

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES

LA MISE EN PLACE D'UNE COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE POUR LES  
INFIRMIÈRES DÉBUTANTES

PAR

SONIA TURCOTTE  
(TURS04558404)

A ÉTÉ ÉVALUÉE PAR UN JURY COMPOSÉE DES PERSONNES SUIVANTES :

HÉLÈNE LEFEBVRE Ph.D.  
(DIRECTRICE)

CATHERINE OLIVER M.SC. (A)  
(SUPERVISEURE)

PRINTEMPS 2011

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

LA MISE EN PLACE D'UNE COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE POUR LES  
INFIRMIÈRES DÉBUTANTES

PAR

SONIA TURCOTTE  
(TURS04558404)

RAPPORT DE PROJET DE STAGE

PRÉSENTÉ À

LA FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES  
EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE  
MAÎTRISE ÈS SCIENCE (M.Sc.) EN  
SCIENCES INFIRMIÈRES OPTION  
ADMINISTRATION DES SERVICES INFIRMIERS

©SONIA TURCOTTE, 2011

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	v
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	2
3. BUT ET OBJECTIFS DE STAGE.....	3
4. RECENSION DES ÉCRITS.....	4
4.1 La rétention des infirmières dans les milieux de soins.....	4
4.2 Les infirmières débutantes .....	6
4.3 Communauté de pratique .....	7
5. CADRE THÉORIQUE .....	9
5.1 Théorie des communautés de pratique .....	9
5.1.1 Concepts centraux des communautés de pratique.....	9
5.1.2 Cycle de vie des communautés de pratique .....	10
5.1.3 Critères structurants d'une communauté de pratique .....	10
5.1.4 Démarche pour réussir la communauté de pratique .....	12
6. IDENTIFICATION DU MILIEU DE STAGE.....	13
7. DÉROULEMENT DU STAGE.....	13
7.1 Activités préliminaires au stage .....	13
7.2 Première rencontre .....	14
7.3 Deuxième rencontre .....	16
7.4 Troisième rencontre.....	18
8. DISCUSSION .....	19
8.1 Pertinence du stage.....	19
8.2 Réalisation des objectifs de stage.....	20
8.2.1 Initier une démarche pour co-implanter une communauté de pratique .....	20

8.2.2 Assurer la pérennité de la communauté de pratique .....	21
8.2.3 Développement d'un soutien collectif, affectif et cognitif .....	21
8.3 Réalisation des objectifs d'apprentissage .....	22
8.3.1 Approfondir mes connaissances concernant les communautés de pratique ....	22
8.3.2 Collaboration et leadership.....	22
8.3.3 Habiletés relationnelles et de communication.....	23
9. RETOMBÉS ET RECOMMANDATIONS .....	24
10. CONCLUSION.....	26
RÉFÉRENCES .....	27
APPENDICE 1 : Objectifs et interventions .....	31
APPENDICE 2: Échéancier.....	34
APPENDICE 3: Les compétences infirmières de novice à expert .....	37
APPENDICE 4: Transition Model: The First 18 Months in Practice of nurses .....	39
APPENDICE 5: Caractéristiques structurantes d'une communauté de pratique .....	41
APPENDICE 6: Les phases de développement d'une communauté de pratique .....	43
APPENDICE 7: Plan de la rencontre session 1 .....	45
APPENDICE 8: Contrats de confidentialité.....	47
APPENDICE 9: Plan de la rencontre session 2 .....	50
APPENDICE 10: Plan de la rencontre session 3 .....	52
APPENDICE 11: Questionnaire d'évaluation du niveau de satisfaction.....	54
APPENDICE 12: Réponses aux questionnaires .....	56

### *REMERCIEMENTS*

Tout d'abord, je tiens à remercier Mme Hélène Lefebvre, PhD., pour sa disponibilité et ses précieux conseils, Mme Catherine Oliver M.Sc., qui m'a si gentiment conseillé et assisté lors de mon stage, Mme Valérie Cass infirmière-chef, de l'unité de soins chirurgicaux hépatobiliaires et de transplantations, de m'avoir autorisée à faire des ateliers avec le personnel de son service et faire en sorte que ce projet de stage ce réalise.

À tous les infirmières et infirmiers débutants qui ont participé avec enthousiasme à la réalisation de ce projet, merci pour votre temps et votre contribution.

Finalement, je remercie mes amies proches, mes parents ainsi que mon conjoint pour leur soutien, leurs encouragements et leur patience dans la réalisation de ce beau défi qu'a été la maîtrise.

## 1. INTRODUCTION

La rétention et la satisfaction des infirmières<sup>1</sup> recrutées dans les milieux de soins est un sujet d'actualité et problématique pour le système de santé québécois. L'Ordre des infirmières et le gouvernement mettent en place différentes mesures pour favoriser la rétention des infirmières (OIIQ, 2010). Entre 2003 et 2004, le réseau public de la santé et des services sociaux a recruté 92 % des nouvelles infirmières disponibles sur le marché du travail, parmi celles qui ont commencé à exercer dans le réseau public, moins de 80 % y étaient encore cinq ans plus tard (OIIQ, 2009).

En effet, le nombre d'effectifs infirmiers estimé au Québec et au Canada augmentera très peu au cours des quinze prochaines années pour satisfaire aux besoins de main-d'œuvre dans le domaine des soins infirmiers (OIIQ, 2007). De telles statistiques inquiètent les nombreux centres hospitaliers et les autres instances du milieu des soins et des services sociaux (Casey, Fink, Krugman & Propst, 2004; Turner, 2009). Les gestionnaires d'unités chirurgicales n'y échappent malheureusement pas et ceux-ci doivent trouver des stratégies de rétention adéquates et adaptées à leurs milieux (Clarke & Cheung, 2008; Turner, 2009).

Ce rapport de stage présente une expérience qui pourrait être une stratégie de satisfaction et de rétention possible pour les infirmières débutantes soit la communauté de pratique. Il débute par une présentation de la problématique, du but et des objectifs, suivie de la recension des écrits et du cadre théorique ayant guidé la tenue du stage. Ensuite, de façon plus concrète, le déroulement du stage et une discussion sur son utilité, pour terminer avec des recommandations et une brève conclusion.

---

<sup>1</sup> Le féminin est utilisé dans ce rapport de stage sans préjudice, mais pour faciliter la rédaction de celui-ci.

## 2. PROBLÉMATIQUE

Selon le portrait de la relève infirmière 2009-2010 de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2010), six infirmières de la relève sur dix soit 58,5 % exercent dans le domaine des soins de santé physique, principalement en médecine ou en chirurgie. Les infirmières débutantes travaillant dans un milieu de soins chirurgicaux spécialisés ont très souvent à œuvrer dans des conditions difficiles et doivent apprendre à composer avec diverses problématiques comme une importante perte d'expertise dans les milieux spécialisés et ultra spécialisés, des exigences accrues dans les unités de soins, l'absence de personne-ressource durant les quarts de travail de soir et de nuit, le temps supplémentaire obligatoire ainsi que les horaires variables et irréguliers (Labarre & Thibault, 2001). Selon Dallaire (2005), le manque d'autonomie serait associé à un sentiment d'insatisfaction des infirmières, lequel expliquerait en partie le départ de certaines d'entre elles. De telles conditions peuvent affecter le moral des infirmières débutantes et ainsi les amener à quitter les milieux de soins chirurgicaux.

La satisfaction et la rétention des jeunes infirmières sont des sujets qui m'intéressent depuis environ quatre ans, car travaillant sur une unité de soins chirurgicaux spécialisés depuis maintenant cinq ans, j'ai été à même de constater le roulement de personnel et la présence d'insatisfaction au travail verbalisée par les jeunes infirmières de l'unité. Le Ross 3, de l'hôpital Royal-Victoria au Centre de santé McGill (CUSM), est une unité de soins chirurgicaux hépatobiliaires et de transplantations ayant un personnel infirmier relativement jeune. Présentement, l'unité dénombre une trentaine d'infirmières tant cliniciennes que techniciennes, dont douze ayant moins de dix-huit mois d'expérience en soins infirmiers et très peu d'infirmières d'expérience pour encadrer et superviser ces jeunes infirmières durant les quarts de travail.

En effet, il existe présentement, au CUSM un programme de soutien clinique pour les jeunes infirmières, nommé les «Genesis ». Le but de ce programme est de prodiguer un soutien moral, d'encourager le soutien des pairs par l'éducatrice du milieu et la direction, et ce, en donnant un côté éducationnel et cognitif aux rencontres.

