nécessaire dans l'accompagnement des participants à un groupe d'AC.

### **Retombées et recommandations pour la gestion**

En ce qui concerne la gestion, les résultats de cette recherche collaborative réitèrent la nécessité du soutien du gestionnaire pour instaurer des groupes d'AC en milieu clinique. Le soutien du gestionnaire passe notamment par la libération d'activités de soins sur les heures de travail, pour que les infirmières puissent participer aux rencontres d'AC. Cette recherche collaborative réitère aussi l'importance que les gestionnaires et les personnes qui accompagnent les participants des groupes d'AC orientent leurs actions de manière concertée. Découlant de ces résultats, la première recommandation, concernant la gestion, vise à ce que l'AC s'inscrive non seulement dans une approche centrée sur l'apprenant, mais qu'il soit aussi considéré parmi les moyens prioritaires d'assurer l'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers. Une telle stratégie éducative (l'AC) contribue au développement d'une organisation qui se dit et se veut apprenante. La deuxième recommandation à l'intention de la gestion consiste à ce que le milieu se dote des ressources nécessaires à la planification, à la coordination et au suivi des rencontres d'AC. En effet, les résultats de cette étude mettent en évidence que déployer des groupes d'AC exige du temps et des ressources tant matérielles que humaines pour mettre en

place une telle stratégie éducative de DPI. Sans quoi, de l'aveu même des participantes, il ne serait pas possible d'instaurer l'AC en milieu clinique.

### **Retombées et recommandations pour le politique**

Les résultats de cette recherche soulignent qu'en partageant entre elles, à partir de situations cliniques et de problèmes rencontrés dans leur pratique, et en étant accompagnées pour le faire, les participantes au groupe d'AC posent un regard réflexif individuel et collectif sur une réalité qu'elles vivent les unes avec les autres, ce qui s'inscrit dans une recherche de sens ancrée dans leur pratique. Cette recherche collaborative laisse entrevoir que l'AC puisse mieux outiller les infirmières, par le développement de leur leadership et de leur collaboration intra professionnelle, pour accompagner les personnes et leurs proches dans leurs parcours uniques de santé jalonnés de défis et de situations perçus souvent comme étant complexes.

Considérant ce qui précède, cette recherche collaborative réitère la nécessité de concevoir l'AC, comme stratégie de DPI, à l'intérieur d'un système intégré, le modèle combiné, qui comprend de multiples composantes en interaction continue les unes avec les autres. Ces interactions impliquent des ajustements avec synchronicité et cohérence de la part de l'ensemble des acteurs impliqués dans cette démarche ancrée dans la pratique. En ce sens, des décisions prises à haut niveau dans la sphère politique et professionnelle sont donc susceptibles d'exercer elles aussi une influence sur l'écosystème du DPI en milieu clinique.

Conséquemment, il apparaît comme étant non seulement important, mais aussi urgent, que l'ensemble des stratégies de DPI contextualisées, comme l'AC, puissent recevoir une attention particulière des acteurs politiques pour que les milieux cliniques soient soutenus dans la mise en œuvre de telles initiatives à l'intention des infirmières. Cela contribuerait non seulement à ce que les infirmières trouvent des pistes de solutions pour poursuivre leur apprentissage et le développement de leurs compétences tout au cours de leur carrière, dont l'importance a été réitérée dans les récents États généraux de la profession infirmière (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2021), mais aussi à ce qu'elles éprouvent un sentiment d'accomplissement et de réalisation en répondant adéquatement aux besoins des personnes et de leurs proches dans leur pratique.

## Conclusion

Les résultats de cette recherche collaborative révèlent le potentiel de l'AC à contribuer au DPI d'infirmières de SAD selon certaines conditions. La première, c'est que l'infirmière doit être motivée à se développer professionnellement sur une base individuelle. Cette motivation à se développer professionnellement se traduit par un désir d'apprendre à partir d'un sujet d'intérêt commun partagé avec ses collègues et ancré dans la pratique. La deuxième condition se rapporte aux éléments contextuels dans lesquels s'enracinent l'AC en milieu clinique. Ceux-ci sont : le rapport au temps, le soutien du gestionnaire de même que l'accompagnement empreint de *caring* des apprenants. Ces trois éléments contextuels doivent être au cœur de la planification, de l'organisation et de l'opérationnalisation de groupes d'AC en milieu clinique. De plus, de par l'interaction et la coconstruction de sens à laquelle il conduit les apprenants, l'AC contribue à la réalisation d'apprentissages en profondeur, lesquels soutiennent le développement de compétences tels le raisonnement clinique infirmier, la collaboration intraprofessionnelle de même que le leadership clinique.

Bien que cette recherche collaborative soit l'une des premières du genre à être réalisée chez des infirmières de SAD au Québec et plus largement au Canada, selon les écrits recensés, le futur du DPI devrait consister à créer des environnements d'AC en milieu de soins (Johnson et Smith, 2019). Pour ce faire, il importe, qu'à plus grande échelle, s'opère un changement de culture, où l'accent de la dernière décennie ayant été mis sur le cumul et le contrôle d'un nombre d'heures d'activités ou de crédits de formation chez les infirmières soit délaissé (McNulty, 2021), pour plutôt embrasser une perspective valorisant l'apprentissage et le DPI tout au long de la vie et de la carrière professionnelle. Déjà dans les années 1800, comme Wilson (2015) le rapporte, Nightingale pressait les infirmières de développer cette culture : « *Let us never consider ourselves finished nurses. We must be learning all our lives* » (p. 56).

Néanmoins, l'histoire témoigne, comme le soulignent Van Hoof, Sumeracki et Madan (2021), qu'une sorte de fossé existe entre les pratiques actuelles de DP en santé en milieu clinique et la science de l'apprentissage (*learning science* ou *science of learning*). À la lumière de ce constat, de l'étendu des connaissances en matière d'andragogie ainsi que des résultats de cette recherche collaborative, peut-être serait-il venu le temps de développer une science du DPI pour permettre à la profession et à la pratique infirmières de relever les défis inhérents à la

réalisation et à l'intégration d'apprentissages en milieu clinique, afin d'évoluer au diapason et de mieux répondre aux besoins de santé complexes des populations âgées les plus vulnérables de nos communautés.

## Références

- All-Party Parliamentary Groups [AAPG]. (2016). *Triple Impact – How developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth*. [https://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG\\_triple-impact.pdf](https://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG_triple-impact.pdf)
- Agrément Canada et Association canadienne de soins et services à domicile [ACSSD], (2015). *Les soins à domicile au Canada – Faire progresser l'amélioration de la qualité et les soins intégrés*. <https://accreditation.ca/sites/default/files/soins-et-services-a-domicile-au-canada-rapport.pdf>
- Andrew, N. (2013). Clinical imprinting: the impact of early clinical learning on career long professional development in nursing. *Nurse Education in Practice*, 13(3), 161–164. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2012.08.008>
- Anvik, C., Vedeler, J., Wegener, C., Slettebø, Å. et Ødegård, A. (2020), Practice-based learning and innovation in nursing homes. *Journal of Workplace Learning*, 32(2), 122-134. <https://doi.org/10.1108/JWL-09-2019-0112>
- Arbesman., S. (2015). *The Half-Life of Facts*. <https://www.youtube.com/watch?v=vZXlehStXYI>
- Arnaud, B. et Ejeil, C. (2019). *Le guide de l'organisation apprenante : plus de 100 outils et pratiques pour développer l'intelligence collective*. Eyrolles.
- Arpin, E. (2016). *L'engagement au développement professionnel des infirmières œuvrant en centre hospitalier universitaire : une étude qualitative descriptive* [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/15935>
- Avalos, B. (2011). Teacher Professional Development in "Teaching and Teacher Education" over Ten Years. *Teaching and Teacher Education: An International Journal of Research and Studies*, 27(1), 10-20.
- Bachy, S., Lebrun, M. et Smidts, D. (2010). Un modèle-outil pour fonder l'évaluation en pédagogie active : impact d'une formation sur le développement professionnel des enseignants. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 26(1), 1-16.
- Baribeau, C. (2005). L'instrumentation dans la collecte de données : Le journal de bord du chercheur. *Recherches qualitatives, Hors série* (2), 98-114.
- Barkley, E., Major, C. et Cross, K. (2014). *Collaborative Learning Techniques: A Handbook for College Faculty*. Wiley. San Francisco.
- Bednarz, N. et Desgagné, S. (dir.) (2005). Médiation entre recherche et pratique. Numéro thématique. *Revue des sciences de l'éducation*, 31(2), 245-258.

- Bednarz, N., Desgagné, S., Maheux, J. et Savoie-Zajc, L. (2012). La mise au jour d'un contrat réflexif comme régulateur de démarches de recherche participative : le cas d'une recherche-action et d'une recherche collaborative. *Recherches en éducation*, 14, 128-151.
- Bégin, C. (2008). Les stratégies d'apprentissage : un cadre de référence simplifié. *Revue des sciences de l'éducation*, 34(1), 47–67. <https://doi.org/10.7202/018989ar>
- Bell, T., Urhahne, D., Schanze, S. et Ploetzner R. (2010). Collaborative Inquiry Learning: Models, Tools and Challenges. *International Journal of Science Education*, 32(3), 349-377.
- Bellamy, A., Fiddian, M. et Nixon, J. (2006). Case reviews: promoting shared learning and collaborative practice. *Int. J. Palliat. Nurs.*, 12(4), 158-162.  
doi:10.12968/ijpn.2006.12.4.21012
- Bigossi, F. et Laborde, C. (2020). *Santé des proches aidants et interventions en santé publique – Analyse de la littérature internationale*. [https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2020/Aidants/FOCUS\\_sante\\_aidant.pdf](https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2020/Aidants/FOCUS_sante_aidant.pdf)
- Bindon, S. (2017). Professional development strategies to enhance nurses' knowledge and maintain safe practice. *Aorn Journal*.  
[https://nls.ldls.org.uk/welcome.html?ark:/81055/vdc\\_100057586422.0x000063](https://nls.ldls.org.uk/welcome.html?ark:/81055/vdc_100057586422.0x000063).
- Boissart, M. (2013). *Le référentiel de formation infirmière : un levier de la professionnalisation*. Rueil-Malmaison, France : Éditions Lamarre.
- Brekelmans, G., Poell, R. et Van Wijk, K. (2013). Factors Influencing Continuing Professional Development: A Delphi Study among Nursing Experts. *European Journal of Training and Development*, 37(3), 313-325.
- Brownie, S. M. (2018). The economic impact of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 3825–3826. <https://doi.org/10.1111/jocn.14182>
- Bruffee, K. (1984). Collaborative Learning and the « Conversation of Mankind ». *College English*, 46(7), 635-652.
- Brunt B. et Morris M. (2020). *Nursing Professional Development*. Dans StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531482/>
- Cara, C., Hills, M., et Watson, J. (2021). *An educator's guide to humanizing nursing education: grounded in caring science*. Springer Publishing Company, LLC.

- Carlson, E., Rångård, M., Bolmsjö, I. et Bengtsson, M. (2014). Registered nurses' perceptions of their professional work in nursing homes and home-based care: A focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(5), 761-767. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.10.002
- Champagne, C. et Arnaud B. (2021). *Le codéveloppement : l'intelligence collective au service de l'individu et du groupe*. Éditions Eyrolles.
- Champagne, C. et Morin, E. (2021). *Le groupe de codéveloppement : la puissance de l'intelligence collective*. Presses de l'Université du Québec.
- Charron, A. et Raby, C. Synthèse sur le socioconstructivisme. Dans C. Raby et S. Viola (dir.), *Modèles d'apprentissage et théories d'apprentissage – Pour diversifier son enseignement* (2<sup>e</sup> édition, pages 111-126). Les éditions CEC.
- Chekour, M., Laafou, M. et Idrissi, R. (2015). *L'évolution des théories de l'apprentissage à l'ère du numérique*. <https://www.epi.asso.fr/revue/articles/a1502b.htm>
- Chetty, S., Bangalee, V. et Brysiewicz, P. (2020). Interprofessional collaborative learning in the workplace: a qualitative study at a non-governmental organisation in Durban, South Africa. *BMC Medical Education*, 20(1), 346. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s12909-020-02264-5>
- CHU Sainte-Justine (2014); adapté Boyer, Pepin, Dubois, Descôteaux, Robinette et Déry, 2016. *Référentiel de compétences infirmières en milieu de soins hospitaliers québécois de l'enfant à l'adulte*. [https://cesi.ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/sites/cesi/files/media/document/PDF\\_ReferentielCompétencesInfirmieres\\_CESI.pdf](https://cesi.ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/sites/cesi/files/media/document/PDF_ReferentielCompétencesInfirmieres_CESI.pdf)
- Colacino, C. (2017). *Medicine in a Changing World*. <https://hms.harvard.edu/news/medicine-changing-world>
- Coventry, T., Maslin, S. et Smith, G. (2015). Organizational impact of nurse supply and workload on nurses continuing professional development opportunities: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2715–2727. <https://doi.org/10.1111/jan.12724>
- Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, Californie: Sage.
- Curran, M. (2013). *The Teaching Styles and Use of Adult Learning Theory among Nursing Professional Development Educators*. [Thèse de doctorat, Walden University]. ProQuest. <https://www.proquest.com/docview/1420366994>

- Daley, B., et Miller, M. (1996). Defining home health care nursing: implications for continuing nursing education. *Journal Of Continuing Education In Nursing*, 27(5), 228-237.
- Damşa C. (2014). The multi-layered nature of small-group learning: productive interactions in object-oriented collaboration. *International Journal of Computer-Supported Collaborative Learning : An Official Publication of the International Society of the Learning Sciences*, 9(3), 247–281. <https://doi.org/10.1007/s11412-014-9193-8>
- Davidson, N. et Major, C. (2014). Boundary Crossings: Cooperative Learning, Collaborative Learning, and Problem-Based Learning. *Journal on Excellence in College Teaching*, 25(3), 7-54.
- Davis, L., Taylor, H. et Reyes, H. (2014). Lifelong learning in nursing: A Delphi study. *Nurse Education Today*, 34(3), 441-445. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.04.014>
- De Corte, E. (2010). Comment apprend-on ? : la recherche au service de la pratique. Dans *Les conceptions de l'apprentissage au fil du temps*. Éditions OCDE. <https://doi.org/10.1787/9789264086944-4-fr>
- De Vlieghe, K., Declercq, A., Aertgeerts, B., Gosset, C., Heyden, I. et Moons, P. (2014). The Activity Profile of Home Nurses: A Systematic Review. *Home Health Care Management & Practice*, 26(4), 257-265. doi:10.1177/1084822314527293
- Deshaies, C., Bilodeau, H. et Leprohon, J. (2010). *Lignes directrices : L'exercice infirmier en santé communautaire – soutien à domicile*. [http://www.oiiq.org/sites/default/files/295LD-Soutiendomicile\\_0.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/295LD-Soutiendomicile_0.pdf)
- Desgagné, S. (1997). Le concept de recherche collaborative : l'idée d'un rapprochement entre chercheurs universitaires et praticiens enseignants. *Revue des sciences de l'éducation*, 23(2), 371-393.
- Desgagné, S. (1998). La position du chercheur en recherche collaborative: illustration d'une démarche de médiation entre culture universitaire et culture scolaire. *Recherches qualitatives*, 18, 77-105.
- Desgagné, S. (2001). La recherche collaborative: nouvelle dynamique de recherche en éducation. Dans M. Anadon (dir.): *Des nouvelles dynamiques de recherche en éducation* (p. 51-76). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Desgagné, S. et Bednarz, N. (2005). Médiation entre recherche et pratique en éducation : faire de la recherche « avec » plutôt que « sur » les praticiens. *Revue Des Sciences De L'éducation*, 31(2), 245–258. <https://doi.org/10.7202/012754ar>

- Desgagné, S., Bednarz, N., Couture, C., Poirier, L. et Lebuis, P. (2001). L'approche collaborative de recherche en éducation: un nouveau rapport à établir entre recherche et formation. *Revue des sciences de l'éducation*, 27(1), 33-64.
- Dewey, J. (1938). *Experience and Education*.  
<http://ruby.fgcu.edu/courses/ndemers/colloquium/experiencededucationdewey.pdf>
- Dillenbourg, P. (1999). *Collaborative learning : cognitive and computational approaches* (1st ed., Ser. Advances in learning and instruction series). Pergamon.
- Dickerson, P. (2019). Be Present, Be Visible, Be a Leader. *Journal for Nurses in Professional Development*, September/October, 35(5), 300-301.
- Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique et Ministère de la famille (2018). *Les aînés du Québec – Quelques données récentes*.  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/aines-quebec-chiffres.pdf>
- Direction régionale de santé publique de Montréal (2021). *Portrait de santé de la population – CIUSSS de l'Ouest*.  
[https://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9\\_des\\_Montr%C3%A9alais/Portrait\\_global/PortraitsCIUSSS2018/1\\_Portrait\\_CO\\_2021.pdf](https://emis.santemontreal.qc.ca/fileadmin/emis/Sant%C3%A9_des_Montr%C3%A9alais/Portrait_global/PortraitsCIUSSS2018/1_Portrait_CO_2021.pdf)
- Dolbec, A. (2003). La recherche-action. Dans B. Gauthier (dir.) *Recherche sociale – De la problématique à la collecte des données* (pp.505-540). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Dubé, V. (2012). *Développement, mise à l'essai et évaluation d'une intervention de pratique réflexive avec des infirmières oeuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées*. [Thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus.  
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/2972/browse?type=author&value=Dub%C3%A9%2C+V%C3%A9ronique>
- Dumais, L. (2018). *Le soutien à domicile et aux proches aidants : une incursion nécessaire de la philanthropie*. Réseau canadien de recherche partenariale sur la philanthropie. <https://philab.uqam.ca/blogue-accueil/le-soutien-a-domicile-et-aux-proches-aidants-une-incursion-necessaire-de-la-philanthropie/>
- Duncan, M. (2019). Employers' duty of care to district nursing team members: health and safety concerns with lone domiciliary visits. *British Journal of Community Nursing*, 24(8), 377-379. doi:10.12968/bjcn.2019.24.8.377
- Duncombe, R. et Armour, K. (2004). Collaborative Professional Learning : from theory to practice. *Journal of In-Service Education*, 30(1), 141-166.
- Gallagher, L. (2007). Continuing education in nursing: A concept analysis. *Nurse Education Today*, 27, 466-473.

- Ganann, R., Weeres, A., Lam, A., Chung, H. et Valaitis, R. (2019). Optimization of home care nurses in canada: a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 27(5), 621. <https://doi.org/10.1111/hsc.12797>
- Girling, A. et Pierce, E. (2019). Pick 'n' mix teaching: a solution to learner engagement? *British Journal of Nursing*, 28(2), 126-127. doi:10.12968/bjon.2019.28.2.126
- Glasper, A. (2018). Problems affecting the continuing professional development of nurses. *British Journal of Nursing*, 27(12), 714-715. doi:10.12968/bjon.2018.27.12.714
- Godin, M. (2018). *Le développement du leadership clinique infirmier et celui de la leader révélés par les récits de vie d'infirmières qui exercent ce leadership*. [Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke]. Savoirs UdeS. [https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/14930/Godin\\_Marie\\_Jose\\_e\\_PhD\\_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y](https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/14930/Godin_Marie_Jose_e_PhD_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y)
- Gohier, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24, 3-17.
- Gokhale, A. (1995). Collaborative Learning Enhances Critical Thinking. *Journal of Technology Education*, 7(1), 1045-1064. <https://doi.org/10.21061/jte.v7i1.a.2>
- Gosselin, M., Viau-Guay, A. et Bourassa, B. (2014). Le développement professionnel dans une perspective constructiviste ou socioconstructiviste : compréhension conceptuelle pour des implications pratiques. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 16(3), 1-20.
- Goudreau, J., Pepin, J., Larue, C., Dubois, S., Descoteaux, R., Lavoie, P., et Dumont, K. (2015). A competency-based approach to nurses' continuing education for clinical reasoning and leadership through reflective practice in a care situation. *Nurse Education in Practice*, 15, 572-578. doi:10.1016/j.nepr.2015.10.013
- Gray, L. (2014). Rural School Nurse Perception of Book Studies as an Effective Method for Professional Development. *NASN School Nurse*, 29(3), 146-151. doi:10.1177/1942602X13504593
- Green, J., Wyllie, A. et Jackson, D. (2014). Electronic portfolios in nursing education: A review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 14(1), 4-8. doi:10.1016/j.nepr.2013.08.011
- Griscti, O. et Jacono, J. (2006). Effectiveness of continuing education programmes in nursing: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 449-456.
- Harper, M. et Bindon, S. (2020). Envisioning the Future of Nursing Professional Development. *Journal for Nurses in Professional Development*, January/February, 36(1), 39-40.

- Harper, M. et Maloney, P. (2016). *Nursing Professional Development : Scope and Standards of Practice, 3rd edition*. Chicago, United States of America: Association for Nursing Professional Development.
- Harvey, B. (2017). *Réflexion sur le soutien aux aînés à domicile – Consultation des ordres professionnels – Priorités du ministre de la Santé et des Services sociaux 2016-2017*. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1456160/1478-reflexion-soutien-aines-domicile-web.pdf>
- Hayes, C. (2016). Approaches to continuing professional development: putting theory into practice. *British Journal of Nursing*, 25(15), 860-864.
- Henri, F. et Lundgren K. (2001). *Apprentissage collaboratif à distance*. Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.
- Hill, B. (2019). Preparing nursing professionals fit for the evolving healthcare landscape. *British Journal of Nursing*, 28(4), 264-265. doi:10.12968/bjon.2019.28.4.264
- Horn, K., Pilkington, L. et Hooten, P. (2019). Pediatric staff nurses' conceptualizations of professional development. *Journal of Pediatric Nursing*, 45, 51–56. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.01.002>
- Hssain, I, Alinier, G. et Souaiby, N. (2013). La simulation in-situ : L'autre approche de la sécurité du patient ou l'entraînement en immersion. *Med Emergency*, 15, 17-28.
- Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada [IISCC] (2010). *Compétences en soins infirmiers à domicile*. <https://www.chnc.ca/en/membership/documents/loadDocument?id=574&download=1>
- Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada [IISCC] (2019). *Modèle et norme de pratique professionnelle des soins infirmiers en santé communautaire au Canada – French*. <https://www.chnc.ca/fr/normes-de-pratique>
- Jacob, É. et Arousseau, E. (2019). 10 paramètres à savoir avant d'entreprendre une recherche collaborative. *Revue Canadienne des Jeunes Chercheuses et Chercheurs en Éducation*, 10(1), 122-130.
- Jacobs, G., Power, M. et Inn, L. (2002). *The Teacher's Sourcebook for Cooperative Learning: Practical Techniques, Basic Principles, and Frequently Asked Questions*. Corwin Press, Inc., A Sage Publications Company.
- Jantzen, D. (2008). Reframing professional development for first-line nurses. *Nursing Inquiry*, 15(1), 21-29.

- Jantzen, D. (2019). Refining nursing practice through workplace learning: a grounded theory. *Journal of Clinical Nursing*, 28(13-14), 2565–2576. <https://doi.org/10.1111/jocn.14841>
- Johnson, J. (2016). Evidence-based professional development practice. *Journal for Nurses in Professional Development*, 32(4), 219–20. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000263>
- Johnson, C. et Smith, C. (2019). The Evolution From Staff Development to Nursing Professional Development and Continuing Professional Development. *Journal for Nurses in Professional Development March/April*, 35(2), 104-106.
- Jolliffe, W. (2015). Bridging the Gap: Teachers Cooperating Together to Implement Cooperative Learning. *Education 3-13*, 43(1), 70-82.
- Jones, K., Brown, W., Bunker, J., Heywood, S., Howard, D. et Van Tromp, J. (2005). Action learning to provide continuing professional development. *Nurse Prescribing*, 3(4), 156-158.
- Joyes, V., Kerr, M. et Treasure-Jones, T. (2017). Exploring informal workplace learning in primary healthcare for continuous professional development. *Education for Primary Care*, 28(4), 216-222. doi:10.1080/14739879.2017.1298405
- Kelley, C. et Huckaby S. (2015). Modeling the Practice of Lifelong Learning in the Changing Health Care Environment. *MEDSURG Nursing*, 2-3.
- Kemp, S. et Baker, M. (2013). Continuing Professional Development – reflections from nursing and education. *Nurse Education in Practice*, 13(6), 514-545.
- King, R., Taylor, B., Talpur, A., Jackson, C., Manley, K., Ashby, N., ... Robertson, S. (2021). Factors that optimise the impact of continuing professional development in nursing: a rapid evidence review. *Nurse Education Today*, 98. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104652>
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall.
- Laal, M. et Laal, M. (2012). Collaborative learning : what is it? *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 31, 491-495.
- Lachance, C. (2014). Nursing Journal Clubs : A Literature Review on the Effective Teaching Strategy for Continuing Education and Evidence-Based Practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 45(12), 559-565.
- Landry, S. et Gril, E. (2017). L'amélioration continue pour construire l'organisation apprenante. *Gestion*, 42, 96-99. <https://doi.org/10.3917/riges.424.0096>

- Larue, C. et Hrimech, M. (2009). Analyse des stratégies d'apprentissage dans une méthode d'apprentissage par problèmes : le cas d'étudiantes en soins infirmiers. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 25(2). <http://journals.openedition.org/ripes/221>
- Lavoie, P., Boyer, L., Pepin, J., Goudreau, J. et Fima, O. (2017) Accompagner les infirmières et les étudiantes dans la réflexion sur des situations de soins : Un modèle pour les formateurs en soins infirmiers, *Quality Advancement in Nursing Education - Avancées en formation infirmière*, 3(1), Article 3. DOI: <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1100>
- Le Boterf, G. (2013). *Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétence*. Paris, France : Éditions d'Organisation groupe Eyrolles.
- Le Boterf, G. (2017). Agir en professionnel compétent et avec éthique. *Éthique Publique*, (20170711). <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.2934>.
- Le Boterf, G. (2018). *Construire les compétences collectives : coopérer efficacement dans les entreprises, les organisations et les réseaux de professionnels* (Ser. Livres outils. ressources humaines). Eyrolles.
- Lebrun, M. (2007). *Théories et méthodes pédagogiques pour enseigner et apprendre : Quelle place pour les TIC dans l'éducation?* (2<sup>e</sup> éd.). Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Lin, L. (2015). *Exploring Collaborative Learning: Theoretical and Conceptual Perspectives*. [https://pdfs.semanticscholar.org/d6b7/d6c7b4635aea7fc2fbebdc29f7b19eca4a.pdf?\\_ga=2.150553334.1981546182.1529287742-517727052.1529287742](https://pdfs.semanticscholar.org/d6b7/d6c7b4635aea7fc2fbebdc29f7b19eca4a.pdf?_ga=2.150553334.1981546182.1529287742-517727052.1529287742)
- Lubejko, B. (2015). Using Gaps to Design Educational Programs. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(6), 241-243.
- Luconi, F., Boillat, M., Mak, S., Chartrand, D., Korah, N., Daly, M., ... Gutberg, J. (2019). Patient safety and quality of care are everybody's business: evaluating the impact of a continuing professional development program beyond satisfaction. *Mededpublish*, 8(1). <https://doi.org/10.15694/mep.2019.000046.1>
- Martin, M. (2015). Caring in Nursing Professional Development. *Journal for Nurses in Professional Development*, 31(5), 271-277.
- McComiskey, F. (2017). The fundamental managerial challenges in the role of a contemporary district nurse: A discussion. *British Journal of Community Nursing*, 22(10), 489-494. doi:10.12968/bjcn.2017.22.10.489

- McInerney, P. et Green-Thompson, L. (2020). Theories of learning and teaching methods used in postgraduate education in the health sciences: a scoping review. *JBI Evidence Synthesis*, 18(1), 1-29.
- McNulty, D. (2021). Creating a Model for Mindfulness in Nursing Professional Development Using Concept Analysis. *Journal for Nurses in Professional Development July/August*, 37(4), 200-205.
- Meyer, K. (1997). An educational program to prepare acute care nurses for a transition to home health care nursing. *Journal Of Continuing Education In Nursing*, 28(3), 124.
- Miles, M., Huberman, A. et Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd Edition). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Ministère de l'éducation de l'Ontario (2016). *Définir les compétences du 21<sup>e</sup> siècle pour l'Ontario – Document de réflexion*.  
[https://pedagogienumeriqueenaction.cforp.ca/wp-content/uploads/2016/03/Definir-les-competences-du-21e-siecle-pour-l\\_Ontario-Document-de-reflexion-phase-1-2016.pdf](https://pedagogienumeriqueenaction.cforp.ca/wp-content/uploads/2016/03/Definir-les-competences-du-21e-siecle-pour-l_Ontario-Document-de-reflexion-phase-1-2016.pdf)
- Miraglia R. et Asselin, M. (2015). Reflection as an educational Strategy in Nursing Professional Development : An Integrative Review. *Journal for Nurses in Professional Development*, 31(2), 62-72.
- Morissette, J. (2012). Quelques ficelles du métier de chercheur collaboratif. *Recherches qualitatives*, 13, 5-19.
- Nafti-Malherbe, C. « La recherche participative en sociologie de l'éducation en France » (chapitre 5), dans Beaupré Pauline, Laroui, R. et Hébert Marie-Hélène (dir), *Le chercheur face aux défis méthodologiques de la recherche : freins et leviers*, Ser. Collection éducation-recherche, 39, Canada, Presses de l'Université du Québec, 2017, p. 57-68.
- Nason, R. (2017). *It's not complicated : the art and science of complexity for business*. University of Toronto Press.
- National Nursing Staff Development Organization et American Nurses Association (2010). *Nursing Professional Development – Scope and Standard of Practice*, 2<sup>e</sup> édition. Silver Spring : Nursesbooks.org.
- Newman M., Sime, A. et Corcoran-Perry, S. (1991). The focus of the discipline of nursing. *Adv. Nurs. Sci.* 14(1), 1–6.

- Newman, M., Smith, M., Pharris, M. et Jones, D. (2008) The Focus of the Discipline Revisited. *Advances in Nursing Science*, 31(1), E16-E27.
- Nightingale, F. (1859/1969). *Notes on Nursing: What It Is and What It is Not*. New York, États-Unis : Dover Publications.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2021). *États généraux OIIQ 2021 : Au cœur de l'expertise infirmière – Contribuer pleinement, pour la santé des Québécois*. [https://www.oiiq.org/documents/20147/9863346/trousse-contribution-etats-generaux-final.pdf/8b0c8671-6f9b-2537-f1e9-c422732026fd?c\\_rid=680h0001019jSRBiaDg-763055438%7C49317479&utm\\_campaign=649991&utm\\_medium=email&utm\\_source=oiiq-gen&utm\\_content=etat-generaux&syamid=299380512](https://www.oiiq.org/documents/20147/9863346/trousse-contribution-etats-generaux-final.pdf/8b0c8671-6f9b-2537-f1e9-c422732026fd?c_rid=680h0001019jSRBiaDg-763055438%7C49317479&utm_campaign=649991&utm_medium=email&utm_source=oiiq-gen&utm_content=etat-generaux&syamid=299380512)
- Organisation mondiale de la santé [OMS] (2019). *Decade of Healthy Ageing 2020-2030*. [https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-ageing-proposal-fr.pdf?Status=Temp&sfvrsn=b0a7b5b1\\_12](https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-ageing-proposal-fr.pdf?Status=Temp&sfvrsn=b0a7b5b1_12)
- Organisation mondiale de la santé [OMS] (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842\\_fre.pdf;jsessionid=5B60D2A3118A609B7D4FA6B4C6841468?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf;jsessionid=5B60D2A3118A609B7D4FA6B4C6841468?sequence=1)
- Overton, G., Kelly, D., McCalister, P., Jones, J. et MacVicar, R. (2009). The practice-based small group learning approach: making evidence-based practice come alive for learners. *Nurse Education Today*, 29(6), 671-675. doi:10.1016/j.nedt.2009.02.009
- Oxford, R. (1997). Cooperative learning, collaborative learning, and interaction: three communication strands in the language classroom. *Mod. Lang. J.*, 81(4), 443-446.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France: Armand Colin/VUEF.
- Panitz, T. (1999). *Collaborative versus Cooperative Learning: A Comparison of the Two Concepts Which Will Help Us Understand the Underlying Nature of Interactive Learning*. Cape Cod Community College, peninsula, Massachusetts; É.- U. <http://home.capecod.net/~tpanitz/tedsarticles/coopdefinition.htm>
- Paquet, M. (2014, mai). *Le codéveloppement professionnel: ensemble pour mieux apprendre*. Communication présentée au 82e Congrès de l'ACFAS, Montréal.
- Payette, A. et Champagne, C. (1997). *Le groupe de codéveloppement professionnel*. Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.

- Petrucci, C., La Cerra, C., Caponnetto, V., Franconi, I., Gaxhja, E., Rubbi, I. et Lancia, L. (2017). Literature-Based Analysis of the Potentials and the Limitations of Using Simulation in Nursing Education. *Advances in Intelligent Systems and Computing*. Doi:10.1007/978-3-319-60819-8\_7
- Pool, I., Poell, R. Berings, M. et Cate, O. (2016). Motives and activities for continuing professional development: An exploration of their relationships by integrating literature and interview data. *Nurse Education Today*, 38, 22-28. doi:10.1016/j.nedt.2016.01.004
- Price, S. et Reichert, C. (2017). The importance of continuing professional development to career satisfaction and patient care: meeting the needs of novice to mid- to late-career nurses throughout their career span. *Administrative Sciences*, 7(2). <https://doi.org/10.3390/admsci7020017>
- Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53–70. <https://doi.org/10.7202/1059647ar>
- Raby, C., Viola, S. et Beaudry, N. (2016). *Modèles d'enseignement et théories d'apprentissage : pour diversifier son enseignement* (2e édition, Ser. Vers des pratiques d'enseignement). Les Éditions CEC.
- Raina, P., Wolfson, C., Kirkland, S. et Griffith, L. (2018, Mai). *Rapport de l'étude longitudinale canadienne sur le vieillissement sur la santé et le vieillissement au Canada*. <https://www.clsa-elcv.ca/fr/doc/2661>
- Rayburn, W., Davis, D. et Turco, M. (2018). *Continuing professional development in medicine and health care: better education, better patient outcomes*. Wolters Kluwer.
- Renjith, V., Yesodharan, R., Noronha, J., Ladd, E. et George, A. (2021). Qualitative Methods in Health Care Research. *International journal of preventive medicine*, 12, 20. [https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM\\_321\\_19](https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_321_19)
- Renninger, K. A. (2019). *The cambridge handbook of motivation and learning*. Cambridge University Press.
- Reynolds, L., Attenborough, J. et Halse, J. (2020). *Nurses as educators: creating teachable moments in practice*. <https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/3/2020/01/200129-Nurses-as-educators-creating-teachable-moments-in-practice.pdf>
- Rivard, P. et Lauzier, M. (2013). *La gestion de la formation et du développement des ressources humaines : pour préserver et accroître le capital compétence de l'organisation* (2e édition). Presses de l'Université du Québec.