Toutefois, ce programme n'est pas encore implanté sur toutes les unités de soins du CUSM. C'est dans cette optique que la mise en place d'une communauté de pratique (CdeP) avec les infirmières débutantes de l'unité de soins chirurgicaux Ross 3, est l'une des stratégies envisageables pour contrer le manque d'infirmières expérimentées, améliorer la satisfaction au travail et favoriser la rétention des jeunes infirmières de l'unité de soin.

### 3. BUT ET OBJECTIFS DE STAGE

**Le but de ce stage** est la mise en place d'une communauté de pratique auprès et avec les infirmières débutantes ayant moins de dix-huit mois d'expérience. La co-implantation de cette communauté de pratique vise à favoriser la satisfaction et la rétention des infirmières débutantes dans l'unité de soins chirurgicaux hépatobiliaires et de transplantations de l'hôpital Royal-Victoria du CUSM.

Les objectifs poursuivis et les interventions effectuées dans le cadre de ce stage sont :

1. Initier une démarche pour co-implanter une communauté de pratique avec les infirmières débutantes de l'unité de soins chirurgicaux hépatobiliaires et de transplantations de l'hôpital Royal-Victoria.
2. Assurer la pérennité de la communauté de pratique.
3. Co-créeer un environnement favorisant le développement d'un soutien collectif, affectif et cognitif chez les infirmières débutantes.

Les objectifs d'apprentissage personnels sont :

1. Approfondir mes connaissances concernant les communautés de pratique.
2. Développer des compétences supplémentaires pour les infirmières en pratique avancée : la collaboration et le leadership (Hamric, 2008).
3. Améliorer mes habiletés relationnelles et de communication auprès des infirmières.



Pour davantage d'informations sur les interventions et son déroulement, un tableau des interventions pour chaque objectif de stage et un échéancier sont présentés respectivement à l'appendice 1 et 2.

#### 4. RECENSION DES ÉCRITS

Les articles sélectionnés dans le cadre de cette recension ont été publiés entre les années 1998 et 2010. L'exploration de divers moteurs de recherche et base de données bibliographiques comme CINAHL, MEDLINE, Google scholar et Atrium a permis de dénombrier un peu plus de cent articles. Ils ne couvrent pas entièrement le sujet de la problématique, mais ils ont permis l'avancement de mes connaissances pour les différents concepts qui m'intéressent. Les mots clés ciblés pour faire les recherches dans le cadre de cette recension sont : *communauté de pratique, community of practice, groupe de soutien, infirmière débutante, infirmière novice, infirmière nouvellement graduée, jeune infirmière, stress in nursing, new graduate nurse, novice to expert, nurses satisfaction, nurses retention, nurse turnover, rétention infirmière, satisfaction au travail, support group, surgical unit, unité de soins chirurgicaux.*

Les articles recensés sont davantage de nature quantitative. Ils ont été sélectionnés à partir de critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques. Les études retenues devaient avoir été faites au Canada ou aux États-Unis, afin de respecter au maximum le contexte du système de santé québécois. Deux articles ont été sélectionnés dû à leurs apports concernant la communauté de pratique, l'un est une étude réalisée en Europe et l'autre a une année de publication inférieure à l'an 2000. Il aurait été intéressant, dans le cadre de cette recherche, de trouver des articles dédiés spécifiquement à la rétention des infirmières dans les milieux de soins chirurgicaux. Cependant, trois concepts abordés lors de cette synthèse des écrits ont été retenus : la rétention du personnel dans les milieux de soins, les infirmières débutantes et finalement la communauté de pratique.

##### 4.1 La rétention des infirmières dans les milieux de soins

La définition de la rétention : « réfère à l'intérêt de conserver les infirmières dans les hôpitaux et dans leur profession. La théorie de la rétention démontre l'intention (ou la propension) de quitter, celui-ci est l'un des meilleurs indices pour prédire le départ d'un

employé vers une autre organisation (Zeytinoglu, Denton, Davies, Baumann, Blythe et Boos, 2005)». De nombreuses raisons amènent les infirmières à abandonner leur emploi et parfois leur profession. Plusieurs facteurs désavantagent la rétention des infirmières dans les milieux de soins.

L'insatisfaction au travail entraîne 65 % de probabilité qu'une infirmière quitte son emploi lors des premières années (Shields & Ward, 2001).

La rétention des jeunes infirmières peut aussi être affectée par la qualité du leadership infirmier, les relations avec les collègues et l'infirmière-chef (Almanda, Carafoli, Flattery, French et McNamara, 2004).

En plus des relations, le salaire et les bénéfices sociaux, les commodités, les horaires et le stress relié à l'emploi (Cangelosi, Markham, Bounds, 1998) sont d'autres raisons pour les jeunes infirmières de quitter la profession.

Enfin, le stress vécu au quotidien par les jeunes infirmières lors des premiers mois de pratique, peut-être un enjeu important dans la rétention (Zeytinoglu et al., 2005), si celles-ci ne sont pas soutenues suffisamment par des infirmières d'expérience.

Les articles recensés sur la rétention infirmière abondent tous dans le même sens, c'est-à-dire qu'il y a de nombreux facteurs qui influent sur la rétention des infirmières dans les milieux de soins. Chacun des auteurs présente sa population et le contexte vécu par celles-ci de façon exhaustive. Il aurait été intéressant d'avoir un peu plus de théorie et la présentation de modèle conceptuel ou de concepts reliés à la rétention infirmière. Étant étudiés depuis déjà quelques années, les écrits, sur la rétention infirmière, permettent un avancement dans les connaissances et qui sait permettra un jour la résolution de ce problème.

## 4.2 Les infirmières débutantes

L'infirmière débutante ou nouvellement diplômée est un concept souvent abordé par les chercheurs dans le domaine de l'éducation. Selon Benner (2001) : « L'infirmière débutante fait face à suffisamment de situations cliniques dans sa pratique pour associer les facteurs de normalité aux situations de soins. Elle peut expliquer par des concepts cliniques et scientifiques les raisons qui guident ses actions, par contre, elle nécessite du soutien au niveau du jugement clinique, de l'établissement des priorités et des lignes directrices (Benner, 2001)» (Appendice 3).

Depuis le début des années soixante-dix, de nombreuses études ont documenté sur le stress et les défis des infirmières lors de leurs premières années de travail en milieux hospitaliers (Casey et al., 2004). Selon Casey et col. (2004), 31 % des infirmières de vingt-quatre ans et moins pensent changer de profession dans les deux premières années de travail. En effet, le stress vécu lors de la transition d'étudiant à la profession infirmière (Casey et al., 2004) est souvent le premier événement contraignant vécu par les infirmières nouvellement diplômées. Ces jeunes professionnelles ne se sentent pas suffisamment outillées, confortables et en confiance dans leur pratique clinique durant leurs premières années de travail (Casey et al., 2004; Oermann & Garvin, 2002). La nouvelle infirmière exprime un sentiment de désillusion par rapport à ce qu'elle perçoit dans le rôle de l'infirmière et sa pratique (Zinsmeister & Schafer, 2009). Selon Casey et col. (2004), il y a urgence d'agir au niveau des perceptions de la pratique des nouvelles infirmières diplômées, car elles peuvent être une raison pour favoriser la rétention de ces dernières dans les milieux de soins hospitaliers.

Schoessler et Waldo (2006) ont quant eux fait dans leurs écrits une description selon trois périodes de temps : 0-3 mois, 4-9 mois et 10-18 mois des nombreux événements stressants et des ajustements que les infirmières débutantes ayant moins de dix-huit mois d'expérience ont à vivre dans le commencement de leur profession. Le tableau, de Schoessler et Waldo (2006), présenté à l'appendice 4 est un résumé de chaque période vécue par l'infirmière débutante de façon exhaustive.

Il est à noter que ces articles ciblent les problèmes vécus par les infirmières nouvellement diplômées. Comme ce sujet est documenté depuis déjà trois décennies on peut constater que les auteurs ne sont pas seulement au niveau exploratoire, mais bien au niveau descriptif du phénomène qui désormais est de plus en plus d'actualité. L'information véhiculée par ses articles permet aux lecteurs d'identifier les stress et les défis que doivent vivre les jeunes infirmières au quotidien. Malheureusement, seulement les articles, de Schoessler et Waldo (2006), font référence aux moyens utilisés par les organisations pour aider les jeunes infirmières dans leur début en tant que professionnelles comme l'implantation de groupe soutien dans les milieux de soins.

#### 4.3 Communauté de pratique

La communauté de pratique est un concept très récent qui apparaît subtilement dans les milieux de la santé. Ayant été créée en 1970 par M. E. Wenger (Gabbay, le May, Jefferson, Webb, Lovelock, Powell et Lathlean, 2003), la communauté de pratique est un groupe de personnes qui interagissent pour échanger de l'information, des points de vue et des conseils, résoudre des problèmes et approfondir des connaissances dans un domaine de pratique pour lequel elles partagent un intérêt. Ces personnes ne travaillent pas nécessairement ensemble tous les jours, mais elles se rencontrent dans le cadre de la communauté (Paquet, Leprohon et Cantin, 2004; Hagan, Mathieu et Talbot, 2006). Depuis quelques années les communautés de pratique sont à l'étude. L'arrivée des technologies de l'information et des communications favorise l'émergence de nouveaux modes d'échange et de collaboration (Paquet et col., 2004). Les rencontres officielles avec personnes en présence sont souvent remplacées par des forums de discussion sur internet.

Les communautés de pratique sont avantageuses pour les participants et pour l'organisation (Wenger, 1998; 2002, Centre francophone d'informatisation des organisations, 2005). Trois éléments spécifiques avantagent les participants en premier lieu, la communauté de pratique est un endroit qui permet aux participants d'avoir accès à un réseau d'aide qui apporte un gain de temps dans la résolution de problèmes, deuxièmement les participants peuvent échanger leurs savoirs, c'est-à-dire leurs

connaissances explicites et tacites (CEFRIO, 2005), troisièmement la communauté de pratique donne l'opportunité aux participants de développer leurs compétences.

Les organisations peuvent également obtenir des bénéfices de la communauté de pratique par un gain de productivité et une continuité dans l'apprentissage des participants (CEFRIO, 2005).

Au Québec, on dénombre, jusqu'à présent, deux articles sur les communautés de pratique dans le milieu de la santé. Ces études ont été effectuées avec des populations d'infirmières et infirmiers d'un GMF (groupe médecine familiale) et de cardiologie. Cependant de types exploratoires, les études citent peu de références scientifiques sauf celle du créateur du concept des communautés de pratique, c'est-à-dire M. Wenger.

Une étude européenne (Gabbay et al., 2003) propulse le concept en effectuant une comparaison de deux groupes de communautés de pratique dans le milieu de la santé et des services sociaux. Leur collecte de données s'est faite par l'enregistrement d'entrevues des participants et la revue de la documentation. Les connaissances théoriques de cette étude sont très bien expliquées. L'auteur tout en l'expliquant, compare le système antérieur basé sur le modèle conventionnel à l'approche de l'amélioration des services de santé, ce qui permet aux lecteurs de mieux comprendre les différences entre l'ancien modèle et celui des communautés de pratique.

Finalement, dans le cadre de ce stage le modèle des communautés de pratique de Wenger (1998;2002) est retenu, puisque la méthode et les concepts théoriques sont développés et expliqués. De plus, ce modèle facilite la centralisation du développement de la pratique, la création d'une identité et favorise la clarification de situations professionnelles complexes, ce qui est prioritaire dans le cheminement d'une infirmière débutante.

## 5. CADRE THÉORIQUE

### 5.1 Théorie des communautés de pratique

Dans le cadre de ce rapport de stage, le modèle des communautés de pratique de Wenger (1998; 2002) est utilisé en tant que modèle conceptuel. Le choix de ce cadre théorique est de mise, car il permet de comprendre l'essence par les concepts, le cycle de vie et les caractéristiques structurantes qui définissent une communauté de pratique.

#### *5.1.1 Concepts centraux des communautés de pratique*

Ce modèle inclut trois concepts centraux soit la communauté, la négociation de sens<sup>2</sup> et la pratique.

La communauté comporte trois dimensions primordiales à sa compréhension : l'engagement mutuel, le répertoire partagé et l'entreprise collective. La base des relations entre les participants représente l'engagement mutuel. La façon de travailler, les outils et le langage utilisé constituent le répertoire partagé et l'entreprise collective soutient la communauté par un but et des valeurs communes (Wenger, 1998; Chanal, 2000).

La négociation de sens comprend une complémentarité entre la participation et la réification. Cette complémentarité renvoie à l'implication des participants à une vie sociale qui évolue dans un changement de réification, donc « un point de focalisation autour desquels la négociation de sens peut s'organiser (Chanal, 2000) ». Selon O'Bomsawin (2009), les membres de la communauté négocient le sens de leurs pratiques et donc dans une optique d'enrichissement ou de développement des pratiques, la négociation et les points de focalisation permettent des remises en question et des discussions qui favorisent la transformation des membres de la CdeP.

Finalement, la pratique relie les membres de la CdeP comme point d'intérêt. Il signifie « faire », et inclut deux facettes inséparables pour Wenger : les savoirs explicites c'est-à-dire le théorique qui est documenté et les savoirs tacites signifie l'expérience et l'expertise d'un individu.

---

<sup>2</sup> Le terme utilisé par Wenger est « identity », F.Gervais (2005) a traduit par l'expression « négociation de sens »

### *5.1.2 Cycle de vie des communautés de pratique*

Une communauté de pratique évolue selon cinq stades : le potentiel, l'unification, la maturité, le «momentum » et la transformation de la communauté (CEFRIO, 2005). Le potentiel signifie l'état embryonnaire de la communauté, c'est-à-dire qu'un réseau informel se crée autour d'un thème important et partagé (CEFRIO, 2005). L'unification, la communauté de pratique évolue par rapport à la profondeur des connaissances partagées par les participants. La maturité permet de clarifier l'objet, le rôle et les frontières de la communauté. Le «momentum » consiste à maintenir la vitalité de la communauté en soutenant les changements qui s'opèrent dans la pratique des participants (CEFRIO, 2005). Finalement, la transformation représente le moment où la communauté se transforme : elle peut mourir, se transformer en club social, se diviser en d'autres communautés distinctes ou se fusionner à d'autres, ou même s'institutionnaliser (CEFRIO, 2005) (Appendice 6).

Puisque le but de ce projet de stage est de mettre en place une communauté de pratique, cela signifie que nous sommes au stade potentiel du cycle de vie de la CdeP. En effet dans ce cas, Wenger et al. (2002) identifie des activités basées sur les concepts centraux de la théorie. Selon le CEFRIO (2005), le concept de la pratique permet l'identification des besoins du groupe en matière de développement de leurs pratiques. Le développement de la communauté peut être favorisé par l'identification et l'invitation d'autres personnes qui ont les mêmes préoccupations à se joindre à la CdeP. Pour terminer, la négociation de sens peut-être aidé par la certitude que les intérêts de la CdeP sont similaires avec ceux de l'organisation et l'appui de l'organisation est primordial pour son bon fonctionnement. Dans le cadre de la mise en place d'une communauté de pratique, il est important de tenir compte de certains critères qui vous sont présentés dans la section suivante.

### *5.1.3 Critères structurants d'une communauté de pratique*

Selon les écrits, il existe onze critères qui permettent la structuration de la communauté de pratique. Doran (2005) un auteur qui a étudié et publié à plusieurs reprises sur les communautés de pratique les énumèrent comme suit (Appendice 5):

1. Le code de langage commun est que chaque membre de la CdeP utilise le même langage.
2. Le processus d'intégration est qu'un nouveau venu dans le groupe devient graduellement un membre établi de la CdeP ce qui se traduit par une forme d'apprentissage.
3. La fluidité et la régénération sont la façon dont la CdeP va permettre l'intégration des nouveaux membres et faciliter le départ des "anciens membres contributeurs. C'est également la manière dont la CdeP va se régénérer pour assurer le suivi de ses actions et préserver la connaissance collective.
4. L'évolution se réfère à la transformation de la CdeP, raison de sa motivation, de sa collaboration et de ses rapports entre les membres et avec l'organisation.
5. Les relations entre membres et les interactions qu'elles suscitent représentent la raison d'être d'une CdeP.
6. L'identité de la communauté représente la motivation interne et le développement des relations des membres du groupe et contribue à un sentiment d'appartenance, voire à créer une identité. Dans certains cas, les membres donnent un nom à la CdeP.
7. La narration est le partage d'expériences et est reprise par les animateurs comme moyen clé pour partager la connaissance aux autres membres de la CdeP.
8. La dynamique est liée à la distribution sociale des connaissances à travers les membres du groupe. Chaque individu apprendra des choses différentes et à des rythmes différents.
9. Le réseau informel signifie que dans une CdeP, il n'y a aucune hiérarchie et le groupe n'a pas d'obligation de livrables.
10. Le volontariat est l'une des composantes principales de la communauté de pratique, car celle-ci n'est pas formellement créée par une organisation. Par



contre, ceci n'exclut pas l'adhésion volontaire d'un groupe ou d'une équipe officielle.