- Roberts, K., Rao, D., Bennett, T., Loukine, L. et Jayaraman, G. (2015). Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada - Research, Policy and Practice*, 35(6), 87-94.
- Rondeau, K. et Paillé, P. (2016). L'analyse qualitative pas à pas : gros plan sur le déroulé des opérations analytiques d'une enquête qualitative. *Recherches qualitatives*, 35(1), 4-28.
- Roselli, N. (2016). Collaborative learning: Theoretical foundations and applicable strategies to university. *Propósitos y Representaciones*, 4(1), 219-280. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2016.v4n1.90>
- Russell, K. et Coventry, T. (2019). Innovations in postgraduate work integrated learning within the perioperative nursing environment: a mixed method review. *Journal of Perioperative Nursing*, 32(1), 27-31.
- Sanchez, É. et Monod-Ansaldi, R. (2015). Recherche collaborative orientée par la conception. Un paradigme méthodologique pour prendre en compte la complexité des situations d'enseignement-apprentissage. *Éducation et didactique*, 9(2), 73-94.
- Sandars, J. et Langlois, M. (2006). Online collaborative learning for healthcare continuing professional development: lessons from the recent literature. *Education for Primary Care*, 17(6), 584-592.
- Santos, M. (2012). Nurses' barriers to learning: an integrative review. *Journal For Nurses In Staff Development*, 28(4), 182-185.
- Saracci, C., Mahamat, M. et Jacquérior, F. (2019). Comment rédiger un article scientifique de type revue narrative de la littérature? *Revue Médicale Suisse : Revue Officielle De La Société Médicale De La Suisse Romande Et De La Société Suisse De Médecine Interne*.
- Savoie-Zajc, L. (2000). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenti et L. Savoie-Zajc (dir.), *Introduction à la recherche en éducation* (pp. 171-198). Sherbrooke, Canada : Éditions du CRP.
- Savoie-Zajc, L. (2019). Les pratiques des chercheurs liées au soutien de la rigueur dans leur recherche : une analyse d'articles de Recherches qualitatives parus entre 2010 et 2017. *Recherches qualitatives*, 38(1), 32-52. <https://doi.org/10.7202/1059646ar>

- Schweitzer, D. et Krassa, T. (2010). Deterrents to Nurses' Participation in Continuing Professional Development: An Integrative Literature Review. *Journal of Continuing Education In Nursing*, 41(10), 441-447. doi:10.3928/00220124-20101001-04
- Shimizu, I., Kikukawa, M., Tada, T., Kimura, T., Duvivier, R. et Van Der Vleuten, C. (2020). Measuring social interdependence in collaborative learning: instrument development and validation. *BMC Medical Education*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02088-3>
- Sieber, R. (2015). «Tous chercheurs» et «tous dignes»: l'égalité dans la légalité. [https://doc.rero.ch/record/258843/files/MAES\\_2015\\_MEM\\_Sieber\\_Robert.pdf](https://doc.rero.ch/record/258843/files/MAES_2015_MEM_Sieber_Robert.pdf)
- Stahl, G. (2013). *Theories of Cognition in Collaborative Learning*. <http://gerrystahl.net/pub/clhandbook.pdf>
- Staniland, K., Rosen, L. et Wild, J. (2011). Staff support in continuing professional development. *Nursing Management - UK*, 18(1), 33-37.
- Stevenson, R. et Moore, D. E. J. (2018). Ascent to the summit of the CME pyramid. *Jama*, 319(6), 543-544. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.19791>
- Takase, M., Yamamoto, M., Sato, Y., Niitani, M. et Uemura, C. (2015). The relationship between workplace learning and midwives' and nurses' self-reported competence: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1804-1815. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.06.016
- Tardif, J. « Des repères conceptuels à propos de la notion de compétence, de son développement et de son évaluation » (chapitre 1), dans Pournay, Marianne, Tardif, Jacques, Georges, François (dir.), *Organiser la formation à partir des compétences. Un pari gagnant pour l'apprentissage dans le supérieur*, Louvain-la-Neuve, Belgique, De Boeck, 2017, p. 15-37.
- Thorne, S. (2014). What constitutes core disciplinary knowledge. *Nursing Inquiry*, 21(1) 1-2.
- Trudel, L., Simard, C. et Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? *Recherches qualitatives, Hors série*(5), 38-45.
- Van Hoof, T., Sumeracki, M. et Madan, C. (2021). Science of Learning Strategy Series: Article 1, Distributed Practice. *Journal of Continuing Education in the Health Professions Winter*, 41(1), 59-62.

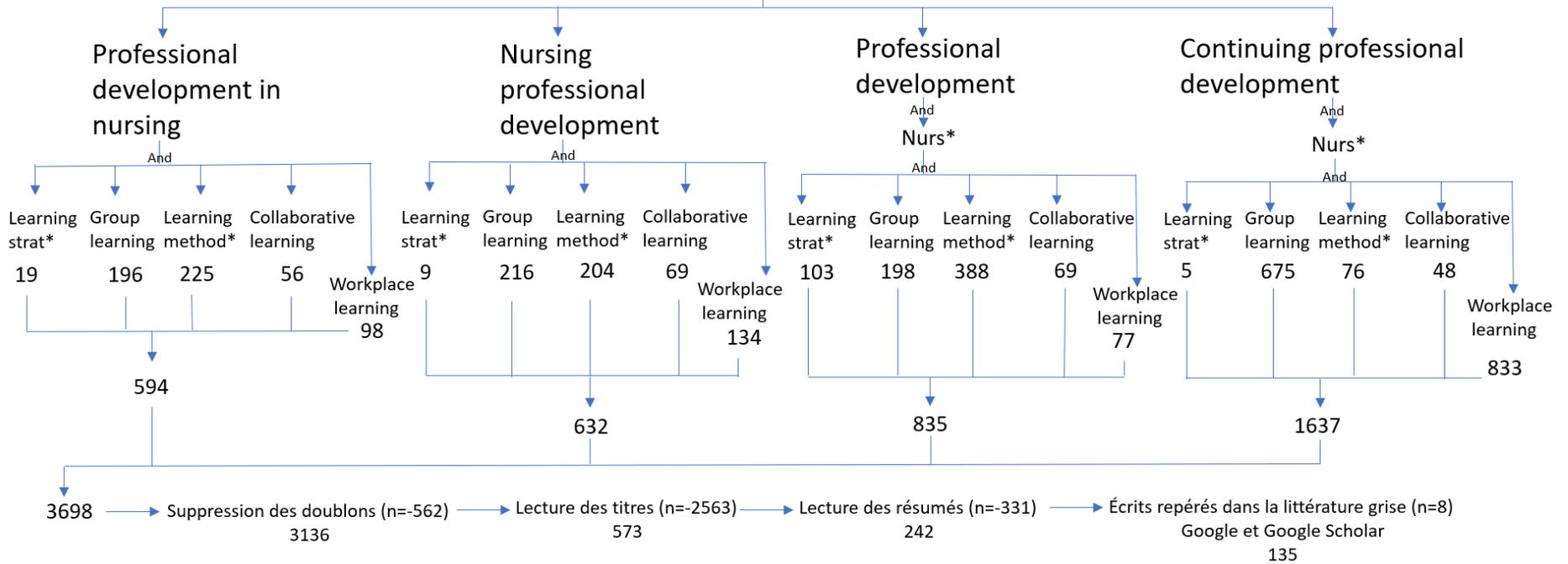
- Vázquez-Calatayud, M., Errasti-Ibarrondo, B. et Choperena, A. (2021). Nurses' continuing professional development: a systematic literature review. *Nurse Education in Practice*, 50.
- Vérificateur général du Québec (2013). *Rapport du Vérificateur général du Québec – Personnes âgées en perte d'autonomie – Services à domicile*. Repéré à [http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr\\_publications/fr\\_rapport-annuel/fr\\_2013-2014-VOR-Printemps/fr\\_Rapport2013-2014-VOR-Chap04.pdf](http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2013-2014-VOR-Printemps/fr_Rapport2013-2014-VOR-Chap04.pdf)
- Viljoen, M., Coetzee, I. et Heyns, T. (2017). Critical care nurses' reasons for poor attendance at a continuous professional development program. *American Journal of Critical Care*, 26(1), 70–76. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017412>
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society: the development of higher psychological processes*. Cambridge: Cambridge: Harvard University Press.
- Walter, J. et Terry, L. (2021). Factors influencing nurses' engagement with cpd activities: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 30(1), 60–68. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.1.6>
- Welp, A., Johnson, A., Nguyen, H. et Perry, L. (2018). The importance of reflecting on practice: how personal professional development activities affect perceived teamwork and performance. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 3988–3999. <https://doi.org/10.1111/jocn.14519>
- Westergren, A. (2012). Action-oriented study circles facilitate efforts in nursing homes to "go from feeding to serving": conceptual perspectives on knowledge translation and workplace learning. *J Aging Res*, 2012, 627371. doi:10.1155/2012/627371
- Wheeldon J. et Ahlberg M. (2017). *Mind Maps in Qualitative Research*. Dans: Liamputtong P. (eds) *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences*. Springer, Singapore. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-2779-6\\_7-1](https://doi.org/10.1007/978-981-10-2779-6_7-1)
- While, A. (2019). Transforming community care. *British Journal of Community Nursing*, 24(1), 42-42. doi:10.12968/bjcn.2019.24.1.42
- Wilson, C. (2015). The Role of Nursing Professional Development in the Future of Nursing. *Journal for Nurses in Professional Development*, January-February, 56-57.
- Wilson, V. et Keachie, P. (2003). Putting the action into learning: the experience of an action learning set. *Collegian*, 10(3), 22-26.

- Wilson, V., McCormack, B. et Ives, G. (2008). Developing Healthcare Practice through Action Learning: Individual and Group Journeys. *Action Learning: Research and Practice*, 5(1), 21-38.
- Witt, C. (2011). Continuing Education: A Personal Responsibility. *Advances in Neonatal Care*, 11(4), 227-228.
- Zaher, E. et Ratnapalan, S. (2012). Practice-based small group learning programs: Systematic review. *Canadian Family Physician*, 58(6), 637-642.
- Zhang, J. et Cui, Q. (2018). Collaborative Learning in Higher Nursing Education: A Systematic Review. *Journal of Professional Nursing September/October*, 34(5), 378-388.

## **ANNEXE A**

### **Stratégie de recension des écrits**

Cinahl, MEDLINE, EMBASE, PubMed et ERIC; 2000-2021; Revues universitaires



Critères d'inclusion

1. avoir fait l'objet d'une révision par des pairs;
2. avoir été rédigé en français ou en anglais (incluant l'accès au texte complet);
3. présenter un titre qui semble en lien avec le DPI, la formation infirmière en cours de carrière ou l'apprentissage en milieu clinique en cours de carrière;
4. présenter un résumé qui traitait au moins d'une stratégie d'apprentissage en groupe, comme l'AC, (ou des fondements de celle-ci) en milieu clinique en lien avec le DPI;
5. présenter, pour les écrits empiriques, au moins une question ou un objectif, une méthode de même que des résultats de recherche;

Lecture des textes (n=-96)

377 (242+135)

Textes retenus

45

## **ANNEXE B**

### **Définitions recensées de l'apprentissage collaboratif (AC)**

## Définitions de l'AC selon sept auteurs de différentes disciplines

Auteur(s) (année)	Définition de l'AC proposée
Gokhale (1995, p. 22)	Méthode constructive dans laquelle des étudiants, à différents niveaux de performance, travaillent ensemble, en petits groupes, vers l'atteinte d'un but commun ». L'accent est ici mis sur l'importance de l'interdépendance des membres du groupe. Cette dernière est garante du succès des apprentissages réalisés.
Dillenbourg (1999, p. 1)	« situation dans laquelle deux personnes ou plus apprennent ou essaient d'apprendre quelque chose ensemble ». L'auteur précise que le groupe peut compter seulement deux individus ou encore un plus grand nombre. Il souligne aussi que les activités réalisées peuvent varier d'un apprenant à un autre et que celles-ci peuvent se dérouler en présentiel ou encore en ligne (avec un groupe virtuel).
Jabos et ses collaborateurs (2002, p. 1)	« Principes et techniques pour aider les étudiants à travailler ensemble plus efficacement ».
Duncombe et Armour (2004)	L'apprentissage professionnel collaboratif se définit comme l'apprentissage d'un nouveau savoir ou de nouvelles habiletés par un ou plusieurs membres d'un groupe de professionnels lorsque ces derniers travaillent ensemble.
Barkley, Major et Cross (2014)	Terme parapluie ( <i>umbrella term</i> ) qui englobe un travail de groupe interactif dans lequel on retrouve trois éléments essentiels : une conception intentionnelle, un co-travail ( <i>co-laborating</i> ) et un apprentissage signifiant pour les apprenants.
Laal et Laal (2012, p. 491)	Approche éducationnelle pour enseigner et apprendre qui implique un groupe d'apprenants qui travaillent ensemble pour résoudre un problème, compléter une tâche ou encore créer un produit

---

Lin (2015, p. 17)	Propose une définition contextualisée de l'AC dans l'apprentissage de l'anglais. Pour cette auteure, l'AC est «un groupe formel de quatre étudiants travaillant ensemble à partir de différentes tâches d'apprentissage collaboratif dans une classe d'anglais comme langue maternelle, pour construire et maintenir une conception partagée d'un savoir à partir duquel l'AC est la principale approche éducative utilisée dans les processus d'enseignement et d'apprentissage afin de potentialiser l'apprentissage des étudiants ».
Roselli (2016, p. 255)	Concept qui définit un vaste champ théorique et de recherche en éducation et en psychologie régulièrement associé à l'idée de travailler en groupe ou équipe.

---

## **ANNEXE C**

**Caractéristiques de l'AC versus celles de  
l'enseignement traditionnel selon Lin  
(2015)**

## Synthèse des caractéristiques de l'AC versus celles de l'enseignement traditionnel

Caractéristiques	Apprentissage collaboratif (AC)	Enseignement traditionnel
Nature du but	Collaborative	Individuelle ou compétitive
Rôle du formateur	Facilitateur, guide ou accompagnateur dans les apprentissages	Contrôleur et transmetteur de connaissances Source majeure d'aide pour l'apprenant
Rôle de l'apprenant	Participation active Apprenant autonome	Receveur de connaissances
Types d'activités	Activités de types variés pour engager les apprenants dans une communauté d'apprentissage partagé	Activités qui valorisent la rétention de connaissances (la révision et le rappel notamment)
Types d'interactions	Interaction intense et surtout valorisée entre les apprenants	Interaction principale entre le formateur et l'apprenant; quelques échanges occasionnels entre les apprenants
Nature de la relation entre le formateur et l'apprenant	Collaborative et égalitaire	Rapport hiérarchique de type expert (supériorité et infériorité) et parfois égalitaire
Organisation physique des lieux	Tables disposées en forme de U ou bien pour favoriser le travail en petit groupe	Tables disposées en style école en rangée
Apprentissages	Les apprentissages sont ceux du groupe et des apprenants. Le succès repose sur la compréhension et l'intégration des apprentissages.	Les apprentissages sont évalués généralement sur la base de la rétention de connaissances.

Inspiré de Lin (2015, p. 15)

## **ANNEXE D**

**Activités d'AC pouvant être utilisées avec des  
infirmières dans un contexte de soins à domicile**

## Activités d'AC pouvant être utilisées avec des infirmières de SAD

Activités et caractéristiques	Courte description, avantages et désavantages
<p><b>Partage en dyade (Think-Pair-Share)</b></p> <p>Temps requis estimé: 5-15 minutes</p> <p>(Barkley, Major et Cross, 2014, p. 153)</p> <p>Nombre de participants: pair</p>	<p>Description : À l'intérieur d'un plus grand groupe, un apprenant partage avec un collègue un point de vue sur une situation problématique, au préalable, avant de partager le fruit de sa réflexion au groupe élargi</p> <p>Avantages : favorise la réflexion dans un environnement moins menaçant qu'en grand groupe; permet de comparer et de mettre en évidence, par la réflexion, les similitudes et les différences par des échanges; stimule la participation de chacun des membres du groupe.</p> <p>Désavantages : Possibilité de divergences qui feront en sorte que la dyade ne sera pas en mesure d'arriver à un consensus co-construit face au groupe élargi. La dyade doit par la suite se positionner face au groupe élargi qui peut être un environnement plus critique et jugé plus menaçant que la dyade</p>
<p><b>Enseignement mutuel basé sur l'expertise (Jigsaw)</b></p> <p>Temps requis estimé : peut varier et s'étendre sur une session de travail ou plus.</p> <p>(Barkley, Major et Cross, 2014, p. 212)</p> <p>Nombre de participants: 4 à 6 (peut également être réalisé avec un groupe allant jusqu'à 12 participants)</p>	<p>Description: En lien avec un problème ou une situation donnée, les apprenants développent leur expertise sur un savoir donné. Par la suite, ils échangent à partir de ce savoir avec leurs autres collègues afin que leur expertise permette aux autres apprenants d'apprendre de leurs collègues.</p> <p>Avantages : Permet à l'ensemble des apprenants de développer ou de partager leur expertise sur un sujet donné (qu'ils ont au préalable choisi). Permet de vivre à la fois les expériences d'apprenant et d'enseignant. Favorise le développement de la responsabilité et de l'imputabilité au regard du contenu partagé avec ses collègues. Favorise l'expression de tous les participants au groupe d'AC.</p> <p>Désavantages : Comme les participants développent une expertise qui leur est propre, ils peuvent parfois avoir une compréhension qui se veut contextualisée et pas nécessairement généralisable à toutes les situations rencontrées dans la vie de tous les jours. Ce ne sont pas tous les apprenants qui ont nécessairement des habiletés à enseigner ou à communiquer leur message.</p>

<p><b>Étude de cas</b> (<i>Case Studies</i>)</p> <p>Temps requis : varie selon le cas</p> <p>(Barkley, Major et Cross, 2014, p. 238)</p> <p>Nombre de participants: 3-6</p>	<p>Description: à partir d'un problème ou d'une situation basée sur un fait vécu (idéalement écrite ou narrée), les apprenants identifient l'approche ou stratégie qui leur semble la meilleure pour résoudre le problème ou mieux comprendre la situation. À partir d'une réflexion critique, les apprenants peuvent, par exemple, discuter du fossé qui existe entre la théorie et la pratique; analyser en profondeur un problème et proposer des pistes de solutions pour réduire l'écart entre le problème ou la pratique actuelle et les meilleures pratiques reconnues.</p> <p>Avantages: Développement d'une meilleure capacité d'analyse, de synthèse et de prise de décision. Permet de tenir compte de l'écart entre la théorie et la pratique (le cas échéant) et, si possible, de le réduire.</p> <p>Désavantages: Une telle approche implique de connaître la pratique de référence existante au plan scientifique, ce qui n'est pas toujours le cas et cela peut impliquer une part de recherche avant d'analyser la situation ou le problème rencontré.</p>
<p><b>Résolution de problèmes structurée</b> (<i>Structured Problem Solving</i>)</p> <p>Temps requis : 1-2 heure(s) et peut être réalisée sur plus d'une session de travail</p> <p>(Barkley, Major et Cross, 2014, p. 244)</p> <p>Nombre de participants: 4-6</p>	<p>Description : De manière organisée, le groupe d'apprenants identifie, analyse et cherche à résoudre un problème par la réflexion et en adoptant une démarche qui se veut structurée pour saisir la complexité de la situation.</p> <p>Avantages : Permet d'analyser des problèmes complexes dans le cadre d'une démarche qui se veut réflexive, analytique et structurée.</p> <p>Désavantages : Les apprenants n'ont pas tous la même façon d'analyser un problème de manière organisée. Certains peuvent aussi éprouver des difficultés à identifier toutes les facettes d'un problème qui se définit comme étant complexe.</p>