11. Le métier similaire constitue l'une des principales raisons pour laquelle une communauté de pratique sera formée et le travail du groupe sera axé sur la pratique de ce métier.

Ces onze critères seront pris en considération lors de la co-implantation de la communauté de pratique avec les infirmières débutantes de l'unité de soins chirurgicaux hépatobiliaires et de transplantations.

#### *5.1.4 Démarche pour réussir la communauté de pratique*

En 2005, le CEFRIO a établi une démarche dans son guide pour réussir la mise en place d'une communauté de pratique. La théorie de Wenger et la démarche, constituée de différentes étapes, ont été utilisées dans le cadre de ce projet de stage. Voici les huit étapes identifiées par le CEFRIO (2005) :

1. Identifier une problématique managériale importante
2. Identifier des paramètres quant à la composition idéale de la CdeP en réponse à la problématique managériale et en tenant compte des infrastructures actuelles
3. Définir et attribuer les rôles-clés (parrain, coach, animateur, équipe de soutien technologique) pour la mise en place et le fonctionnement ultérieur de la CdeP
4. Élaborer des stratégies de recrutement des futurs membres
5. Obtenir les ressources nécessaires pour fonder et outiller le CdeP
6. Communiquer le projet en vue de mobiliser des participants compétents et motivés par la problématique.
7. Établir un consensus avec les participants sur la mission précise de la CdeP.

## 8. Création d'un événement public de fondation.

De plus, le CEFRIO (2005) mentionne qu'une fois démarrer la CdeP doit bénéficier d'un appui constant de l'environnement organisationnel dans laquelle elle œuvre et une animation éclairée. Ces facteurs favorisent d'ailleurs la pérennité et permettent l'affichage d'une valeur tangible lors de l'évaluation de la CdeP.

## 6. IDENTIFICATION DU MILIEU DE STAGE

Le stage s'est déroulé au CUSM, à l'hôpital Royal-Victoria sur l'unité de soins chirurgicaux hépatobiliaires et de transplantations. Le projet a été réalisé avec l'équipe d'infirmières détenant moins de dix-huit mois d'expériences au travail.

La personne ressource du milieu et superviseuse de stage sera Mme Catherine Oliver inf. M. SC (A) et il y aura également collaboration avec Mme Valérie Cass MBA., infirmière-chef de l'unité Ross 3, spécialisée dans les soins chirurgicaux hépatobiliaires et de transplantations. Le stage a été sous la direction de Mme Hélène Lefebvre directrice de maîtrise et professeur titulaire à la faculté des sciences infirmière de l'Université de Montréal.

## 7. DÉROULEMENT DU STAGE

### 7.1 Activités préliminaires au stage

En premier lieu, comme la communauté de pratique concerne les infirmières débutantes de l'unité de soins chirurgicaux hépatobiliaires et de transplantations de l'hôpital Royal-Victoria, une rencontre avec Mme Valérie Cass, infirmière-chef, a eu lieu pour identifier les personnes ciblées dans le cadre du projet soit des infirmières de moins de dix-huit mois d'expériences. Trois dates ont été fixées durant les mois de février, mars et avril pour des rencontres en après-midi d'une durée de quatre heures, les infirmières ont été libérées pour participer aux différentes activités.

Le recrutement pour la CdeP s'est effectué par l'envoi d'un courriel aux douze infirmières débutantes de l'unité, lequel spécifiait le but du stage et une brève description du concept des CdeP. Six infirmières débutantes ont désiré participer au projet, dont trois infirmières sont francophones et trois sont anglophones. Les six autres infirmières ne

pouvaient malheureusement pas participer, puisqu'elles suivent des cours à l'université en vue de l'obtention de leur baccalauréat. Un courriel a également été acheminé aux infirmières débutantes participantes afin d'obtenir leurs intérêts ainsi que leurs préoccupations vis-à-vis leur pratique au quotidien.

Durant les mois de janvier et février 2011, j'ai participé à différents groupes de soutien, les «Genesis» offerts aux jeunes infirmières sur divers départements ainsi qu'à une rencontre des animateurs de ces groupes du CUSM, ceux-ci m'ont servi d'exemples sur le fonctionnement de groupe de soutien pour les jeunes infirmières.

Le 3 février 2011, un courriel a été envoyé à chaque futur membre de la communauté leur demandant s'ils avaient des sujets qu'ils désiraient aborder lors de la première rencontre. Plusieurs sujets ont été évoqués, mais les plus fréquemment soulevés ont été : les techniques de soin en référence au gavage, l'organisation au travail ou comment être mieux organisé lors d'un quart de travail. Le sujet des techniques de soin par rapport au gavage a donc été sélectionné dans le cadre de la première rencontre.

Lors de la première rencontre, j'ai réalisé un jeu-questionnaire «Jeopardy» sur document PowerPoint portant sur les interrogations des infirmières débutantes concernant les tubes nasogastriques, les «Dobhoff» et les gavages. Une recherche documentaire a été effectuée dans les protocoles du CUSM et des livres de techniques en soins infirmiers afin d'obtenir les données les plus à jour dans le cadre de cette activité. Le document effectué a pour but de permettre une révision des techniques de soin et de permettre un apprentissage actif, une réflexion et une discussion par les membres de la communauté.

## 7.2 Première rencontre

Le 24 février en après-midi a eu lieu la première rencontre de la communauté de pratique de l'unité de chirurgie hépatobiliaire et de transplantations de l'hôpital Royal-Victoria. Cette rencontre s'est déroulée dans une salle de conférence située à l'extérieur de l'unité. Le choix de cette salle était d'abord et avant tout pour favoriser les échanges et permettre la confidentialité.

La rencontre a débuté avec la présentation du but, des objectifs du stage et des explications sur le concept de la communauté de pratique. Ensuite, la signature d'un contrat de confidentialité et de respect entre les membres de la communauté a été effectuée. Un nom de groupe a aussi été trouvé afin de favoriser un sentiment d'appartenance, par consensus, par les membres du groupe : «The Junior».

En deuxième partie de la rencontre, il y a eu la présentation du «Jeopardy» préparée précédemment. Le groupe s'est divisé en deux équipes et le jeu-questionnaire a permis au groupe d'avoir différentes discussions sur le sujet et de bifurquer vers d'autres interrogations sur différentes techniques de soin comme la fréquence de certains changements de pansements ou les soins de bouches faits aux patients. Cette activité a permis aux membres de la CdeP de réfléchir ensemble sur les techniques de soin apprises qu'ils prodiguent en lien avec les gavages et les tubes nasogastriques. De plus, ils ont pu discuter et répondre ensemble aux nombreuses interrogations qu'ils avaient par rapport à certains soins généraux.

La troisième partie de la réunion était une rencontre avec l'infirmière-chef du Ross 3. Chaque membre devait relever un point positif et un point négatif en lien avec l'unité ou une situation et il avait comme mandat de faire une suggestion afin de favoriser le développement de l'unité. Les retards fréquents de certains membres du personnel ont été le sujet le plus abordé lors de la rencontre avec l'infirmière-chef. En effet les infirmières ont mentionné être sérieusement dérangées par les retards de leurs collègues et le non-respect des horaires établis. Mme Cass a pris en note cette préoccupation verbalisée et a mentionné qu'elle allait rencontrer les personnes concernées. Les infirmières débutantes ont dit apprécié ce contact avec leur infirmière-chef et le temps qu'elle leur a accordé.

Finalement, la première rencontre s'est terminée avec une mise en commun, un «débriefing» sur la rencontre et l'une des infirmières débutantes ayant le plus d'expérience sur l'unité s'est portée volontaire pour faire une mise en situation sur l'organisation d'une journée de travail de douze heures à l'unité de soins chirurgicaux hépatobiliaires et de transplants qu'elle présentera à ses collègues à la prochaine rencontre.

De plus, les membres de la communauté ont mentionné avoir des interrogations sur les services offerts et les rôles des intervenants qui œuvrent dans l'hôpital, la responsable de la recherche et les infirmières travaillant à la clinique de transplantations ne sont que des exemples. Un rendez-vous a donc été fixé avec la responsable de la recherche en transplantation, Mme Ayat Salman, afin qu'elle s'introduise aux membres de la CdeP et qu'ils puissent lui poser des questions en lien avec sa tâche de travail.

Suite à la première rencontre de la CdeP, j'ai eu une réunion avec l'infirmière-chef Valérie Cass, pour lui faire part des préoccupations et des interrogations évoquées par les infirmières débutantes de son unité. Celle-ci a pris bonne note des différents points soumis et a mentionné qu'elle en tiendrait compte à l'avenir.

### 7.3 Deuxième rencontre

Le 24 mars a eu lieu la deuxième rencontre de la CdeP du Ross 3 qui a débutée par une discussion entre les membres de la communauté sur une situation vécue durant la semaine précédente: les soins prodigués par chacun à un même patient. En tant qu'animatrice de la session, j'ai encouragé chaque participante à verbaliser ce qu'ils ont ressenti pour en arriver à ce que le groupe constate ensemble que leurs sentiments et le stress étaient sensiblement les mêmes faces à une situation identique.

La deuxième partie de cette rencontre satisfaisait une demande faite lors de la première rencontre sur la non-connaissance des services offerts et des rôles des intervenants qui œuvrent dans l'hôpital. Mme Salman, responsable de la recherche en transplantation a expliqué son rôle et ses différentes fonctions au sein de l'organisation et les participantes ont discuté avec elle des différents protocoles de recherche en cours sur l'unité et de leurs rôles à jouer dans l'utilisation de ceux-ci. La rencontre a été un franc succès et les membres de la CdeP ont formulé des questions à l'invitée pour qu'elle puisse les aider avec certains de leurs patients. Les infirmières débutantes ont suggéré à Mme Salman d'identifier les dossiers des patients étant sous protocole de recherche afin de ne pas compromettre les études en cours.

La troisième partie de la réunion, l'infirmière-chef Valérie Cass est venue discuter avec les membres de la communauté. Comme à la première rencontre, chacun a relevé un

point positif et un point négatif avec des suggestions d'amélioration de l'unité. De plus, Mme Cass leur a fait des annonces de formation qu'elle planifiait pour les infirmières débutantes de l'unité.

En dernière partie de cette rencontre, une mise en situation sur l'organisation du travail sur l'unité hépatobiliaire et de transplantations a été faite par l'une des membres de la communauté, qui est très organisée dans son travail. Le but étant d'aider ses collègues à mieux gérer leur temps lors de leurs quarts de travail. Celle-ci a en effet expliqué aux autres membres de la CdeP la façon dont elle planifiait sa journée de travail à l'aide d'une grille horaire. La mise en situation a été ensuite réalisée en deux petits groupes. L'activité s'est bien déroulée et a permis aux membres de la communauté d'identifier et d'échanger entre eux sur des méthodes de travail, petits trucs et conseils afin de mieux gérer leur temps lors d'un quart de travail. Les infirmières détenant le moins d'expériences du groupe ont pris en note les précieux conseils de leurs collègues afin de les mettre en pratique.

De plus un article de S.Heacock (2011) : «Nurses and effective time management» leur avait été envoyé par courriel préalablement à la réunion. Cet article, écrit par une infirmière clinicienne travaillant au chevet des patients, présentait une liste de conseils pour favoriser le déroulement d'un quart de travail. Cet article leur a également permis de discuter et donner leur opinion sur le contenu de cet article et ce qu'il leur a appris. La rencontre s'est terminée par un remue-méninge à propos d'autres sujets que les membres désiraient aborder lors de la prochaine rencontre de la CdeP.

Durant les semaines suivant la deuxième rencontre de la CdeP, un échange d'informations supplémentaires par courriel a eu lieu, entre les infirmières débutantes, sur les différents sujets abordés lors de leur dernière rencontre. De plus, des jeunes infirmières du groupe ont pris l'initiative d'effectuer un tableau contenant les photos des principaux médecins et une description de ce qu'ils faisaient avec les patients dont elles assurent les soins.

De plus, un schéma résumé des principales tâches à effectuer lorsqu'une infirmière est en charge de l'unité a été confectionné en collaboration avec les infirmières

expérimentées, l'assistante-infirmière-chef et l'infirmière-chef. Ce schéma servira de référence pour les infirmières débutantes lorsqu'elles commenceront à être responsables de l'unité le soir et les fins de semaine, car cette nouvelle tâche était considérée comme étant un stress supplémentaire qu'elles appréhendaient.

#### 7.4 Troisième rencontre

La dernière session de la communauté de pratique dans le cadre de ce projet de stage a eu lieu le 28 avril. La rencontre a débuté avec une discussion à propos de leurs préoccupations du dernier mois. Les infirmières débutantes ont discuté des dernières nuits qu'elles avaient travaillé et comment ces nuits avaient été très exigeantes physiquement et moralement.

En tant qu'animatrice de la rencontre, je les ai encouragées à partager leurs sentiments et la façon avec lesquels elles s'étaient adaptées aux situations qu'elles avaient vécues. Cette verbalisation leur a fait réaliser, selon les infirmières débutantes, qu'elles détenaient des outils pour s'adapter lors de situations difficiles : comme le travail d'équipe par exemple. En deuxième partie, les infirmières débutantes ont rencontré les infirmières travaillant à la clinique de transplantation. Les membres de la CdeP ont mentionné avoir apprécié cette rencontre, car la description de leurs expériences ont permis aux plus jeunes de mieux comprendre leur rôle, de les interroger et d'avoir davantage d'informations pour répondre aux patients.

Suite à la rencontre avec leurs collègues de la clinique de transplantation les membres du groupe, ont participé à un jeu d'association : Connais-tu ton «purple team»? Ce jeu consiste à associer les médecins chirurgiens, hépatologues et néphrologues avec leurs noms. Ce jeu a amené différents fous rires, car nombreuses d'entre elles ont réalisé qu'elles ne connaissaient pas tous les médecins avec lesquelles elles travaillaient. Le groupe a convenu d'afficher le jeu d'association comme tableau référence, pour elles et leurs collègues, dans la salle des infirmières.

En plus du jeu d'association, le schéma résumé des responsabilités leur a été présenté et différentes questions ont été posées sur les tâches d'être responsable de l'unité. Je leur ai expliqué que l'infirmière-chef avait décidé de les inscrire à une formation

spécialement conçue pour les nouvelles infirmières qui allaient être responsable de l'unité prochainement. De plus, elles seront jumelées avec une infirmière expérimentée lors de leur premier quart de travail comme responsable de l'unité.

Un questionnaire a également été distribué et rempli par les infirmières débutantes afin d'évaluer leur niveau de satisfaction en lien avec la CdeP et à long terme l'impact que celle-ci pourrait avoir sur leur satisfaction au travail et leur rétention sur l'unité. (Voir appendice 11 et 12). La rencontre s'est finalement terminée avec la rencontre de l'infirmière-chef. Celle-ci a fait quelques annonces de formation qu'elle dédiait aux jeunes infirmières et un retour sur les sujets abordés lors des dernières rencontres. De plus, elle a discuté avec le groupe des actions qu'elle avait mis en place sur l'unité Ross 3 suite à leurs recommandations: d'uniformiser les assignations de patients lors des quarts de travail et d'acheter davantage de glucomètres. Encore une fois les infirmières débutantes ont mentionné des points positifs et quelques points négatifs au travail. Toutefois, le principal sujet discuté lors de la rencontre avec Mme Cass a été le travail d'équipe qu'elles ont vécues lors des dernières semaines et à quel point il les avait soutenues dans leur travail. Les infirmières débutantes ont donc été encouragées par leur infirmière-chef et moi-même à continuer ce beau travail d'équipe et ainsi assurer sa continuité dans toutes les situations difficiles qu'elles ont à vivre dans le cadre de leurs fonctions.

## 8. DISCUSSION

### 8.1 Pertinence du stage

La mise en place d'une CdeP pour les infirmières débutantes a été une expérience nouvelle, enrichissante et stimulante dans le cadre de ma carrière d'infirmière. Le rôle d'animatrice de la CdeP m'a fait exercer un rôle de soutien et d'accompagnatrice auprès des infirmières débutantes. De plus, cette démarche m'a permis de mettre en pratique les nombreux apprentissages effectués dans le cadre de ma formation. L'approfondissement de ma démarche et le ciblage des besoins ont été facilités par ma connaissance des infirmières et leur milieu de travail qui est en fait aussi le mien.

Aussi le rôle d'animatrice que j'ai dû exercer dans la mise en place d'une CdeP avec les infirmières débutantes m'a permis de voir des facettes différentes telles que



l'intervention dans les discussions, l'animation d'échange et le rôle de soutien auprès de celles-ci. Le stage m'a fait réaliser à quel point les jeunes infirmières avaient des préoccupations, des besoins et qu'elles devaient verbaliser leurs sentiments, d'être davantage soutenues et de faire partie de l'équipe de soin du Ross 3.

De plus, les infirmières débutantes ont mentionné avoir apprécié de pouvoir discuter librement sans peur d'être jugé et de créer des liens avec certaines de leurs collègues, qui n'auraient probablement pas eu lieu dans d'autres circonstances. Il a été également très pertinent selon les membres d'inviter des acteurs externes à la CdeP, car ceux-ci ont favorisé et pris part aux différentes discussions durant les rencontres et de faire mieux connaître leur environnement, leur entourage et les ressources disponibles dans le cadre de leur travail.