<p><b>Groupe d'investigation</b> (<i>Group Investigation</i>)</p> <p>Temps requis : Plusieurs sessions de travail selon la complexité du sujet choisi</p> <p>(Barkley, Major et Cross, 2014, p. 255)</p> <p>Nombre de participants:2-5</p>	<p>Description : Implique une recherche d'un savoir spécialisé quant à un problème spécifique et souvent complexe.</p> <p>Avantages : Permet aux apprenants d'approfondir leurs connaissances au regard d'un savoir spécialisé dans un contexte spécifique qui leur est signifiant et d'intérêt. La démarche d'investigation se veut également un exercice de critique qui se veut constructive, tant lorsqu'elle est donnée que reçue.</p> <p>Désavantages : Ce ne sont pas tous les apprenants qui évoluent dans un contexte similaire ou identique, ce qui pourrait faire en sorte que certains des apprentissages seraient moins signifiants que d'autres selon la réalité de chacun des apprenants. Ce ne sont pas tous les apprenants qui ont, de manière innée, la capacité de formuler ou encore de recevoir une critique qui se veut constructive.</p>
<p><b>Groupe d'affinités</b> (<i>Affinity Grouping</i>)</p> <p>Temps requis : 30-45 minutes</p> <p>(Barkley, Major et Cross, 2014, p. 263)</p> <p>Nombre de participants: 3-5</p>	<p>Description : À partir d'un problème complexe qui comprend plusieurs dimensions, les apprenants, d'abord individuellement, identifient la ou les dimensions du problème et précisent sur laquelle ou lesquelles ils souhaitent travailler ou réfléchir. Chacun des apprenants partage sa réflexion avec l'ensemble du groupe afin d'organiser, de catégoriser et de choisir l'aspect prioritaire à explorer quant au problème traité et ce, par consensus et à partir de différentes sources d'informations.</p> <p>Avantages : Permettre de décortiquer un problème complexe avec la perspective de l'ensemble des acteurs du groupe préoccupés par le problème.</p> <p>Désavantages : Nécessite un espace physique où les apprenants peuvent ordonnancer le fruit de leurs réflexions sur des fiches ou un tableau. L'atteinte d'un consensus implique également de laisser certains aspects de côté qui peuvent être considérés comme plus importants pour certains apprenants du groupe.</p>

<p><b>Chaînes séquentielles</b> (<i>Sequence Chains</i>)</p>	<p>Description : À partir de l'élaboration d'un schéma de concepts, les apprenants cherchent à classifier, ordonnancer, comprendre et analyser une séquence d'événements pouvant être de différentes natures (épisode de soins, phénomènes physiologiques, physiopathologiques ou pharmacodynamiques, etc.).</p>
<p>Temps requis : 15-45 minutes</p>	<p>Avantages : Permet un ordonnancement logique d'une série d'éléments dans le but d'en comprendre la nature, la fonction, la complexité ou autre.</p>
<p>(Barkley, Major et Cross, 2014, p. 278)</p>	<p>Désavantages : L'élaboration d'un schéma et l'apprentissage à partir de ce dernier n'est pas nécessairement une stratégie innée chez l'apprenant. Ils nécessitent le développement d'habiletés et de l'accompagnement parfois.</p>
<p>Nombre de participants: 2-3</p>	
<p><b>Collection de ressources</b> (<i>Team Anthologies</i>)</p>	<p>Description : En équipe, les apprenants repèrent des ressources en lien avec une thématique, une situation ou un problème donné. Ils annotent, préparent et regroupent les différentes ressources qu'ils trouvent. Par la suite, en plus grand groupe, ils discutent des ressources qu'ils ont consultées, puis ensemble, ils sélectionnent celles qu'ils veulent conserver pour consultation ou utilisation ultérieures.</p>
<p>Temps requis : Varie, mais s'étend généralement sur plusieurs sessions de travail en groupe</p>	<p>Avantages : Outils les apprenants à procéder à leurs propres recherches et à évaluer la qualité des ressources trouvées. Valorise le développement d'une pensée critique. Permet de travailler en synergie avec des collègues par rapport à un intérêt commun.</p>
<p>(Barkley, Major et Cross, 2014, p. 318)</p>	<p>Désavantages : Exige d'avoir l'équipement nécessaire pour accéder aux ressources existantes. Peut impliquer un certain investissement personnel en dehors des groupes selon la nature des recherches réalisées et l'intérêt des participants. Ce ne sont pas tous les apprenants qui ont la même aisance ou les mêmes capacités pour repérer des ressources selon les outils rendus accessibles.</p>
<p>Nombre de participants: peut varier, mais généralement de 2 à 4 dans les plus petits groupes</p>	

---

<p><b>Séminaire</b> (<i>Paper Seminar</i>)</p> <p>Temps requis : Varie selon la complexité du sujet, du nombre d'apprenants et du nombre de ressources repérées.</p> <p>(Barkley, Major et Cross, 2014, p. 324)</p> <p>Nombre de participants: 4-6</p>	<p>Description : À partir d'une lecture commune ou partagée entre certains membres du groupe, chacun présente le contenu de cette lecture, sa compréhension et son interprétation de celle-ci en tenant compte de ses valeurs et des fondements qui sous-tendent son point de vue.</p> <p>Avantages : Développement de l'esprit de synthèse et de la perspective critique chez l'apprenant. Permet de travailler sur un aspect ou plus d'un aspect au regard d'un sujet d'intérêt, selon la volonté et les besoins des apprenants. Peut permettre d'approfondir plusieurs dimensions d'un problème ou d'une situation complexe.</p> <p>Désavantages : Si le groupe choisit un sujet complexe et que le séminaire perdure dans le temps, certains apprenants pourraient perdre de l'intérêt en raison de la redondance de la stratégie d'apprentissage.</p>
--	--

---

## **ANNEXE E**

### **Tableau synthèse des études empiriques recensées**

## Synthèse critique des écrits empiriques : apprentissage collaboratif (AC) et activités en groupe en milieu clinique

Auteur(s) et année	Thématique principale	Devis/méthode/milieu et population	But, objectifs ou question(s) de recherche	Principaux résultats	Limites et forces de l'étude
Études sur l'apprentissage collaboratif (AC)					
Gray (2014)	Étude de livres en groupe	Étude évaluative descriptive à devis mixte réalisée dans la région de Washington avec 12 infirmières en milieu scolaire exerçant en région rurale	Évaluer les retombées et l'efficacité perçue de l'utilisation d'activités d'AC en termes d'acquisition de connaissances et de développement de compétences (auto-évaluation) en lien avec la pratique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 75% des infirmières étaient d'accord ou fortement en accord pour dire que les activités réalisées leur avaient permis d'acquérir de nouvelles connaissances et de développer leurs compétences;</li> <li>- 88% des répondants étaient en accord ou fortement en accord que l'ensemble des activités leur avaient permis d'être informées des tendances et des pratiques en santé scolaire</li> <li>- Perception : (1) d'être mieux outillé pour intervenir auprès des enfants autistiques; d'être davantage sensibilisées aux abus chez les enfants, aux problèmes socio-culturels, aux retards de développement ainsi qu'à l'expérience des familles; (2) d'avoir appris à partager des idées (3) d'avoir appris de l'expérience professionnelle de collègues; (4) d'avoir pris conscience de la diversité des milieux scolaires</li> </ul>	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Échantillonnage de convenance avec 12 infirmières</li> <li>- La facilitatrice du groupe d'AC était gestionnaire (lien hiérarchique)</li> <li>- Cadre de référence non explicité</li> <li>- Peu de détails fournis sur le déroulement des activités d'AC de même que les défis rencontrés</li> </ul> <p>Forces:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée de l'étude (5 ans)</li> <li>- Transférabilité potentielle des résultats - Infirmières qui travaillent en solo dans la communauté (similitudes possibles ou potentielles avec les infirmières de SAD)</li> <li>- Seule étude intraprofessionnelle recensée en milieu clinique qui porte sur des infirmières</li> </ul>

Auteur(s) et année	Thématique principale	Devis/méthode/milieu et population	But, objectifs ou question(s) de recherche	Principaux résultats	Limites et forces de l'étude
Westergren (2012)	Cercles d'études orientés sur l'action (CEOA) (concernant la dénutrition chez les aînés vivant en résidence de soins de longue durée) avec différents intervenants du domaine de la santé	Étude suédoise quasi-expérimentale à devis mixte (avant/après et groupes de discussion focalisé)	(1) Explorer les perceptions du personnel travaillant dans des résidences de personnes âgées au regard de leur participation à des CEOA portant sur l'alimentation et la nutrition et (2) Comparer ces perceptions avec celles d'un personnel n'ayant pas pris part à des CEOA	- Évaluation avant/après : Perception d'améliorer ses connaissances (T0 = 72%; T1= 96%) - Groupe de discussion focalisé : (1) création et le développement d'un nouveau savoir pratique local élaboré en mode collaboratif; (2) sentiment d'avoir développé ses compétences comme individu et plus globalement; (3) amélioration du travail d'équipe et le développement ainsi que (4) transformation de l'organisation afin que celle-ci soit plus efficace.	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comptait seulement 3 infirmières sur les 592 participants</li> <li>- Forte représentation des hommes (96% des participants)</li> <li>- La composition des groupes a dû être revue après 6 mois en fonction des milieux de provenance, car trop hétérogènes</li> <li>- Cadre de référence non explicité</li> </ul> <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Durée de l'étude (3 ans)</li> <li>- Nombre de cercles d'études réalisés (n= 71)</li> <li>Diversité d'âge (20-66 ans) et du nombre d'années d'expérience des participants (0 à + de 20 ans)</li> </ul>

Auteur(s) et année	Thématique principale	Devis/méthode/milieu et population	But, objectifs ou question(s) de recherche	Principaux résultats	Limites et forces de l'étude
Chetty, Bangalee et Brysiewicz (2020)	Apprentissage collaboratif interprofessionnel en milieu de travail (clinique)	Étude qualitative sud-africaine (réalisation de 4 groupes de discussion focalisés avec 21 des participants à des groupes d'AC)	Décrire les perceptions des professionnels de la santé qui participaient à des groupes d'AC interprofessionnels se déroulant sur une période de deux mois et portant sur la pathogénèse et le traitement du VIH	Perception des participants : 1) d'avoir réalisé des apprentissages sur la pathogénèse et le traitement du VIH en groupe d'AC; 2) l'apprentissage actif [l'AC], sous la forme de résolution de problèmes en groupe ou à partir de discussion de cas cliniques, contribue de manière importante à la réalisation d'apprentissages.	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certains contenus étaient enseignés par des experts, ce qui signifie que les résultats ne sont pas nécessairement uniquement attribuables à l'AC</li> <li>- Le peu d'éléments méthodologiques rendus disponibles par les chercheurs rendent difficiles la réplique potentielle de cette étude.</li> </ul> <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perspective intraprofessionnelle, car l'un des 4 groupes de discussion était composé uniquement d'infirmières;</li> <li>- Transférabilité potentielle des résultats, car l'étude s'est déroulée sur 2 mois sur les heures de travail rémunérées.</li> </ul>

Auteur(s) et année	Thématique principale	Devis/méthode/milieu et population	But, objectifs ou question(s) de recherche	Principaux résultats	Limites et forces de l'étude
Études sur l'apprentissage en groupe en milieu clinique					
Jones, Brown, Bunker, Heywood, Howard et Van Tromp (2005)	Apprentissage actif ( <i>Action learning sets</i> [ALS])	Étude de cas sur la prescription infirmière (Royaume-Uni) avec 4 infirmières habilitées à prescrire des médicaments/Collecte de données réalisée avec 6 sessions d'ALS de 60 minutes organisées avec un intervalle de 4 semaines.	Soutenir le DPI de quatre infirmières habilitées à prescrire des médicaments.	Les participants ne trouvent pas toujours des solutions aux problèmes rencontrés dans leur pratique dans l'ALS. L'ALS crée un espace pour partager les problèmes à haute voix et y réfléchir en groupe ( <i>think aloud</i> ). L'ALS a permis : (1) de créer un réseau de soutien professionnel facilitant l'appropriation du rôle de prescripteur; (2) de partager des expériences professionnelles et des avenues d'amélioration de la qualité des soins; (3) de réfléchir à des stratégies de résolution de problèmes rencontrés dans leur pratique; (4) d'évaluer les facteurs qui peuvent faciliter l'appropriation du rôle de prescripteur; (5) de proposer des changements aux politiques institutionnelles qui constituent des obstacles à la prescription infirmière et (6) de faire connaître aux décideurs les besoins de DPI.	Limites : - Les sessions d'ALS étaient animées par 2 gestionnaires, ce qui aurait pu avoir pour effet de conduire à une « désirabilité sociale » - Nombre restreint de participants venant d'un même milieu de soins Forces : - L'étude de cas a permis une analyse en profondeur des aspects inhérents au DPI en lien avec l'appropriation d'un nouveau rôle ou d'une nouvelle activité pour les infirmières au moyen de l'ALS - Pérennité des rencontres d'ALS après la recherche (soutient l'autonomie dans l'apprentissage et le DPI)

Auteur(s) et année	Thématique principale	Devis/méthode/milieu et population	But, objectifs ou question(s) de recherche	Principaux résultats	Limites et forces de l'étude
Bellamy, Fiddian et Nixon (2006)	Promouvoir l'apprentissage partagé et la pratique collaborative	Revue de cas collaborative en équipes interprofessionnelles en soins de longue durée dans la communauté sur une période de deux ans. 54 participants ont reçu un questionnaire d'évaluation à remplir six mois après le début du programme. 30 des participants ont répondu au questionnaire et de ce nombre, 67% étaient des infirmières.	Évaluer les retombées perçues de l'utilisation de la revue de cas collaborative comme stratégie d'apprentissage en soins de longue durée dans la communauté	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 18 participants avaient pris part à plus d'une session de revue de cas et 7 à plus de quatre revues de cas sur une possibilité totale de douze.</li> <li>- Parmi les incitatifs à prendre part à ces revues de cas, les participants ont mentionné : l'intérêt et la possibilité de partager des expériences; le débriefage et l'impression de fermer la boucle sur un problème donné; la communication; la possibilité de réfléchir sur la pratique; la compréhension des rôles des autres professionnels ainsi que le soutien reçu de la part de collègues.</li> <li>- 19 des participants ont également souligné, à des niveaux bien ou très bien sur une échelle de Likert, que les revues de cas leur ont permis de réaliser de nouveaux apprentissages.</li> <li>- 10 participantes croyaient que ces revues de cas contribueraient à changer leur pratique et</li> <li>- 12 participants pensaient que les revues de cas collaboratives contribueraient à améliorer les soins aux patients.</li> </ul>	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les auteurs ne précisent pas si certains résultats étaient spécifiques aux infirmières vs aux autres professionnels des groupes.</li> <li>- La provenance des participants n'est pas détaillée (un seul centre de soins ou plusieurs?)</li> </ul> <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forte proportion de participants qui étaient des infirmières, donc les résultats ont un potentiel intéressant de transférabilité.</li> <li>- Description par les chercheurs, du déroulement des rencontres de revues de cas collaboratives.</li> </ul>

Auteur(s) et année	Thématique principale	Devis/méthode/milieu et population	But, objectifs ou question(s) de recherche	Principaux résultats	Limites et forces de l'étude
Wilson, McCormack et Ives (2008) <sup>4</sup>	Apprentissage actif ( <i>Action learning sets</i> [ALS])	Étude qualitative descriptive australienne multiméthode en néonatalogie réalisée avec des infirmières-sages-femmes cumulant de quelques mois à 20 ans d'expérience sur une unité de 12 lits qui comptaient 30 infirmières. - 7 participantes aux ALS (60 heures de rencontres enregistrées) / 1 rencontre de 60 min/mois - 1 groupe de discussion focalisé avec 4 des participantes aux ALS - Entrevues individuelles réalisées avec 15 membres du personnel infirmier de l'unité de soins néonatale.	Présenter une évaluation interprétative de l'expérience des infirmières ayant participé à des sessions d'ALS sur une durée de 15 mois	- L'ALS a contribué à : (1) réduire les stimuli nuisibles au développement des prématurés; (2) réviser et bonifier l'orientation et; (3) améliorer la transmission d'informations aux parents. - L'ALS a été à l'origine du développement de projets d'amélioration continue de la qualité - Réfléchir en groupe a permis aux participants 1) de développer des habiletés dans la formulation de questions afin de susciter la réflexion chez l'infirmière qui présente un problème rencontré dans sa pratique; 2) de réaliser des apprentissages signifiants pour leur pratique; 3) d'améliorer la confiance en soi chez certaines infirmières et également de réaliser d'autres activités de DPI. - Des participantes ont souligné ressortir de ces sessions avec plus d'énergie, de motivation et de stratégies pour améliorer leur pratique clinique et ressentir avoir plus de contrôle sur leur pratique.	Limites : - Des participants ont aussi réalisé d'autres activités de DPI que des ALS (en même temps que la recherche) - Les chercheurs n'explicitent pas pourquoi ils ont interviewé des infirmières qui n'ont pas pris part aux ALS  Forces : - Précise le modèle utilisé (développement de pratique émancipatoire) - Durée et nombre d'heures des rencontres d'ALS (volume de données)

<sup>4</sup> L'article scientifique de Wilson et Keachie (2003) traite aussi de ce même projet de recherche.

Auteur(s) et année	Thématique principale	Devis/méthode/milieu et population	But, objectifs ou question(s) de recherche	Principaux résultats	Limites et forces de l'étude
Jantzen (2008)	Partage d'expérience en milieu de travail	Enquête qualitative narrative inductive – Thèse doctorale (avec échantillonnage de convenance avec des infirmières d'urgence)/ Analyse des données collectées à partir de récits expérientiels au moyen catégories conceptualisantes	Explorer comment le partage d'expériences en milieu de travail s'inscrit comme une activité susceptible de pouvoir réduire les contraintes d'accès au DPI en milieu clinique	Le partage d'expériences professionnelles en milieu de travail permet : (1) de développer une relation d'apprentissage mutuel entre collègues et de s'engager dans son DPI; (2) d'établir une connexion entre ses expériences professionnelles, celles de ses collègues et le développement de nouvelles habiletés de <i>caring</i> avec la personne et ses proches; (3) d'apprendre de ses erreurs ainsi que de celles des autres et ainsi de développer une meilleure capacité à anticiper le futur; (4) de transformer, par la réflexion, des expériences de soins difficiles et négatives causant stress, détresse et impuissance en occasion d'expérience d'apprentissage positive; (5) d'individualiser et de contextualiser l'utilisation d'un savoir infirmier dans une situation donnée.	Limites : - 7 infirmières participantes sur 8 comptaient plus de 10 ans d'expérience (résultats fortement contextualisés à un groupe spécifique d'infirmières) - Récit expérientiel fait appel à une mémoire antérieur d'événements passés (risque de faire appel à la mémoire à long terme des participants) Forces : - Prise en considération des contraintes au DPI en milieu clinique pour poser des questions aux participants. - Étude réalisée au Canada (potentiel de transférabilité intéressant pour une autre province).