## 8.2 Réalisation des objectifs de stage

En tenant compte des résultats obtenus, les objectifs de stage ont été atteints, ceux-ci sont expliqués plus en détail dans les paragraphes suivants.

### *8.2.1 Initier une démarche pour co-implanter une communauté de pratique*

La mise en place de la CdeP avec les infirmières débutantes s'est dans l'ensemble bien déroulée. Cet objectif a été sélectionné d'abord et avant tout, car les infirmières débutantes et moi-même étions totalement novices avec le concept des communautés de pratique et avec leur implantation. L'apprentissage de la définition, des caractéristiques structurantes, des principaux concepts et l'utilisation du guide du CEFRIO (2005) i.e. les étapes pour réussir la mise en place d'une communauté de pratique ont été très utiles avant et au moment de l'implantation. Ce guide est très explicite et a facilité le déroulement de la démarche de mise en place avec les infirmières débutantes.

De plus le soutien de l'infirmière-chef, la motivation des infirmières débutantes de l'unité et les nombreux conseils de ma superviseure ont facilité la mise en place de la CdeP.

### *8.2.2 Assurer la pérennité de la communauté de pratique*

Après les trois rencontres de la CdeP, un entretien a eu lieu avec l'assistante de la directrice des soins infirmiers mission chirurgicale, ma superviseuse de stage et responsable du programme «Genesis», l'infirmière-chef et l'éducatrice du Ross 3 pour discuter de l'importance et des bienfaits de la communauté sur l'unité de soin et la possibilité de son implantation à long terme.

Suite à cet entretien, le projet a donc été transmis à l'éducatrice de l'unité de soin, afin qu'elle se familiarise avec le concept de la communauté de pratique et le groupe, celle-ci avait été préalablement invitée et elle a participé aux sessions deux et trois. De plus afin d'assurer la pérennité à long terme de CdeP du Ross 3, celle-ci a été jumelée au programme «Genesis» déjà en cours dans le CUSM.

### *8.2.3 Développement d'un soutien collectif, affectif et cognitif*

Les rencontres de la communauté ont permis de nombreuses périodes d'échange entre les infirmières débutantes. Des liens ont été établis entre les infirmières débutantes qui n'auraient pas été créées naturellement lors de leur travail sur l'unité de soins. La dynamique bilingue du groupe et l'utilisation d'un langage commun : les soins infirmiers, ont amené des conversations inattendues durant les rencontres de la CdeP. Les membres du groupe ont mentionné avoir apprécié discuter de leurs préoccupations avec leurs collègues, car elles ont pu réaliser que leurs préoccupations étaient similaires.

La désignation d'un nom : les «The Juniors» pour la CdeP par les membres a contribué à renforcer le sentiment d'appartenance, à créer une identité au groupe et ainsi «expérimenter» le concept d'identité. Les infirmières débutantes sentent qu'elles font partie d'un groupe. Les jeunes infirmières ont apprécié la consolidation de leur relation ainsi que l'ouverture mutuelle des membres du groupe. De plus, il est important de mentionner que la qualité des relations entre les infirmières débutantes est ressortie comme l'un des points forts lors de la démarche de mise en place de la CdeP.

### 8.3 Réalisation des objectifs d'apprentissage

Dans le cadre de ce stage, l'ensemble des objectifs d'apprentissage a été atteint. Une brève description pour chaque objectif est présentée dans les paragraphes suivants.

#### *8.3.1 Approfondir mes connaissances concernant les communautés de pratique*

Depuis un peu plus de deux ans, je lis sur la théorie de la communauté de pratique, mais je dirais que j'ai réellement compris en quoi consiste ce concept et son impact depuis le début du stage. En effet, j'ai réalisé et appris beaucoup lors de la mise en place de la CdeP grâce à la théorie d'Étienne Wenger et la démarche d'implantation du CEFRIO.

Cette démarche qui présente étape par étape l'implantation d'une CdeP a été très utile dans le cadre de ce projet de stage. Celle-ci m'a donné une base sur la façon de faire pour co-implanter la communauté avec les infirmières débutantes et l'infirmière-chef. Ce projet a donc été un travail et un apprentissage basé sur la collaboration. En somme, je peux dire que j'ai énormément appris sur le concept et la théorie des communautés de pratique et je peux mentionner que ce concept pourrait être approfondi davantage vu sa complexité.

#### *8.3.2 Collaboration et leadership*

Les compétences de l'infirmière en pratique avancée ont été très présentes tout au long de mon stage. Grâce à celles-ci j'ai eu la possibilité de développer davantage mon leadership et j'ai pu apprendre à collaborer avec les infirmières débutantes, avec ma superviseure madame Oliver et la personne ressource du milieu c'est-à-dire Valérie Cass l'infirmière-chef du Ross 3.

La relation de collaboration avec le groupe s'est très bien déroulée. Le fait de connaître les infirmières débutantes participantes de la communauté de pratique, a été pour moi très bénéfique, car la relation de confiance était déjà établie entre le groupe et moi. Par contre, d'exercer le rôle d'animatrice de la CdeP auprès de celles-ci au lieu d'un rôle de collègue de travail, m'a amené un certain stress qui s'est dissipé en cours de stage.

La communication par courriel a été très fréquente avec ma superviseuse de stage et chaque mois après la session de la CdeP, des entretiens avec l'infirmière-chef de l'unité étaient prévus, afin de discuter de chacune des rencontres et de son contenu. Cette collaboration étroite avec les personnes ressources du milieu ont facilité grandement la mise en place de la CdeP.

Mon leadership s'est grandement amélioré tout au long du stage, car j'ai dû organiser les rencontres et animer la CdeP. La rencontre des leaders des groupes «Genesis» du CUSM m'a grandement aidée, car j'ai pu discuter et échanger avec des collègues éducateurs des quelques difficultés que j'ai eues durant les sessions de la CdeP, en plus d'obtenir certains conseils de ceux-ci.

### *8.3.3 Habiletés relationnelles et de communication*

L'animation des rencontres de la communauté m'a permis d'améliorer grandement mes habiletés relationnelles et de communication, je devais faire l'animation et la préparation de chaque document en format bilingue et ainsi m'assurer de la compréhension adéquate de chacune des infirmières débutantes selon leurs langues maternelles.

Comme mentionnée précédemment, je connaissais déjà les membres de la communauté de pratique avant le début du stage, ce qui m'a mise plus à l'aise avec le groupe malgré le stress du nouveau rôle que j'avais à jouer soit celui d'animatrice de la CdeP. D'ailleurs, j'ai appris à être davantage à l'écoute des infirmières débutantes. J'ai pu réaliser à quel point elle avait des besoins dans leur cheminement en tant qu'infirmière et que bien souvent ces besoins n'étaient pas pris en considération. De plus, les nombreux contacts avec les personnes ressources du milieu, Mme Oliver et Mme Cass, ont favorisé la co-implantation avec le groupe.

## 9. RETOMBÉS ET RECOMMANDATIONS

Le présent stage débute la mise en place d'une communauté de pratique avec les infirmières débutantes de l'unité de soins chirurgicaux hépatobiliaires et de transplantations à l'hôpital Royal-Victoria. Selon les infirmières débutantes, la communauté de pratique a favorisé le soutien entre les membres du groupe et avec leur infirmière-chef. D'ailleurs, les jeunes infirmières ont mentionné se sentir davantage impliquées et importantes au sein de l'équipe.

De plus, comme la communauté de pratique implantée au Ross 3, a un but similaire au «Genesis» déjà en cours dans le CUSM, celle-ci sera donc jumelée dans ce programme. La transmission de l'animation du groupe a été faite à l'éducatrice de l'unité. En effet, celle-ci a été invitée à participer à deux sessions afin de se familiariser avec le concept de la communauté et au groupe. D'ailleurs, une liste des préoccupations évoquées, lors des réunions, par les jeunes infirmières lui a été remise.

Les infirmières débutantes ont mentionné par le questionnaire auxquels elles ont répondu, avoir apprécié participer à la CdeP et désirent en effet continuer celle-ci. Elles ont mentionné avoir appris énormément à échanger et discuter ensemble de ce qu'elles vivaient au quotidien. De plus, l'une des infirmières a dit avoir discuté de ce projet avec l'une de ses amies infirmières et avoir réalisé qu'elle était chanceuse de participer à la CdeP. Les infirmières débutantes ajoutent même que la mise en place d'un tel groupe améliore leur satisfaction au travail et pourrait même les amener à rester sur l'unité de soins plus longtemps.