Auteur(s) et année	Thématique principale	Devis/méthode/milieu et population	But, objectifs ou question(s) de recherche	Principaux résultats	Limites et forces de l'étude
Overton, Kelly, McCalister, Jones et MacVicar (2009)	Changements dans la pratique à partir d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique (APGBP)	Étude qualitative descriptive écossaise; quatre groupes d'APGBP, dont deux constitués d'infirmières et de médecins (n=6) et deux autres constitués exclusivement d'infirmières (n=8) / rencontres de 1 à 2 fois par mois pendant 5-6 mois. Recrutement des participants réalisés au moyen de l'analyse d'une feuille documentant la réflexion individuelle aux trois rencontres/ 9 entrevues individuelles ont été réalisées.	Examiner : (1) la signification que les apprenants attribuaient à leur intention d'introduire des changements dans leur pratique à partir de leur expérience d'APGBP; (2) les motifs qui influençaient la décision des participants aux groupes d'introduire des changements dans leur pratique suite à leur expérience d'APGBP et (3) l'implantation du processus de changement dans la pratique clinique	Les participants : (1) sont engagés dans leur apprentissage et l'amélioration de la qualité des soins qu'ils prodiguent; (2) veulent adapter leur pratique aux normes reconnues; (3) soulignent que l'APGBP porte à réfléchir sur la pratique même dans les cas où celle-ci n'a pas été changée (par ex. : si le professionnel constate que sa pratique est cohérente avec les meilleures preuves scientifiques); (4) affirment que de dialoguer avec des collègues de travail sur les meilleures pratiques et sur leur pratique clinique favorise non seulement l'intégration de résultats probants à la pratique, mais aussi de stratégies efficaces utilisées par des collègues avec ses propres clients; (5) prennent en considération les contraintes liées à l'environnement dans lequel ils exercent pour modifier leur pratique ou maintenir cette dernière. Dans certains cas, le groupe contribue également à l'intégration de ces apprentissages dans la pratique pour un changement durable.	Limites : (1) les auteurs ne précisent pas si les résultats étaient similaires entre les groupes interprofessionnels et intraprofessionnels et (2) les critères de sélection des participants ne sont pas explicités. Forces : (1) Davantage d'infirmières (n=6) ont participé aux entrevues comparativement aux autres professionnels (n=3), ce qui fait en sorte que les résultats peuvent avoir un potentiel de transférabilité à d'autres contextes de soins infirmiers. (2) Une des rares recherches à avoir exploré les liens entre les apprentissages réalisés et la pratique infirmière, selon la perspective des soignants.

Auteur(s) et année	Thématique principale	Devis/méthode/milieu et population	But, objectifs ou question(s) de recherche	Principaux résultats	Limites et forces de l'étude
Goudreau et collaborateurs (2015)	Pratique réflexive en groupe en milieu clinique	Recherche évaluative longitudinale descriptive (qui s'inscrit dans une programmation de recherche comptant 4 études) / Mise en place de groupes de pratique réflexive (comptant 4-5 infirmières par groupe) d'une durée de 30 minutes sur 8 unités de soins dans deux hôpitaux universitaires avec 55 infirmières nouvellement graduées pour +/-13 rencontres/ Analyse thématique d'entrevues et de journaux de bord individuels de même que de notes de terrain.	Évaluer l'apport de l'activité réflexive en groupe au regard du développement des compétences de raisonnement clinique et de leadership (infirmier)	La flexibilité et la courte durée de l'activité réflexive peuvent contribuer au développement du raisonnement clinique et du leadership. La participation moyenne, pour chaque infirmière, variait de quatre à sept rencontres d'une durée de trente minutes. Il était parfois difficile de suivre l'activité de groupe sans être dérangés. La fréquence des rencontres variait selon les milieux. Des rencontres avaient lieu deux fois par semaine dans certains milieux, alors que dans d'autres, elles étaient tenues aux deux semaines. Certaines infirmières ont poursuivi ces rencontres d'activité réflexive puisqu'elles pouvaient notamment répondre à leurs besoins d'apprentissage et qu'elles mobilisaient des ressources déjà en place dans le milieu de soins. La pratique réflexive implique un changement de culture, un passage du mode transmissif des connaissances à une approche par compétence basée sur les besoins des apprenants et l'accompagnement de ces derniers.	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Résultats fortement contextualisés au milieu hospitalier universitaire.</li> <li>- Participants étaient uniquement des infirmières nouvellement graduées.</li> <li>- Peu de données présentées sur les caractéristiques des facilitatrices qui accompagnaient les groupes de pratique réflexive</li> </ul> <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Description détaillée de la méthode et du cadre de référence (facilite la reproduction de l'étude)</li> <li>- Triangulation de méthodes de collecte de données</li> <li>- Comparaison entre la pratique réflexive chez les infirmières travaillant sur différents quarts de travail (spécificités contextuelles)</li> </ul>

Auteur(s) et année	Thématique principale	Devis/méthode/milieu et population	But, objectifs ou question(s) de recherche	Principaux résultats	Limites et forces de l'étude
Takase, Yamamoto, Sato, Niitani et Uemura (2015)	Apprentissage en milieu de travail	Enquête quantitative transversale japonaise sur les méthodes d'apprentissage en milieu de travail associées à une perception d'amélioration de ses compétences/ deux hôpitaux japonais affiliés à des universités/ 494 participants (infirmières sages-femmes)	(1) Identifier les méthodes d'apprentissage chez les infirmières/sages-femmes, selon qu'elles soient +/- expérimentées et (2) Explorer quelles méthodes d'apprentissage en milieu de travail seraient associées à une perception d'amélioration de ses compétences (auto-mesurée avec trois outils de mesure regroupés dans un questionnaire) chez les deux groupes, soit les infirmières/sages-femmes comptant 5 ans ou - d'expérience clinique et les infirmières/sages-femmes ayant + de 5 ans d'expérience.	<p>- L'apprentissage à partir de l'expérience d'autres collègues est le moyen le plus utilisé par l'ensemble des infirmières pour apprendre.</p> <p>- Il existe une relation significative positive de force modérée entre l'estime de soi et la compétence (auto-mesurée) (<math>r=0,35</math> et <math>p&lt;0,001</math>).</p> <p>- L'apprentissage à partir de la pratique (<math>\beta=0,148</math>, <math>p=0,044</math>), l'apprentissage à partir de l'expérience d'autres collègues (<math>\beta=0,216</math>, <math>p=0,004</math>) et l'apprentissage par la réflexion (<math>\beta=0,230</math>, <math>p=0,004</math>) avaient des relations statistiquement significatives avec la compétence auto-mesurée (<math>\beta=0,276</math>, <math>p&lt;0,001</math>) chez le groupe d'infirmières moins expérimentées;</p> <p>- L'apprentissage par la rétroaction (<math>\beta=0,159</math>, <math>p=0,018</math>), par la formation (<math>\beta=0,247</math>, <math>p&lt;0,001</math>) ainsi que par la réflexion (<math>\beta=0,139</math>, <math>p=0,045</math>) ont montré des relations statistiquement significatives avec la compétence auto-mesurée chez le groupe d'infirmières plus expérimentées.</p>	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comme les participants venaient uniquement du milieu hospitalier, peut-être les résultats sont contextualisés à ce milieu de pratique et que les infirmières en milieu communautaire utilisent d'autres méthodes d'apprentissage.</li> <li>- La dimension culturelle peut affecter la généralisation possible de ces résultats au contexte canadien et québécois</li> </ul> <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'une des rares études avec un nombre aussi important de participants en milieu clinique et à différencier les stratégies d'apprentissage rejoignant les infirmières plus expérimentées vs celles qui le sont moins.</li> <li>- Rigueur et les détails donnés par les chercheurs concernant la méthode utilisée pour réaliser l'étude (ce qui rend plus facile de reproduire l'étude).</li> </ul>

Auteur(s) et année	Thématique principale	Devis/méthode/milieu et population	But, objectifs ou question(s) de recherche	Principaux résultats	Limites et forces de l'étude
Joynes, Kerr et Treasure-Jones (2017)	Apprentissage informel en milieu de travail	Étude qualitative multi méthode avec trois groupes de discussion focalisés, 12 entrevues individuelles semi et dirigées et trois observations de rencontres multidisciplinaires	Comprendre comment l'apprentissage informel prend forme et peut être soutenu en première ligne, dans deux milieux urbains et un milieu rural au moyen de la revue de cas cliniques réalisée en groupe, des échanges entre professionnels de même que le soutien par les pairs, le débriefage et la discussion en groupe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les professionnels disent avoir réalisé des apprentissages signifiants pour leur pratique et avoir développé une relation de confiance entre eux.</li> <li>- Les échanges réalisés avec d'autres membres de l'équipe de soins permettent d'établir une pratique de référence (<i>benchmarking</i>) à partir de laquelle le clinicien peut comparer et situer sa propre pratique et développer un réseau professionnel utile qui peut être consulté au besoin.</li> <li>- Les rencontres de groupe permettent aussi aux cliniciens d'identifier et de faire connaître leurs besoins d'apprentissage.</li> <li>- Les infirmières expriment avoir moins la chance que leurs autres collègues, comme les médecins, les infirmières spécialisées et les gestionnaires de prendre part à ces activités de groupe autant en mode intra qu'en mode inter professionnel.</li> </ul>	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cadre de référence non explicité par les auteurs</li> <li>- Les auteurs ne précisent pas le nombre de participants selon la profession respective de chacun tant pour les groupes de discussion que pour les entrevues.</li> <li>- Certains des participants aux groupes de discussion étaient des gestionnaires (lien hiérarchique potentiel avec des participants)</li> </ul> <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Triangulation des méthodes de recherche</li> <li>- Certains résultats sont spécifiques et soutiennent que les infirmières perçoivent travailler dans un contexte différent de leurs collègues d'autres professions.</li> </ul>

Auteur(s) et année	Thématique principale	Devis/méthode/milieu et population	But, objectifs ou question(s) de recherche	Principaux résultats	Limites et forces de l'étude
Jantzen (2019)	Apprentissage en milieu de travail	Théorisation ancrée sur les interactions qui soutiennent l'apprentissage en milieu de soins/ réalisée au moyen de 17 entrevues semi-dirigées avec des infirmières comptant plus de 10 ans d'expérience et de 119 heures d'observation participante dans 2 unités de soins critiques	Comment des infirmières de soins critiques réalisent des apprentissages en interaction dans un environnement de soins et de travail qui change et se transforme continuellement?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les environnements de travail ne soutiennent pas tous l'apprentissage</li> <li>- L'apprentissage en milieu de travail s'amorce quand l'infirmière prend conscience de ses besoins d'apprentissage à travers la lentille par laquelle elle perçoit la personne dans son ensemble de manière holistique.</li> <li>- La reconnaissance de ses besoins d'apprentissage est alimentée et déclenchée (<i>triggered</i>) par 1) la connaissance de soi (<i>self-awareness</i>); 2) les besoins et préoccupations spécifiques du patient et 3) les changements dans l'environnement de travail.</li> <li>- Un milieu de travail où : 1) des mentors-guides sont présents; 2) les équipes de soins sont hautement fonctionnelles et 3) les relations de travail sont empreintes de camaraderie, constitue un environnement propice à l'apprentissage mutuel et collectif.</li> </ul>	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre restreint de participants provenant de seulement deux unités (résultats fortement contextualisés)</li> <li>- L'auteure ne décrit pas la nature des apprentissages réalisés rapportés par les participants ou observés</li> <li>- Ne précise pas les caractéristiques des environnements de travail qui ne soutiennent pas l'apprentissage</li> </ul> <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation de l'observation comme moyen de collecter des données (permet une triangulation des données)</li> <li>- Le lien établi entre les besoins de la clientèle et la réalisation des apprentissages pour répondre aux besoins de la clientèle</li> </ul>

Auteur(s) et année	Thématique principale	Devis/méthode/milieu et population	But, objectifs ou question(s) de recherche	Principaux résultats	Limites et forces de l'étude
Anvik et collaborateurs (2020)	Apprentissage en petit groupe basé sur la pratique (APGBP) et l'innovation	Ethnographie réalisée dans six centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) en Norvège et dans deux autres au Danemark, entre 2016 et 2018/ 187 heures d'observation participante, trois entrevues de groupe et autres documents analysés; 4 entrevues individuelles avec des infirmières et des gestionnaires en soins infirmiers	Explorer les conditions favorisant l'apprentissage et l'innovation en contexte de soins de longue durée	Certains CHSLD sont des environnements qui soutiennent l'apprentissage et l'innovation par l'interaction constante entre la pratique et l'apprentissage qui existe dans le quotidien des infirmières soignantes et des gestionnaires. La pratique réflexive est aussi une des conditions favorisant l'apprentissage et l'innovation. Ces milieux de soins deviennent attractifs pour recruter de nouvelles infirmières et des gestionnaires. L'apprentissage, étant ancré dans la pratique, permet de répondre plus adéquatement aux besoins de la population âgée et par conséquent d'être innovant.	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La Norvège et le Danemark étant parmi les pays avec les systèmes de santé les plus performants, la transférabilité des résultats peut être limitée par rapport aux pays où les systèmes de santé le sont moins.</li> <li>- La notion d'innovation n'a pas été clairement définie par les auteurs.</li> </ul> <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Étude réalisée dans plusieurs CHSLD, ce qui fait en sorte que les résultats soient moins fortement contextualisés.</li> <li>- Triangulation des sources et des méthodes de collecte des données.</li> </ul>

## **ANNEXE F**

**Calendrier et horaire des rencontres d'AC des  
groupes 1 et 2**

## Calendrier et horaire des rencontres d'AC

<b>Déroulement</b>	<b>CLSC #1/groupe d'AC #1</b>	<b>CLSC #2/groupe d'AC #2</b>
Recrutement des participants à la recherche	5 février, 13h30	6 février, 13h30
Semaine 1	12 fév. 13h30-14h30	21 fév. 13h30-14h30
Semaine 2	19 fév. 13h30-14h30	28 fév. 13h30-14h30
Semaine 3	26 fév. 13h30-14h30	7 mars 13h30-14h30
Semaine 4	5 mars 13h30-14h30	14 mars 13h30-14h30
Semaine 5	12 mars 13h30-14h30	21 mars 13h30-14h30
Semaine 6	19 mars 13h30-14h30	28 mars 13h30-14h30
Semaine 7	26 mars 13h30-14h30	4 avril 13h30-14h30
Semaine 8	2 avril 13h30-14h30	11 avril 13h30-14h30
Semaine 9	9 avril 13h30-14h30	18 avril 13h30-14h30
Semaine 10	16 avril 13h30-14h30	25 avril 13h30-14h30
Présentation des résultats (1 heure)	7 octobre 2020 14h	30 septembre 2020 13h30

## **ANNEXE G**

### **Rôles du chercheur et des participants à la recherche**

## Rôles du chercheur et des participants (Inspiré de Morrissette, 2012)

Rôles	Description des rôles
Étudiant- Chercheur	<ul style="list-style-type: none"><li>• Assurer la conception et la coordination du projet ;</li><li>• Accompagner le groupe dans les différentes rencontres d'AC collaboratif afin de les soutenir dans la mise en place et la réalisation de l'activité réflexive (et de toute autre activité afférente à celle-ci, s'il y a lieu et au besoin) – jouer le rôle d'animateur dans les rencontres d'AC;</li><li>• Agir comme l'une des personnes de référence pour les participants au projet entre les rencontres d'AC;</li><li>• Assurer la rigueur de la démarche au plan scientifique (ex. : définition du problème, collecte et analyse des données, retour aux participants) ;</li><li>• Déterminer à quelles étapes de la recherche il importe d'impliquer les participants engagés dans le projet.</li></ul>
Participants	<ul style="list-style-type: none"><li>• Assurer sa pleine participation aux rencontres d'AC ainsi qu'aux moments prévus pour la présentation des résultats ;</li><li>• S'engager dans les activités pour se développer professionnellement</li><li>• Respecter les modalités établies dans le fonctionnement de groupe;</li><li>• Contribuer à certaines activités en lien avec la réalisation de la recherche dont remplir un questionnaire de données socio-démographiques et une fiche cyclique d'AC</li></ul>

## **ANNEXE H**

### **Questionnaire de données sociodémographiques**

Code de groupe : \_\_\_\_\_

Réservé à l'étudiant-chercheur

### Données sociodémographiques

Catégorie d'âge (cochez le choix qui correspond à votre tranche d'âge)	<input type="checkbox"/> 21-30 ans <input type="checkbox"/> 31-40 ans <input type="checkbox"/> 41-50 ans <input type="checkbox"/> 51-60 ans <input type="checkbox"/> 61 ans et plus
Nombre d'années d'expérience comme infirmière	
Nombre d'années d'expérience comme infirmière en SAD	
Statut d'emploi (cochez le choix qui correspond à votre situation)	<input type="checkbox"/> temps complet <input type="checkbox"/> temps partiel
Plus haut niveau de scolarité complété en soins infirmiers ou en sciences infirmières (cochez le choix qui correspond à votre situation)	<input type="checkbox"/> Diplôme d'études collégiales <input type="checkbox"/> Diplôme universitaire de 1 <sup>er</sup> cycle <input type="checkbox"/> Diplôme d'études supérieures spécialisées <input type="checkbox"/> Maîtrise <input type="checkbox"/> Autre diplôme Préciser : _____
Formation en cours (s'il y a lieu) (Précisez la nature de la formation (académique ou formation continue) de même que le titre de cette formation.)	<input type="checkbox"/> Formation académique Préciser : _____ <input type="checkbox"/> Formation continue Préciser : _____

## **ANNEXE I**

**Guide d'entretien de groupe semi-dirigé pour  
orienter la discussion à la fin d'une rencontre  
d'AC**

## **Guide d'entretien de groupe semi-dirigé pour orienter la discussion à la fin d'une rencontre d'AC**

### **Première partie : Bilan des apprentissages réalisés**

- 1- En quoi cette rencontre qui vient de se conclure vous a-t-elle permis d'apprendre des choses nouvelles?
- 2- En quoi ce que vous avez appris dans cette rencontre est-il susceptible d'être utile dans votre pratique? Explicitez.
  - Si les participants disent avoir réalisé des apprentissages utiles dans leur pratique, leur demander comment ou dans quelles circonstances ils les utiliseront.
  - Si les participants disent que ce qu'ils ont appris n'est pas applicable dans leur pratique, leur demander les raisons pour lesquelles ce qu'ils ont appris n'est pas applicable dans leur pratique.