La première recommandation que je puisse faire est l'ajustement des horaires de travail avec les sessions de la CdeP, car souvent les infirmières débutantes malgré leur motivation au projet ont eu à travailler quatre jours d'affilés pour pouvoir être libérées afin de participer aux rencontres du groupe d'où la nécessité d'avoir une gestion plus efficace de l'horaire.

Deuxièmement, il est important de connaître ou d'avoir un lien établi avec les infirmières débutantes du milieu avant de faire un tel projet, car cela permet de faciliter la

mise en place du groupe avec celles-ci. Donc pour la personne qui désire implanter un projet comme celui-ci, je conseille en premier lieu de se familiariser avec les futurs membres du groupe, car ceux-ci seront davantage enclins à participer à un projet de cette envergure. Enfin, l'animation et l'utilisation de matériels bilingues, lorsque possible, permettent la compréhension de chacune des infirmières débutantes. De plus, celles-ci ont mentionné avoir apprécié la possibilité de choisir le format qu'elle désirait.

En somme, il s'avère important de réfléchir et de mettre en place différentes mesures comme des communautés de pratique afin de favoriser la satisfaction et la rétention des infirmières débutantes dans les unités de soins chirurgicaux, car cette relève représente l'avenir de la profession infirmière.

## 10. CONCLUSION

En conclusion, la mise en place d'une communauté de pratique auprès et avec les infirmières débutantes de l'unité de soins chirurgicaux hépatobiliaires et de transplantations de l'hôpital Royal-Victoria a été une expérience très enrichissante et un très bel apprentissage. En effet, le stage m'a permis d'acquérir une plus grande confiance en mes capacités en tant qu'animatrice et leader au sein d'un groupe, ce qui a contribué au développement de meilleures aptitudes en administration des services infirmiers.

Cette expérience tout à fait nouvelle pour les jeunes infirmières a été en premier lieu une grande source de motivation, de connaissances et de soutien. Celles-ci mentionnent être davantage encadrées et appuyer par leur infirmière-chef et par leurs collègues. Leur satisfaction au travail s'est grandement améliorée.

Pour terminer, ce sujet peut-être considéré comme une avenue intéressante d'exploration dans le cadre de travaux d'études supérieures. De plus, la mise en place de d'autres communautés de pratique dans des unités ou établissements pour les infirmières débutantes pourrait être une possibilité et un excellent moyen pour favoriser leur satisfaction au travail et ainsi à long terme leur rétention dans les milieux de soins.

## *RÉFÉRENCES*



- Almada, P., Carafoli, K., Flattery, J.B., French, D.A., & McNamara, M. (2004). Improving the retention rate of newly graduated nurses. *Journal for nurses in staff development*. (20): 268-273.
- Benner, P. (2001). *From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- O'Bomsawin, E. (2009). Rapport de projet de stage : L'initiation d'une communauté de pratique avec les infirmières cliniciennes spécialisées de santé Canada. Université de Montréal.
- Cangelosi, J.D. Jr., Markham, F.S., & Bounds, W.T. (1998). Factors related to nurse retention and turnover: An updated study. *Elsevier Science Ltd: Health Marketing Quarterly*. (15): 25-43.
- Casey, K., Fink, R., Krugman, M., & Propst, J. (2004). The graduate nurse experience. *Journal of nursing administration*. (34):303-311.
- Centre francophone d'informatisation des organisations (CEFRIO), (2005). Travailler, apprendre et collaborer en réseau. Document consulté le 1 avril 2010 de : <http://www.cefr.io.org>.
- Chanal, V. (2000). Communautés de pratique et management par projet: à propos de l'ouvrage de Wenger (1998) *Communities of practice : Learning Meaning and Identity*. *M@n@gement*, 3 (1), p 1-30
- Clark, S.P & Cheung, R. B. (2008). The nurse shortage where we stand and where we're headed. *Nursing management* 39 (3), 27-28.
- Dallaire, C. (2005). Administration des services infirmiers : Enjeux futurs et tendances actuelles de recherche. Document préparé pour le Centre Ferasi.
- Doran, M. (2005). Caractéristiques d'une communauté de pratique. Document consulté le 23 mars 2011 de : <http://caspeex.over-blog.com/article-380676.html>
- Gabbay, J., le May, A., Harriet, J., Webb, D. Lovelock R., Powell, J., & Lathlean, J. (2003). A case study of knowledge management in multi-agency consumer-informed communities of practice: implications for evidence-based policy development in health and social services. *Health and Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* (7) :283-310.
- Gervais, F. (2005). La théorie des communautés de pratique : Apprentissage, Sens et Identité. Traduction et adaptation de *Communities of practice : Learning, Meaning and Identity* de Wenger, E. (1998). Saint-Nicolas : Les Presses de l'Université Laval.
- Labarre, K. & Thibault, I. (2001). Soignons dès aujourd'hui les infirmières de demain. *L'infirmière du Québec*. 5, 43-45.

- Hagan, L., Mathieu, L., Talbot, L.R. & Landry, M. (2006). Une communauté de pratique virtuelle peut-elle soutenir l'exercice infirmier en GMF? *Perspective Infirmière*, 3 19-26
- Hamric, A., B.; Spross, J. A. & Hanson, C. M. (2009). *Advanced practice nursing : an integrative approach* (4<sup>e</sup> édition). Saunders/Elsevier : St. Louis, Mo.
- Heacock, S. (2011). Nurses and effective time management. Consulté le 16 mars de : [Http://www.nursetogether.com/tabid/100/itemid/552/Nurses-and-Effective-Time-Management.aspx](http://www.nursetogether.com/tabid/100/itemid/552/Nurses-and-Effective-Time-Management.aspx)
- Oermann, M.H., & Garvin, M.F. (2002). Stresses and challenges for new graduates in hospitals. *Elsevier Science Ltd: Nurse Education Today* (22) : 225-230.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2007). Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence! Mémoire. Westmount, Montréal.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2009). Près de neuf infirmières sur dix exercent toujours la profession après cinq ans. Infostats. Document consulté le 11 avril 2010 de: <http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/infostats/vol02n02/index.html>.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2010). Les propositions des délégués. *Le Journal*, 1, 6.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2010). Portrait de la relève infirmière 2009-2010. Document consulté le 14 mars 2011 de : [http://www.oiiq.org/uploads/publications/statistiques/stats2010/releve\\_infirmiere\\_2009-2010.pdf](http://www.oiiq.org/uploads/publications/statistiques/stats2010/releve_infirmiere_2009-2010.pdf)
- Paquet, M.J., Leprohon, J., & Cantin, L. (2004). La communauté virtuelle de pratique en santé du cœur. *Perspective infirmière*. (1):21-29.
- Santé Canada. (2009). Quelle est la cause de la pénurie d'infirmières? Document consulté le 11 avril 2010 de <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/nurs-infirm/2002-cnac-cccsi-final/cnac-cccsi5-fra.php>.
- Schoessler, M., & Waldo, M. (2006). The first 18 months in practice: A developmental transition model for the newly graduated nurse. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22 (2), 47-52.
- Schoessler, M., & Waldo, M. (2006). Organizational infrastructure to support development of newly graduated nurses. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22 (6), 286-293.

- Shields, M.A., & Ward, M. (2001). Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction on intentions to quit. *Journal of Health Economics*. (20) : 677-701.
- Turner, N. (2009). Mémoire de maîtrise : D'étudiante à infirmière d'urgence : une étude qualitative de l'expérience d'infirmières nouvellement diplômées ayant participé à un séminaire de soutien et de formation. Université de Montréal.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice: learning, meaning and identify*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Wenger, E., McDermott, R. & Snyder, W.N (2002). *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Boston : Harvard Business School Press.
- Zeytinoglu, I.A., Denton, M., Davies, S., Baumann, A., Blythe, J., & Boos, L. (2006). Retaining nurses in their employing hospitals and in the profession: Effects of job preference, unpaid overtime, importance of earnings and stress. *Elsevier Science Ltd: Health Policy* (79) : 57-72.
- Zinsmeister, L.B. & Schafer, D. (2009). The exploration of the lived experience of the graduate nurse making transition to registered nurse during the first year of practice. *Journal For Nurses In Staff Development*. (25): 28-34.