### **Deuxième partie : Bilan du fonctionnement de groupe**

- 1- De manière générale, quelles sont vos impressions au regard des modes de fonctionnement de votre groupe d'AC?
- 2- Selon vous, qu'est-ce qui doit être conservé dans le fonctionnement actuel du groupe?
- 3- Quels sont les éléments que vous souhaiteriez améliorer dans le fonctionnement du groupe lors de la prochaine rencontre d'AC?
- 4- S'il y a lieu, quels sont vos besoins en termes d'aide ou de ressources pour vous soutenir dans vos rencontres d'AC?
- 5- Qu'est-ce qui vous motive à participer aux rencontres d'AC?
- 6- Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile lorsque vous participez aux rencontres d'AC?

## **ANNEXE J**

**Guide d'entretien de groupe semi-dirigé pour  
la rencontre 10 – Fin des rencontres d'AC**

- 1- Globalement, que retenez-vous de cette expérience comme membre de votre groupe d'AC ?
- 2- Selon votre expérience de groupe d'AC quels sont :
  - a. les avantages de participer à un groupe d'AC ?
  - b. les désavantages de participer à un groupe d'AC ?
- 3- En quoi les groupes d'AC ont-ils permis d'apprendre quelque chose de nouveau?
  - Donnez des exemples concrets tirés de votre groupe d'AC
- 4- En quoi l'expérience dans votre groupe d'AC vous a-t-elle permis d'apprendre de vos collègues?
- 5- En quoi les échanges que vous avez eus en groupe d'AC ont-ils influencé :
  - a. ce que vous avez appris (si c'est le cas)?
  - b. votre pratique comme infirmière en SAD (si c'est le cas)?
  - c. vous ont-ils aidé à trouver des solutions à des problèmes cliniques rencontrés dans votre pratique?
    - Donnez des exemples concrets tirés de votre pratique (si c'est le cas)
- 6- Selon vous, quelles sont les conditions qui favorisent la mise en place d'un groupe d'AC chez des infirmières de SAD comme vous? Et pourquoi?
- 7- Si on vous demandait de participer à nouveau à un groupe d'AC, le referiez-vous?
  - a. Pour quelles raisons le referiez-vous (ou pas)?
  - b. À quelles conditions? (pour les participants qui auraient répondu oui initialement)
- 8- Depuis quelques semaines, nous avons abordé brièvement l'idée que ces groupes-ci aient une pérennité dans le temps. À micro fermé la semaine dernière, vous avez mentionné un souhait d'être « accompagnées /coachées » après la 10<sup>e</sup> rencontre. Quelles sont vos attentes ou vos besoins face à ce coaching ou à cet accompagnement?
  - a. Pensez-vous que ces attentes ou besoins auraient pu être répondus au cours des 10 semaines si l'animateur avait agi/interagi autrement au sein de votre groupe?
- 9- Qu'avez-vous le plus apprécié dans votre expérience d'AC?
- 10- Qu'avez-vous le moins apprécié dans votre expérience d'AC?
- 11- Parmi les activités d'AC que vous avez réalisées laquelle/lesquelles ont été :
  - a. Les plus intéressantes/stimulantes et pourquoi?
  - b. Les moins intéressantes/stimulantes et pourquoi?

Si pas de réponses, apporter les éléments de contexte suivants : Dans le cadre de votre groupe d'AC, nous avons réalisé différentes activités : tour de table, chaîne séquentielle (schéma au tableau), étude de cas (Mme G.), résolution de problèmes structurée (préparation à la rencontre avec les conseillères en éthique clinique), un groupe d'investigation (la rencontre avec les conseillers en éthique clinique) et l'enseignement mutuel basé sur l'expertise (ex. : évaluation initiale, exemples d'utilisation du PTI).

12- En quoi, selon vous, l'AC peut (ou non) contribuer à votre développement professionnel comme infirmière en SAD par rapport à l'expérience que vous avez vécue dans ce projet de recherche-ci?

## **ANNEXE K**

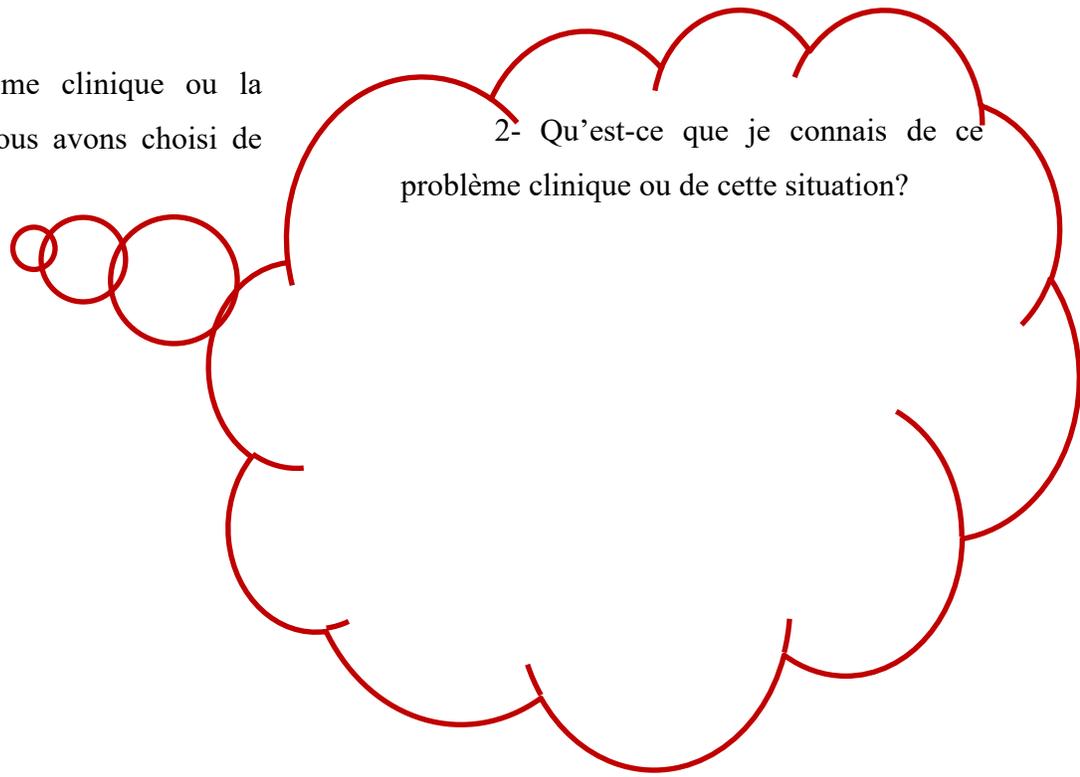
**Fiche cyclique d'apprentissage collaboratif  
(AC)**



PARTIE 1 \_\_\_\_\_

1- Quel est le problème clinique ou la situation sur laquelle nous avons choisi de travailler en groupe?

2- Qu'est-ce que je connais de ce problème clinique ou de cette situation?



3- Que voudrais-je apprendre en lien avec ce problème clinique ou cette situation?



4- Qu'aie-je appris au regard du problème clinique ou de la situation?



PARTIE 2 \_\_\_\_\_

- 1- Suite à ce cycle d'AC, y a -t-il des choses que vous avez apprises que vous utilisez dans votre pratique. Si oui, lesquelles?

De la théorie  
à la pratique

- 2- Qu'avez-vous le plus apprécié dans la réalisation de ce cycle d'apprentissage collaboratif (AC)?



- 3- Qu'avez-vous le moins apprécié dans ce cycle d'AC?



- 4- Au cours de ce cycle d'AC, y a-t-il des éléments qui ont favorisé votre apprentissage?  
Si oui, lesquels?

Oui, précisez lesquels : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

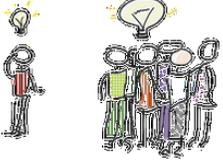
\_\_\_\_\_

Non



5- Au cours de ce cycle d'AC, avez-vous réalisé des apprentissages en dehors des rencontres de groupe d'AC? Si oui, lesquels?

Oui, précisez lesquels :



---

---

---

Non

Notes personnelles ou commentaires (au besoin)

## **ANNEXE L**

**Extraits de relevés des thèmes au cours de  
l'analyse des données**

### Relevé des thèmes avec rubriques (initial)

<b>Composantes opérationnelles du modèle</b>	<b>THÈMES</b>	<b>Composantes transversales (dans les composantes opérationnelles)</b>
Problèmes cliniques ou préoccupations et ressources	Recherche d'un point, d'un intérêt ou d'un problème commun	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Interaction</li> <li>●Engagement</li> </ul>
	Identification de ses besoins d'apprentissage	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Interaction</li> <li>●Engagement</li> </ul>
	Création d'un espace favorable au partage d'informations et d'expériences professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Environnement/espace de transformation</li> <li>●Interaction</li> </ul>
	Ouverture d'un dialogue au regard de conflits de valeurs personnelles et professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Interaction</li> <li>●Caring</li> </ul>
	Expression d'un besoin ressenti d'agir de manière concertée au sein de l'équipe	Interaction
Activités	Exige une motivation et un intérêt à se développer professionnellement	Engagement
	Brise l'isolement dans sa pratique professionnelle	Interaction
	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Développement de relations égalitaires empreintes de respect et d'écoute</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Interaction</li> <li>●Caring</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Apprentissage et soutien par les pairs</li> </ul>	Interaction
	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Partage de son expertise professionnelle</li> </ul>	Interaction
	Soutient une expression authentique et constructive dans des situations problématiques ou instables	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Interaction</li> <li>●Caring</li> </ul>
	Recherche de compréhension en profondeur	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Interaction</li> <li>●Pensée holistique, réflexive, déterministe et intégrative</li> </ul>
	Soutient une réflexion personnelle sur sa pratique professionnelle	Processus réflexif d'élévation de la conscience

	Orientation vers une recherche collective de solutions durables aux problèmes rencontrés	Interaction
	Favorise un apprentissage de manière interactive	
Production	Changement de perspective au regard de sa pratique professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pensée holistique, réflexive, déterministe et intégrative</li> <li>● Interaction</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Par la conception d'une démarche différente d'évaluation et d'intervention dans des situations de soins perçues complexes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pensée holistique, réflexive, déterministe et intégrative</li> <li>● Interaction</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Par l'essai et l'intégration d'une démarche d'évaluation et d'intervention pour les situations de soins perçues complexes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pensée holistique, réflexive, déterministe et intégrative</li> <li>● Interaction</li> </ul>
Finalités et buts poursuivis	Expression d'une fierté ressentie par l'utilité perçue du travail réalisé en groupe	Interaction
	Améliore la communication au sein des équipes à partir de situations de soins complexes	Interaction
	Assurer une meilleure réponse aux besoins des clients (améliorer la qualité des soins)	Environnement/espace de transformation
	Améliorer le travail au SAD (ne pas rester avec des problèmes)	

## Éléments contextuels

Éléments contextuels	THÈMES	Composantes transversales (dans les éléments contextuels)
Soutien des gestionnaires	Intérêt du gestionnaire pour le travail réalisé en groupe d'AC  Implication des supérieurs dans la gestion des situations perçues complexes  importance de protéger du temps sur les heures de travail pour participer au groupe d'AC	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Engagement</li> <li>•Interaction</li> <li>•Caring</li> </ul>
Organisation du travail Conditions d'exercice de la profession	Organisation contraignante du travail et contexte politique	Environnement
	Lourdeur des charges de cas et surcharge de travail	Environnement
Importance accordée à la notion du temps	Perception de manquer de temps	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Environnement</li> <li>•Interaction</li> <li>•Signification des patterns</li> </ul>
	Nécessité de protéger du temps consacré à l'AC	
	Importance du soutien à la planification et à la réalisation des rencontres d'AC	Environnement
	•Planification des rencontres d'AC	Environnement
Accompagnement du groupe d'AC	•Accompagnement dans la réalisation des rencontres d'AC  Qualité de l'animation des rencontres d'AC	Interaction
	•Transmission d'informations aux participants sur des ressources existantes	Interaction
	•Soutien dans la recherche de sens	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Interaction</li> <li>•Signification des patterns</li> </ul>
	•Reconnaissance des forces, du travail et de la progression des participants (aussi perception ressentie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Interaction</li> <li>•Signification des patterns</li> <li>•Caring</li> </ul>

	d'avancement par les participants)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Interventions visant à faire le pont entre le groupe d'AC et la pratique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Interaction</li> <li>•Signification des patterns</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Recherche de rétroaction pour améliorer les rencontres d'AC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Processus réflexif d'élévation de la conscience</li> <li>•Interaction</li> <li>•Signification des patterns</li> </ul>

## Relevé des thèmes (final)

Difficultés de communication à l'intérieur de l'équipe de soins
Mise en évidence de conflits de valeurs personnelles et professionnelles
Équité dans la répartition de la charge de travail
Équité dans l'accès aux SAD
Nécessité de procéder à un changement de mentalité dans la pratique
Besoin exprimé de développer des compétences en gestion pour mieux jouer son rôle d'infirmière pivot
Besoin de soutien pour l'intégration du nouveau personnel dans l'équipe de soins
Identification des besoins d'apprentissage
Besoin ressenti de travailler davantage en concertation
Besoin d'apprendre à s'exprimer avec authenticité dans des situations problématiques ou instables
Partage d'informations et d'expériences professionnelles
Désir de partager son expertise professionnelle au bénéfice des la clientèle
Proposition d'un tour de table pour la recherche d'un consensus
Proposition de l'étude de cas pour analyser une situation clinique complexe
Bénéfices à utiliser la résolution de problèmes structurée
Besoin d'élaborer une démarche d'évaluation et d'intervention à partir d'un cas spécifique rencontré dans la pratique
Recherche d'exemples ou de cas modèles de PTI applicables au SAD
Accessibilité à des sources de référence utiles pour la pratique
Mise en commun de sources de références répertoriées
Nécessité de valider ses impressions/actions
Désir de briser l'isolement professionnel, avec une démarche commune, en situation de cas complexes
Pertinence d'une démarche d'évaluation et d'interventions pour éviter/prévenir des situations complexes
Implication des supérieurs dans la gestion des situations perçues complexes
Essai et intégration d'une démarche systématique d'évaluation et d'intervention pour remédier aux situations complexes
Nécessité de se doter d'une démarche systématique d'évaluation de la complexité
Intégration graduelle et continue de changements/stratégies dans la pratique
Exercice d'un pouvoir d'influence sur l'équipe de soins (force d'émulation)
Fierté ressentie par l'utilité perçue du travail réalisé (en groupe d'AC)
Réflexion/discussion sur l'application/adaptation de la démarche développée à d'autres situations de soins
Développement de pistes de réflexion en lien avec ses responsabilités professionnelles d'infirmières en SAD
Connaissance et intégration de ressources interdisciplinaires organisationnelles
Hésitation à mobiliser des ressources externes au groupe d'AC
Amélioration de la communication dans les situations complexes
Motivation individuelle et intérêt à se développer professionnellement

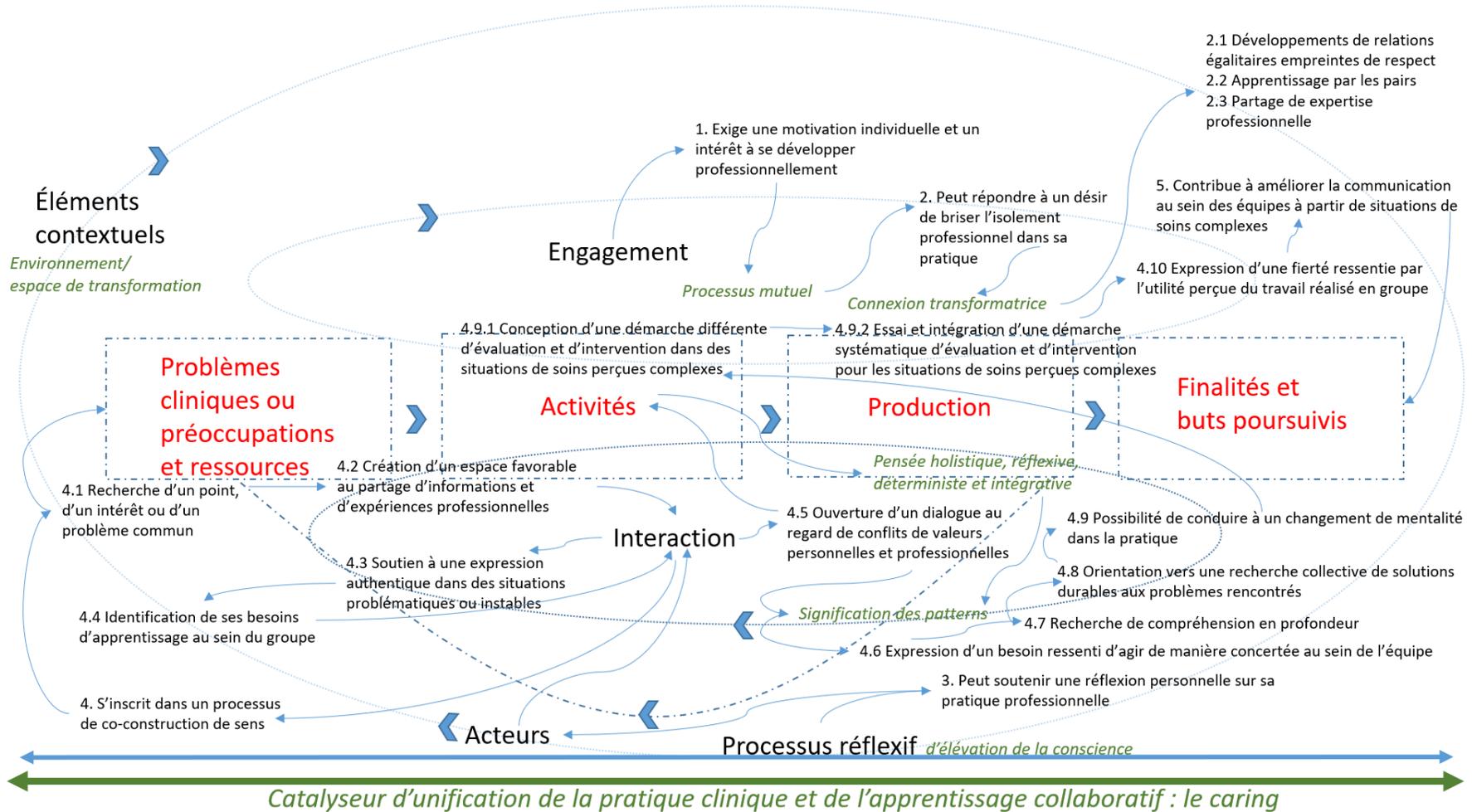
Nécessité de s'investir et de s'impliquer activement
Liberté de choix des thèmes d'intérêt pour la pratique et responsabilité individuelle dans l'apprentissage – Recherche d'un intérêt commun
Apprentissage par les pairs
Soutien clinique interdisciplinaire par les pairs
Relations égalitaires empreintes de respect
Dichotomie entre l'application de standards de pratique reconnus et le respect des souhaits du client
Désir de bien répondre aux besoins des clients et des familles
Référence à différents modèles pour appuyer sa pratique
Souci de se conformer aux exigences professionnelles/déontologiques
Recherche de compromis entre les obligations et les valeurs professionnelles ainsi que les choix du client
Relations préexistantes positives entre les collègues de travail
Découverte de ses collègues et création de liens de proximité dans la pratique
Soutien à la recherche de sens pour les apprenants
Souci que les participants puissent faire entendre leur voix
Soutien à la clarification des propos des participants
Reflet aux participants des informations, propos et émotions perçus
Mise en évidence des différents points de vue des participants
Transmission d'informations aux participants sur des ressources organisationnelles existantes
Accompagnement dans la réalisation d'activités d'AC
Reconnaissance des forces, du travail et de la progression des participants
Expression du besoin ressenti d'agir de manière concertée au sein de l'équipe
Importance de prendre le temps, en groupe, pour discuter de sa pratique professionnelle
Défi et importance de réfléchir sur sa pratique
Contextualisation d'un savoir connu pour la pratique en SAD
Stabilité des équipes de soins
Soutien du gestionnaire
Obtention d'heures de FC accréditées
Composition du groupe d'AC
Ambiguïté dans son rapport à l'apprentissage
Organisation du travail
Structures et fonctionnement ne permettant pas un partage des expertises infirmières
Difficulté à assurer une prise en charge interdisciplinaire optimale
Absence de systèmes informatisés répondant aux besoins du travail
Définition de la complexité
Situations complexes les plus souvent rencontrées
Lourdeur de la charge de cas/surcharge de travail
Gestion de crise
Prévention des situations de crise
Contexte politique
Non remplacement du personnel absent

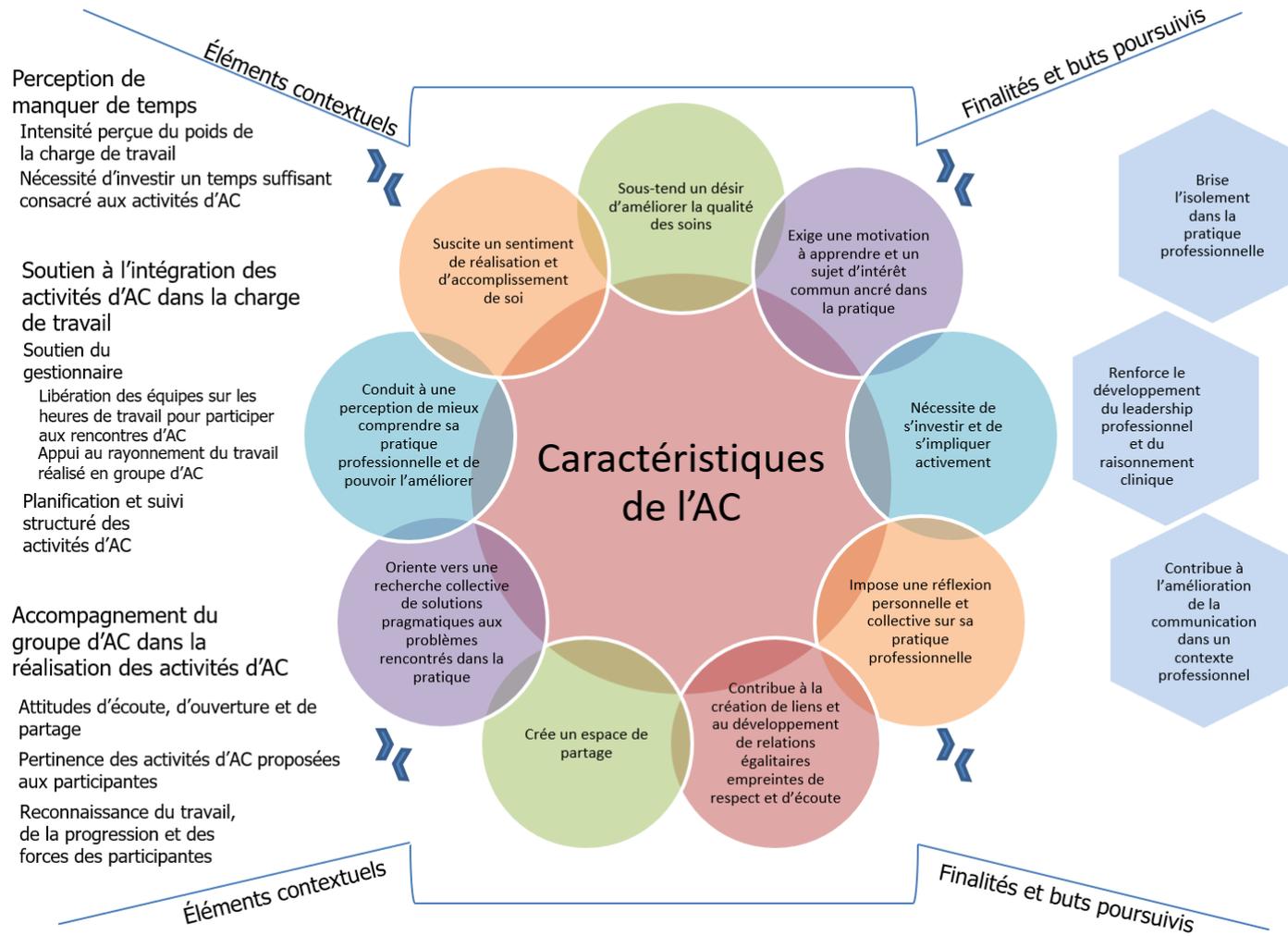
## Premier regroupement de thèmes

<b>Éléments contextuels</b>	
Perception de manquer de temps	Intensité perçue du poids de la charge de travail
	Nécessité d'investir un temps suffisant consacré aux activités d'AC
Soutien à l'intégration des activités d'AC dans la charge de travail	Soutien du gestionnaire (Libération des équipes sur les heures de travail pour participer aux rencontres d'AC; Appui au rayonnement du travail réalisé en groupe d'AC)
	Planification et suivi structurés des activités d'AC
Accompagnement du groupe d'AC dans la réalisation des activités d'AC	Attitudes d'écoute, d'ouverture et de partage
	Pertinence des activités d'AC proposées aux participantes
	Reconnaissance du travail, de la progression et des forces des participantes
<b>Caractéristiques de l'AC</b>	
Sous-tend un désir d'améliorer la qualité des soins	
Exige une motivation à apprendre et un sujet d'intérêt commun ancré dans la pratique	
Nécessite de s'investir et de s'impliquer activement	
Impose une réflexion personnelle et collective sur sa pratique professionnelle	
Contribue à la création de liens et au développement de relations égalitaires empreintes de respect et d'écoute	
Crée un espace de partage	
Oriente vers une recherche collective de solutions pragmatiques aux problèmes rencontrés dans la pratique	
Conduit à une perception de mieux comprendre sa pratique professionnelle et de pouvoir l'améliorer	
Suscite un sentiment de réalisation et d'accomplissement de soi	
<b>Finalités et buts poursuivis</b>	
Brise l'isolement dans la pratique professionnelle	
Renforce le développement du leadership professionnel et du raisonnement clinique	
Contribue à l'amélioration de la communication dans un contexte professionnel	

## **ANNEXE M**

**Exemples de schémas de concepts et de  
constructions graphiques élaborés par  
l'étudiant-chercheur pendant l'analyse du  
relevé des thèmes**





## **ANNEXE N**

**Formulaires d'information et de  
consentement**

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

### L'APPRENTISSAGE COLLABORATIF COMME STRATÉGIE DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CHEZ DES INFIRMIÈRES DE SOUTIEN À DOMICILE : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE

Étudiant-Chercheur **Jérôme Ouellet, inf., Ph. D. (c)**  
Étudiant-chercheur, candidat au doctorat  
Faculté des sciences infirmières – Université de Montréal  
Téléphone :   
Courriel : [jerome.ouellet@umontreal.ca](mailto:jerome.ouellet@umontreal.ca)

Sous la direction de :  
Louise Boyer, inf., Ph. D., professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, [louise.boyer@umontreal.ca](mailto:louise.boyer@umontreal.ca), 

Ce projet a reçu du financement de la part des organismes suivants :

- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal
- Chaire Desjardins de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille
- Faculté des études supérieures et post-doctorales de l'Université de Montréal
- Ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur – Universités
- Caisse Desjardins du Sud-Ouest de l'Île de Montréal

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation au projet. N'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

### Présentation du projet

Vous êtes invitée, comme infirmière<sup>5</sup> de soutien à domicile (SAD), à participer au projet de recherche intitulé : « L'apprentissage collaboratif comme stratégie de développement professionnel chez des infirmières de SAD : une étude exploratoire ». Le but de cette étude est d'explorer comment l'apprentissage collaboratif peut contribuer au développement professionnel d'infirmières de SAD qui exercent la profession auprès d'aînés.

Pour réaliser cette étude, l'étudiant-chercheur souhaite recruter des infirmières et infirmiers de SAD pour participer à des rencontres d'apprentissage en groupe. Ces rencontres, d'une durée d'une heure, se dérouleront sur le temps de travail rémunéré dans une salle réservée

---

<sup>5</sup> Dans ce document, l'utilisation du genre féminin a été adopté afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

à cet effet dans le milieu (CLSC) où exercent les infirmières. Les infirmières participant au projet choisiront, ensemble et d'un commun accord, une situation ou un problème clinique issu de leur pratique sur lequel elles souhaitent réfléchir et réaliser des apprentissages en groupe. Elles seront guidées et soutenues par l'étudiant-chercheur qui utilisera différentes stratégies d'apprentissage collaboratif (ex. : discussion de groupe, schématisation). Le contenu des rencontres sera enregistré en format audio et sera par la suite transcrit sans que les propos soient associés à des participantes en particulier, puis analysé afin de répondre aux différentes questions de recherche.

### **Établissement**

La recherche se déroulera au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS ODIM).

### **Critères de sélection des participants à la recherche**

Les infirmières qui souhaitent participer au présent projet de recherche doivent :

1. avoir un intérêt à se développer professionnellement et activement en groupe;
2. avoir la disponibilité nécessaire pour les différentes rencontres prévues;
3. cumuler au moins un an d'expérience en SAD.

### **Implication attendue du participant à la recherche**

La participation au présent projet de recherche implique, de la part des infirmières qui participeront au projet, qu'elles :

1. remplissent un questionnaire de données sociodémographiques (p. ex. : âge et statut d'emploi)
2. soient disponibles pour participer à 10 rencontres enregistrées à raison d'une rencontre d'une heure par semaine pendant 10 semaines pendant lesquelles seront utilisées des stratégies d'apprentissage collaboratif dans le cadre de cycles d'apprentissage;
3. remplissent, accompagné(e)s par l'étudiant-chercheur, une fiche d'apprentissage collaboratif pour chacune des situations ou des problèmes traités au cours des 10 semaines du projet;
4. participent aux différentes activités de groupe. Ces activités impliquent :
  - a. d'essayer différentes stratégies d'apprentissages collaboratif proposées par l'étudiant-chercheur (ex. : discussion de groupe, élaboration d'un schéma, mise en commun de références en lien avec le problème clinique choisi);
  - b. de répondre, en groupe, à des questions posées (ex. : apprentissages réalisés et satisfaction au regard des activités) par l'étudiant-chercheur après avoir terminé chaque cycle d'apprentissage collaboratif;
  - c. de répondre, en groupe, à des questions posées par l'étudiant-chercheur (ex. : activités d'apprentissage qui ont été appréciées ou moins appréciées et apprentissages réalisés qui ont été réinvestis dans la pratique (ou non))

lors de la 10<sup>e</sup> rencontre pour dresser un bilan de son expérience de groupe d'apprentissage collaboratif;

5. participent, sur l'heure du midi à la toute fin du projet, à une rencontre de présentation des résultats par l'étudiant-chercheur;
6. respectent les modalités de fonctionnement établies au sein du groupe d'apprentissage collaboratif;
7. respectent la confidentialité des personnes ayant tenu des propos au sein du groupe d'apprentissage collaboratif.

### **Protection de la confidentialité**

Considérant que la participation à cette recherche implique notamment une collecte de données en groupe, lors des rencontres d'apprentissage collaboratif, la confidentialité des participantes ne peut pas être garantie. L'étudiant-chercheur s'engage cependant à rappeler que la confidentialité, dans le cadre du projet, est tributaire de l'engagement mutuel des participantes à la recherche à ne pas associer, en dehors du groupe, les personnes aux propos qu'elles ont tenus au cours des rencontres d'apprentissage collaboratif. L'identité des infirmières qui prendront part aux groupes d'apprentissage collaboratif sera connue des gestionnaires, étant donné que les activités se déroulent sur les heures de travail et qu'elles peuvent avoir un impact sur la gestion des activités de soins.

### **Conservation et utilisation des données de recherche**

Les données collectées au moyen du questionnaire de données sociodémographiques, des rencontres d'apprentissage collaboratif et des fiches d'apprentissage collaboratif seront conservées sous forme brute pendant une durée de 7 ans après la fin de l'étude. Les données transcrites pourront faire l'objet d'une analyse secondaire dans le cadre d'un projet d'études post doctorales. En aucun temps, les noms des participantes à la recherche seront associés à des propos qu'elles auront tenus. Les données collectées par écrit, avec les questionnaires de données sociodémographiques de même qu'avec les fiches d'apprentissage collaboratif seront aussi codifiées de sorte qu'il ne soit pas possible, pour quelqu'un d'autre que l'étudiant-chercheur, de retracer les infirmières participant à la recherche. Les données en format papier seront conservées sous clé, dans le bureau de l'étudiant-chercheur, tandis que les fichiers électroniques seront protégés avec un mot de passe. Les personnes qui pourront avoir accès aux données de recherche sont l'étudiant-chercheur, son équipe de direction ainsi que du personnel de soutien (pour le contenu des rencontres d'apprentissage collaboratif qui sera transcrit). Ces personnes devront s'engager à respecter la confidentialité des données qui seront portées à leur attention, le cas échéant.

### **Avantages et bénéfices de participer à la recherche**

Le principal bénéfice potentiel à participer à ce projet de recherche est l'occasion de réaliser des apprentissages susceptibles d'être signifiants pour votre pratique comme infirmière en SAD et delà, de vous développer professionnellement. Les discussions et les échanges réalisés en groupe pourront constituer une forme de réflexion au regard de votre pratique clinique. Ultiment, les apprentissages réalisés pourraient aussi vous permettre de trouver des solutions à des problèmes cliniques rencontrés dans votre pratique et qui sont restés sans solution jusqu'à ce jour. Dans l'éventualité où vous prenez part à l'ensemble du projet, 10 heures de formation continue accréditées vous seront octroyées.

## **Risques et inconvénients de participer à la recherche**

Le principal risque connu de participer à cette recherche est celui qu'une personne du groupe rompe son engagement à préserver la confidentialité des personnes ayant tenu des propos spécifiques lors des rencontres d'apprentissage collaboratif. Le second risque identifié est celui de se sentir potentiellement jugé par ses collègues dans l'éventualité où il y aurait un désaccord entre les diverses parties impliquées dans le groupe d'apprentissage collaboratif. Le troisième risque identifié est qu'il soit possible que l'infirmière qui participe aux rencontres de groupe vive un certain stress (p.ex. s'exprimer devant un groupe de collègues de travail). Pour réduire ces risques, l'étudiant-chercheur s'engage premièrement à rappeler l'importance du respect des modes de fonctionnement établis au sein du groupe et, au besoin, à échanger avec les infirmières participant à la recherche, sur une base individuelle ou de groupe, au regard d'un quelconque problème en lien avec ces risques potentiels identifiés. De plus, l'étudiant-chercheur s'engage également à respecter qu'une infirmière souhaite ne pas s'exprimer sur un sujet à un moment donné. L'étudiant-chercheur offrira aussi son soutien, par son animation, lors des interventions, pour les infirmières moins à l'aise de s'exprimer devant un groupe. Mentionnons finalement que la durée du projet (10 semaines) pourrait constituer un inconvénient de la participation à ce projet.

## **Participation volontaire et droit de retrait**

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser l'étudiant-chercheur et ce, par simple avis verbal ou selon le mode autre qui convient le plus (ex. : courriel ou message vocal à l'étudiant-chercheur). Toutefois, dans l'éventualité où vous souhaiteriez vous retirer du projet, il est important que vous sachiez qu'il sera impossible de retirer les données collectées lors des rencontres de groupe d'apprentissage collaboratif étant donné que ces données auront été transcrites de manière anonyme et que vos propos seront difficilement repérables, y compris par le chercheur, dans les verbatim des rencontres. Cela pourrait également affecter la qualité des analyses réalisées. Les données collectées au moyen du questionnaire de données sociodémographiques de même que celles des fiches d'apprentissage collaboratif pourront cependant être retirées, à votre demande, advenant votre retrait du projet de recherche.

## **Responsabilité de l'équipe de recherche**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

## **Compensation**

L'infirmière ne recevra pas de compensation financière pour sa participation à ce projet de recherche.

## **Communication des résultats généraux**

Le retour sur les résultats auprès des infirmières participant à la recherche est prévu à la toute fin du projet, lors d'un dîner en groupe. Les résultats seront diffusés dans le cadre de

présentations ou encore de rédactions d'ouvrages ou d'articles professionnels ou scientifiques. En aucun cas, les noms des infirmières participant à la recherche seront dévoilés dans la diffusion des résultats de recherche.

### **Personnes-ressources**

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou si vous souhaitez vous retirer du projet, vous pouvez contacter : Jérôme Ouellet, infirmier, étudiant-chercheur responsable du projet de recherche au [REDACTED] ou envoyer un courriel à [jerome.ouellet@umontreal.ca](mailto:jerome.ouellet@umontreal.ca)

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter :

le conseiller en éthique du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) :

Courriel: [ceres@umontreal.ca](mailto:ceres@umontreal.ca)

Téléphone au [REDACTED]

Site Web: <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte concernant cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone [REDACTED] ou à l'adresse courriel [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca). L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

ou

le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, au [REDACTED] ou par courriel à [commissariat.plaintes.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:commissariat.plaintes.comtl@ssss.gouv.qc.ca)

## **Consentement**

---

### **Déclaration de la participante**

#### **1. Participation au projet de recherche**

Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.

Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Je pourrai à tout moment, sur simple avis de ma part, revenir sur ma décision de participer et serai alors immédiatement libéré de mon engagement.

## 2. Autorisation pour l'utilisation secondaire des données

Je consens à ce que les données recueillies dans le cadre du présent projet de recherche soient utilisées dans le cadre d'un projet futur d'études post-doctorales, en lien avec la présente étude, et qui sera réalisé par le même étudiant-chercheur, conditionnellement à l'approbation de ce projet d'études post-doctorales par un comité d'éthique de la recherche. (Cocher votre choix.)

Oui

Non

---

Prénom et nom du participant  
(caractères d'imprimerie)

---

Signature de l'infirmier

---

Date :

## Engagement du chercheur

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche à la participante. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et me suis assuré de la compréhension de la participante. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

---

Prénom et nom du chercheur  
(caractères d'imprimerie)

---

Signature du chercheur

---

Date :

## INFORMATION AND PARTICIPANT'S CONSENT FORM

### COLLABORATIVE LEARNING AS A PROFESSIONAL DEVELOPMENT STRATEGY FOR NURSES WORKING IN HOME CARE: AN EXPLORATORY RESEARCH

Student researcher     **Jérôme Ouellet, R. N., Ph. D. (c)**  
Student Researcher  
Faculty of Nursing – University of Montreal  
Phone Number :   
Email : [jerome.ouellet@umontreal.ca](mailto:jerome.ouellet@umontreal.ca)

Director of research:

Louise Boyer, R. N., Ph. D., adjunct professor, Faculty of Nursing, University of Montreal,  
[louise.boyer@umontreal.ca](mailto:louise.boyer@umontreal.ca), 

This research project is funded by:

- Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal
- Chaire Desjardins de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille
- Faculté des études supérieures et post-doctorales de l'Université de Montréal
- Ministère de l'éducation et de l'enseignement supérieur – Universités
- Caisse Desjardins du Sud-Ouest de l'Île de Montréal

You are invited to participate in a research project. Before agreeing to participate, please take the time to read the following information about the terms and conditions. Do not hesitate to direct your questions to the person who is presenting this document.

#### **Purpose of the Study**

You are invited as a registered nurse (RN) in home care to participate in a scientific research study entitled: “Collaborative Learning as a Professional Development Strategy for Nurses Working in Home Care: An Exploratory Research”. The goal of this research study is to explore how collaborative learning can contribute to nursing professional development (NPD) of nurses working with older adults in home care settings. The student researcher wants to recruit, on a voluntary basis, RNs working in home care settings who would like to experience collaborative learning techniques with coworkers. These collaborative learning group sessions will be of a duration of one hour, once a week, over a period of 10 weeks. Collaborative learning group sessions will occur during paid working hours. They will also be held in the workplace, in a room reserved for this purpose. The research study participants, who are RNs in home care, will select clinical situations or clinical problems they want to reflect on and learn from in their collaborative learning group. Attendees will be guided through their learning process by the student researcher using collaborative learning techniques (ex.: case study, discussion group, conceptual map). Collaborative learning group sessions will be audio recorded. Verbal content will be

transcribed, without identifying personal information, and then analysed by the student researcher for the purpose of answering several research questions.

### **Clinical settings**

This research study will be conducted in two local community health centers (LCHC) which are LCHC LaSalle and LCHC Dorval-Lachine of the Montreal West Island Integrated University Health and Social Services Center (MWI IUHSSC).

### **Inclusion Criteria**

RNs in home care who want to participate in this scientific study must:

4. be interested in NPD and actively engage themselves in the collaborative learning group sessions;
5. be available for one hour, once a week, for 10 weeks to participate in collaborative learning group sessions;
6. have one year of experience as a RN in home care.

### **Expectations from RNs in home care participating in this research study**

RNs in home care who consent to participate in this research project must:

8. complete a questionnaire with sociodemographic data (ex. age and employment status);
9. be available for one hour, once a week, for 10 weeks to participate in collaborative learning group sessions which will be audio recorded and facilitated by the student researcher using collaborative learning techniques;
10. complete, with the student-researcher's support, a collaborative learning form for each clinical situation or clinical problem they will have worked on during the ten weeks of this research project;
11. actively participate in group activities, including:
  - a. participating in different collaborative learning techniques suggested by the student researcher (ex.: discussion groups, case studies, conceptual maps);
  - b. answer questions, asked by the student researcher (ex. what has been learned, satisfaction with activities), in semi structured group interviews at the end of each collaborative learning cycle;
  - c. answer questions, asked by the student researcher (ex. collaborative learning techniques liked or disliked, applied learning in clinical practice), in a semi structured group interview at the end of the project (week 10<sup>th</sup>);
12. participate once in a meeting, during a lunch time, at the end of the project, where the student researcher presents the results of the research study;
13. respect rules set by the members of the collaborative learning group at the beginning of the project.
14. Engage themselves in respecting the confidentiality of what coworkers express verbally during collaborative learning group sessions.

## **Confidentiality**

Participating in this research project means that confidentiality cannot be assured for participants because most of the data is collected during collaborative learning group sessions.

However, the student researcher will remind RNs in home care that confidentiality, in this research project, requires mutual engagement from all participants to respect all members of the group. To do so, participants must not mention what has been said by someone during collaborative learning group sessions.

Managers will know who is participating in this research project because collaborative learning group sessions take place during paid working hours. This also means that nursing care has to be managed in a different way by managers and RNs in home care to avoid negative consequences for patients.

## **Conservation and utilization of research data**

Raw data collected is going to be conserved for 7 years after the end of the research project. The student researcher could use transcribed data for a secondary analysis in a post-doctoral survey.

At no time will participants' names be associated with what was said during collaborative learning group sessions. Recorded verbal data collected is going to be codified when transcribed to ensure that it will not be possible to identify who said what, except for the student researcher. Written data collected will also be codified to ensure that it will not be possible to identify who wrote what, except for the student researcher.

Data in paper format will be stored and locked in the student researcher's office. Electronic files will be protected with passwords. Only the student researcher, the director and the co-director of research and the clerical staff will have access to the raw data (collected during collaborative learning group sessions). They will also have to make a commitment to respect the confidentiality of the participants before listening to recorded data.

## **Advantages and benefits of participating in this research project**

The main potential benefit of participating in this research project is to make learning relevant to your clinical practice in home care and beyond that to enrich your NPD.

Facilitated discussions in the collaborative learning group sessions may be an occasion to reflect on nurses' clinical practice in home care settings. Ultimately, the learning achieved from this experience of collaborative learning group sessions could also be helpful in solving clinical problems experienced or that have not been resolved to date in your daily practice. Should you decide to take part in the entire project, you will receive a certificate (10 hours of accredited training) delivered by the Faculty of Nursing of the University of Montreal.

## **Disadvantages and risks of participating in this research project**

The main known potential risk of participating in this research project is being identified as a participant because another participant, in the collaborative learning group, does not honor his/her commitment to respect confidentiality. The second known risk is to feel judged by his/her coworkers in case of disagreement in the collaborative learning group. The third known risk is that RNs in home care participating in the collaborative learning group sessions feel some stress (ex: discomfort related to the fact that they will express

themselves out loud in front of their coworkers). To reduce these risks, the student researcher will firstly, remind participants of the importance of respecting the established group functioning rules and, as needed, the student researcher will discuss (individually or collectively) with participants any problems that arise related to these potential risks. RNs in home care participating in this research project also have the right to not express themselves on a specific topic at any time during collaborative learning group sessions. The student researcher will support participants having difficulties expressing themselves in a group situation with coworkers, if needed. Finally, the duration of the project, which is ten weeks, could be a disadvantage for some RNs in home care who would like to participate in this research project.

### **Voluntary participation and right to withdraw consent**

You have the right to participate or not in this research project. At any time during the study, you can make the decision to stop participating in this research project. To do so, you may inform the student researcher either verbally or any other convenient means such as by email or by voice message. However, if you make the decision to stop participating in this study, you must know that it is going to be impossible to withdraw or to delete any data already collected during collaborative learning group sessions because the data will have been codified anonymously. Attempts to delete any data could negatively affect the quality of the analysis conducted. Nevertheless, sociodemographic data and data collected from the collaborative learning forms can be deleted by the student researcher upon your request.

### **Responsibilities of the research team**

Participating in this research project does not mean that you waive any of your rights nor that you discharge researchers and institutions from their civil and professional liabilities.

### **Compensation**

RNs in home care will not receive any financial compensation for participating in this research project.

### **Dissemination of results**

Results will be presented to participants at the end of the project during a lunch time. They will also be disseminated in scientific and professional conferences and publications. The identity of the participants will never be disclosed through methods used by the student researcher to disseminate results.

### **Resource persons' contact information**

If you have any questions, if you need more information about this research project or if you want to stop participating in this study, please contact Jérôme Ouellet, RN, student researcher, by telephone: [REDACTED] or by email: [jerome.ouellet@umontreal.ca](mailto:jerome.ouellet@umontreal.ca)

If you have any concerns about your rights or the researcher's responsibilities related to your participation in this study, you may contact:

The ethics counsellor from the Comité d'éthique de la recherche en santé (CÉRES) :

Email: [ceres@umontreal.ca](mailto:ceres@umontreal.ca)

Telephone number [REDACTED]

Web Site: <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Any complaints concerning this research project may also be addressed to the ombudsman of the University of Montreal, by telephone: [REDACTED], from 9 am to 5 pm, or by email: [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca). Collect calls are accepted. The ombudsman can express himself/herself in French or in English.

or

If you wish to speak with someone who is not a member of the research team about your rights as a participant, or if you wish to make a complaint about a project, please contact: Service Quality and Complaints Commission Access Point : Douglas Institute Toll Free Number : [REDACTED] [commissariat.plaintes.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:commissariat.plaintes.comtl@ssss.gouv.qc.ca)

## **Consent**

---

### **Participant's declaration**

#### **3. Participation in this research project**

I understand that I can take the time I need to make the decision if I want or not to participate in this research project.

I can ask questions of the research team and get satisfactory answers.

I understand that participating in this research study does not mean that I waive my rights nor do I discharge researchers and institutions from their responsibilities.

I read this Information and Consent form and I agree to participate in this project of research.

At any time during the study, I can make the decision to stop participating in this research project. To do so, I simply have to inform the student researcher of the decision I have made. I will be immediately released from my obligations.

#### **4. Consent to secondary use of research data**

I agree that data collected for this research project could be used again in a post-doctoral survey following this research project. In this case, the post-doctoral survey will be led by

the same student researcher and is conditional upon the ethic committee's approval. (Select your preference.)

Yes

No

---

Participant's first name and last name  
(please print)

---

Participant's signature

---

Date :

---

### **Student-researcher's statement**

I explained the terms and conditions of participating in this research project to the participant. I answered any questions to the best of my knowledge and I ensured that the participant understood the information. The research team and I commit to respecting what has been written in this Information and Consent form.

---

Student researcher's first name and last name  
(please print)

---

Student researcher's signature

---

Date :

---

## **ANNEXE O**

**Description et application des activités  
d'AC dans les groupes d'AC**

Catégorie et nom de l'activité d'AC	Description et application dans l'étude
<b>Catégorie : Activités d'AC pour favoriser la discussion</b>	
Buzz room	<p><b>Description :</b> Formation rapide de petits groupes pour répondre à une ou des question(s) spécifique(s). Le consensus n'est pas obligatoire. Cette activité vise à ce que chaque apprenant puisse exprimer son point de vue dans un temps limité. Les réponses sont partagées par la suite en plénière.</p> <p><b>Application dans l'étude :</b> Identifier parmi une liste de repères de complexité, ceux qui étaient perçus comme étant plus importants ou fréquents.</p>
Round robin	<p><b>Description :</b> Technique de remue-méninges dans laquelle, à tour de rôle, les participants expriment brièvement un mot ou une phrase en lien avec le problème travaillé en groupe. Les réponses des participants sont listées puis regroupées pour amorcer une discussion.</p> <p><b>Application dans l'étude :</b> Cette activité d'AC a été utilisée pour que les participantes illustrent/explicitent le concept de « complexité en SAD » à partir d'exemples tirés de leur pratique.</p>
<b>Catégorie : Activités d'AC pour favoriser la résolution de problèmes</b>	
Résolution de problèmes structurée	<p><b>Description :</b> Processus visant à explorer, en groupe, étape par étape, différents aspects d'un problème complexe afin de mieux le comprendre, de proposer des solutions pour le résoudre et d'évaluer la pertinence des solutions proposées. Le consensus est visé.</p> <p><b>Application dans l'étude :</b> Les participantes ont identifié les différents aspects d'une situation de soins complexes (ex. : valeurs en cause, points de vue, actions réalisées et résultats non fructueux) dans laquelle elles vivaient des difficultés de communication. Elles ont par la suite proposé une démarche structurée pour faciliter la communication en tenant compte de l'ensemble des différents aspects relevés.</p>

Groupe d'investigation	<p><b>Description :</b> Vise la réalisation d'une recherche en profondeur d'un savoir par rapport à un sujet ou un problème jugé d'intérêt par les apprenants. La recherche réalisée doit conduire à une meilleure compréhension du sujet investigué.</p> <p><b>Application dans l'étude :</b> Des participantes ont utilisé cette activité d'AC pour approfondir leurs connaissances au regard de l'utilisation optimale du PTI dans leur contexte de pratique en SAD, avec des écrits théoriques et des exemples tirés de leur pratique.</p>
<p><b>Catégorie : Activités d'AC pour organiser de l'information</b></p>	
Groupe d'affinités	<p><b>Description :</b> Identifier, prioriser et organiser, par consensus et par thèmes les différentes dimensions d'un problème ou d'une situation complexe dont l'intérêt est partagé.</p> <p><b>Application dans l'étude :</b> Après avoir réalisé un round robin, les participantes ont inscrit sur des fiches les concepts qu'elles trouvaient les plus pertinents pour définir des repères de complexité dans la pratique infirmière en SAD.</p>
Chaîne séquentielle	<p><b>Description :</b> Réalisation, en groupe, d'un schéma de concepts qui permet d'établir des liens (classification, ordonnancement, causalités, etc.) pour mieux comprendre une situation ou un problème donné dans une progression cohérente.</p> <p><b>Application dans l'étude :</b> Cette activité d'AC a été utilisée dans la première rencontre des deux groupes pour illustrer des liens entre les différents sujets d'intérêt soulevés par les participantes afin d'arriver à prioriser les problèmes cliniques ou situations à partir desquels elles réfléchissent en groupe.</p>
Équipe matricielle	<p><b>Description :</b> Élaboration, en groupe, d'une grille permettant d'identifier des concepts-clés, de les définir et de les distinguer à partir de leurs caractéristiques.</p> <p><b>Application dans l'étude :</b> Cette activité d'AC a été utilisée afin d'identifier, de définir et de choisir parmi une série de concepts des repères de complexité fréquemment rencontrés dans la pratique infirmière en SAD.</p>

---

**Catégorie : Activités d'AC pour mettre l'accent sur l'écriture collaborative**

---

Collection de ressources

**Description :** En équipe, les apprenants partagent des ressources en lien avec une thématique, une situation ou un problème donné. Ils annotent, préparent et regroupent les différentes ressources qu'ils ont trouvées. Par la suite, en plus grand groupe, ils discutent des ressources qu'ils ont consultées, puis ensemble, ils sélectionnent celles qu'ils veulent conserver pour consultation ou utilisation ultérieures.

**Application dans l'étude :** Dans l'un des groupes d'AC, les participantes ont mis en commun différents écrits et outils recensés, d'abord individuellement, sur le PTI. Elles ont regroupé ces ressources dans le but éventuel d'en faire un outil de référence disponible dans leur milieu de soins.

---

Écriture collaborative

**Description :** Rédaction en groupe d'un document qui sera utilisé ultérieurement dont la portée est pratique. Cette activité implique de produire des idées, de les rassembler et de les organiser en mode initial puis révisé afin de les raffiner.

**Application dans l'étude :** Cette activité d'AC a été utilisée dans les deux groupes. Dans l'un des groupes, elle a été utilisée afin de produire une démarche de communication avec les différentes étapes et intervenants impliqués selon la situation et dans l'autre groupe, elle a servi à élaborer une grille de repères de complexité pour une meilleure évaluation systématique des situations de soins perçues difficiles par les participantes.

---

**Catégorie : Activités d'AC pour l'enseignement réciproque**

---

Enseignement mutuel basé sur l'expertise

**Description :** Analyser une situation complexe vécue et proposer une solution contextualisée qui repose sur le partage d'expertises mobilisées au sein du groupe à partir d'expériences vécues antérieurement par des collègues.

**Application dans l'étude :** Cette activité d'AC a été utilisée à maintes reprises dans les rencontres d'AC des deux groupes. Les participantes ont partagé leurs expériences et leurs expertises dans chacun des thèmes abordés.

---

Inspiré de Barkley, Major et Cross (2014)