*APPENDICE 1 :*  
Objectifs et interventions

<b>Objectifs spécifiques de stage, d'apprentissages et interventions</b>	
<b><u>Objectifs de stage</u></b>	<b><u>Interventions</u></b>
<p>1. Initier une démarche pour co-implanter une communauté de pratique pour les infirmières débutantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontrer les infirmières débutantes et leur présenter mon projet de stage.</li> <li>• Rencontrer Valérie Cass, infirmière-chef, pour établir l'horaire des rencontres afin de libérer les infirmières participantes.</li> <li>• Planifier des rencontres mensuelles avec le personnel concerné.</li> <li>• Identifier la problématique, les préoccupations et établir un consensus sur les buts, intérêts et valeurs de la communauté en collaboration avec les infirmières participantes.</li> <li>• Définir et attribuer les rôles-clés, animateur, parrain, coach.</li> <li>• Encourager les échanges entre les pairs durant les rencontres.</li> <li>• Développer le transfert de connaissances en incitant l'échange d'informations et d'articles scientifiques entre les membres de la communauté.</li> <li>• Élaborer en collaboration avec les infirmières débutantes des mises en situation en lien avec leurs préoccupations.</li> <li>• Recueillir les commentaires et suggestions des infirmières débutantes pour les prochaines rencontres.</li> </ul>
<p>2. Assurer la pérennité de la communauté de pratique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire une présentation sur les biens fondés de l'implantation d'une communauté de pratique au Ross 3 à l'infirmière-chef, la directrice des soins infirmiers (mission chirurgicale) et l'infirmière éducatrice de l'unité.</li> <li>• Transmettre l'animation de la communauté de pratique à l'infirmière éducatrice de l'unité.</li> </ul>

<b><u>Objectifs de stage (suite)</u></b>	<b><u>Interventions (suite)</u></b>
<p>3. Co-créer un environnement favorisant le développement d'un soutien collectif, affectif et cognitif chez les infirmières débutantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer un contrat de confidentialité, de respect et d'écoute active.</li> <li>• Encourager les infirmières débutantes à trouver un nom pour la communauté de pratique.</li> <li>• Encourager les échanges entre les pairs durant les rencontres.</li> <li>• Développer le transfert de connaissances en incitant l'échange d'informations entre les membres de la communauté.</li> <li>• Mettre en place un club de lecture au sein de la communauté.</li> <li>• Co-développer des mises en situation afin de développer leur pensée critique.</li> <li>• Inviter l'infirmière-chef à la fin de chaque rencontre pour discuter avec les infirmières débutantes de leurs préoccupations et faire des suggestions pour améliorer leur bien-être sur l'unité.</li> </ul>
<b><u>Objectifs d'apprentissages</u></b>	<b><u>Interventions</u></b>
<p>1. Approfondir mes connaissances concernant les communautés de pratique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ��laborer une recension des écrits sur le concept de communauté de pratique.</li> </ul>
<p>2. Développer des compétences de l'infirmière en pratique avancée : la collaboration et le leadership (Hamric, 2009).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborer et co-développer la communauté de pratique avec les infirmières débutantes et l'infirmière-chef du Ross 3.</li> </ul>
<p>3. Améliorer mes habilités relationnelles et de communication auprès des infirmières.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer mes aptitudes à communiquer</li> <li>• ��tre à l'écoute des commentaires et suggestions des infirmières débutantes.</li> </ul>

*APPENDICE 2:*  
Échéancier

<b>Échéancier</b>		
<b>Mois 2011</b>	<b>Semaines</b>	<b>Activités</b>
<i>Janvier</i>	<b>2</b> (9 -15 janv.)	Rencontre 2 éducatrices de l'hôpital Général de Montréal pour activité «Genesis» (groupe soutien pour les jeunes infirmières de l'urgence)
	<b>3</b> (16 - 22 janv.)	Présentation séminaire 1 Préparation document d'approbation du stage Invitation des infirmières débutantes au projet envoi d'un courriel
	<b>4</b> (23 - 29 janv.)	Rencontre des leaders des activités «Genesis» (Rencontre dirigée par Catherine Oliver superviseure)
<i>Février</i>	<b>1</b> (31 jan - 5 fév.)	Présentation séminaire 2 Rencontre Hélène Lefebvre et Catherine Oliver pour approbation du stage
	<b>2</b> (6 - 12 fév.)	Préparation rencontre 1 (première cohorte) Plan de rencontre Préparation «Jeopardy» en collaboration avec les infirmières débutantes à partir de leurs préoccupations sur les gavages
	<b>3</b> (13 -19 fév.)	Préparation rencontre 1 Rencontre avec Mme Catherine Oliver
	<b>4</b> (20 - 26 fév.)	<b>1<sup>ère</sup> rencontre communauté</b> Introduction aux CdeP, Discussion des objectifs de stage avec l'équipe Trouver un nom à la communauté, «Jeopardy» : les TNG, Dobhoff et gavages Rencontre du groupe avec l'infirmière-chef Amorcer la rédaction du journal de bord Discussion téléphonique avec madame Oliver
<i>Mars</i>	<b>1</b> (27 fév. - 5 mars)	Préparation rencontre 2 Rédaction rapport de stage
	<b>2</b> (6 - 12 mars)	Préparation rencontre 2 Rencontre Mme Valerie Cass infirmière-chef du Ross 3 Préparation mise en situation en collaboration avec infirmière débutante
	<b>3</b> (13 - 19 mars)	Préparation rencontre 2 Discussion téléphonique Catherine Oliver (superviseur)
	<b>4</b> (20 - 26 mars)	<b>2<sup>e</sup> rencontre communauté</b> Discussion des préoccupations du dernier mois Invitée: Ayat Salman (recherche) Mise en situation : organisation au travail Rencontre du groupe avec l'infirmière-chef Rédaction de mon journal de bord



	<b>5</b> (27 mars - 2 avril)	Préparation rencontre 3 Discussion téléphonique Catherine Oliver (superviseur)
<i>Avril</i>	<b>1</b> (3 - 9 avril)	Préparation rencontre 3
	<b>2</b> (10 - 16 avril)	Préparation rencontre 3
	<b>3</b> (17 - 23 avril)	Préparation rencontre 3 Rencontre avec Mme Catherine Oliver Rencontre avec Mme Valérie Cass infirmière-chef du Ross 3
	<b>4</b> (24 - 30 avril)	<b>3<sup>e</sup> rencontre communauté</b> Rédaction de mon journal de bord Recueillir les commentaires p/r à la communauté de pratique
<i>Mai</i>	<b>1</b> (1er - 7 mai)	Préparation séminaire 3 Rassembler les commentaires recueillis lors des rencontres
	<b>2</b> (8 - 14 mai)	Présentation séminaire 3 Rédaction rapport de stage
	<b>3</b> (15 mai-21 mai)	Rédaction rapport de stage
	<b>4</b> (22 - 28 mai)	Rédaction rapport de stage
	<b>5</b> (29 mai - 4 juin)	Remise rapport de stage

*APPENDICE 3:*  
Les compétences infirmières de novice à expert

L'évolution des compétences infirmières de novice à expert	
<u>STADES</u>	<u>CARACTÉRISTIQUES</u>
<i>Novice</i>	L'infirmière <i>novice</i> n'a aucune expérience dans son nouveau rôle. Elle n'est pas outillée pour affronter les nouvelles situations de soins pour lesquelles elle n'a pas ou très peu d'expérience. Sa pratique de soins se limite à celle vécue durant les courtes périodes de stage où ses actes sont circonscrits dans une pratique très encadrée. Elle nécessite un grand niveau de soutien et d'encadrement clinique, théorique et pour développer sa capacité à faire des liens entre la théorie et la pratique.
<i>Débutante</i>	L'infirmière <i>débutante</i> a fait face à suffisamment de situations cliniques dans sa pratique pour associer les facteurs de normalité aux situations de soins. Elle peut expliquer par des concepts cliniques et scientifiques les raisons qui guident ses actions. Par contre, elle nécessite du soutien au niveau du jugement clinique, l'établissement des priorités et des lignes directrices.
<i>Compétente</i>	L'infirmière <i>compétente</i> commence à mieux visualiser l'ampleur de ses actions, elle est en mesure d'établir des objectifs et de planifier ses actions à long terme en lien avec la situation clinique du patient. Elle est capable d'établir ses priorités de soins. De plus, elle a le sentiment de maîtriser la situation et possède les aptitudes à faire face à des situations imprévues.
<i>Performante</i>	L'infirmière <i>performante</i> a une vision holistique et globale de la situation. Elle est capable d'apprendre et de mettre en application son expérience antérieure dans sa pratique de soins.
<i>Expert</i>	L'infirmière <i>experte</i> a une rapidité et une flexibilité de raisonnement dans sa pratique. Elle détient un bagage d'expérience et une intuition pour chacune des situations de soins. Par ces atouts spécifiques, elle a une compréhension profonde des situations ce qui lui permet de proposer des solutions et des diagnostics alternatifs.

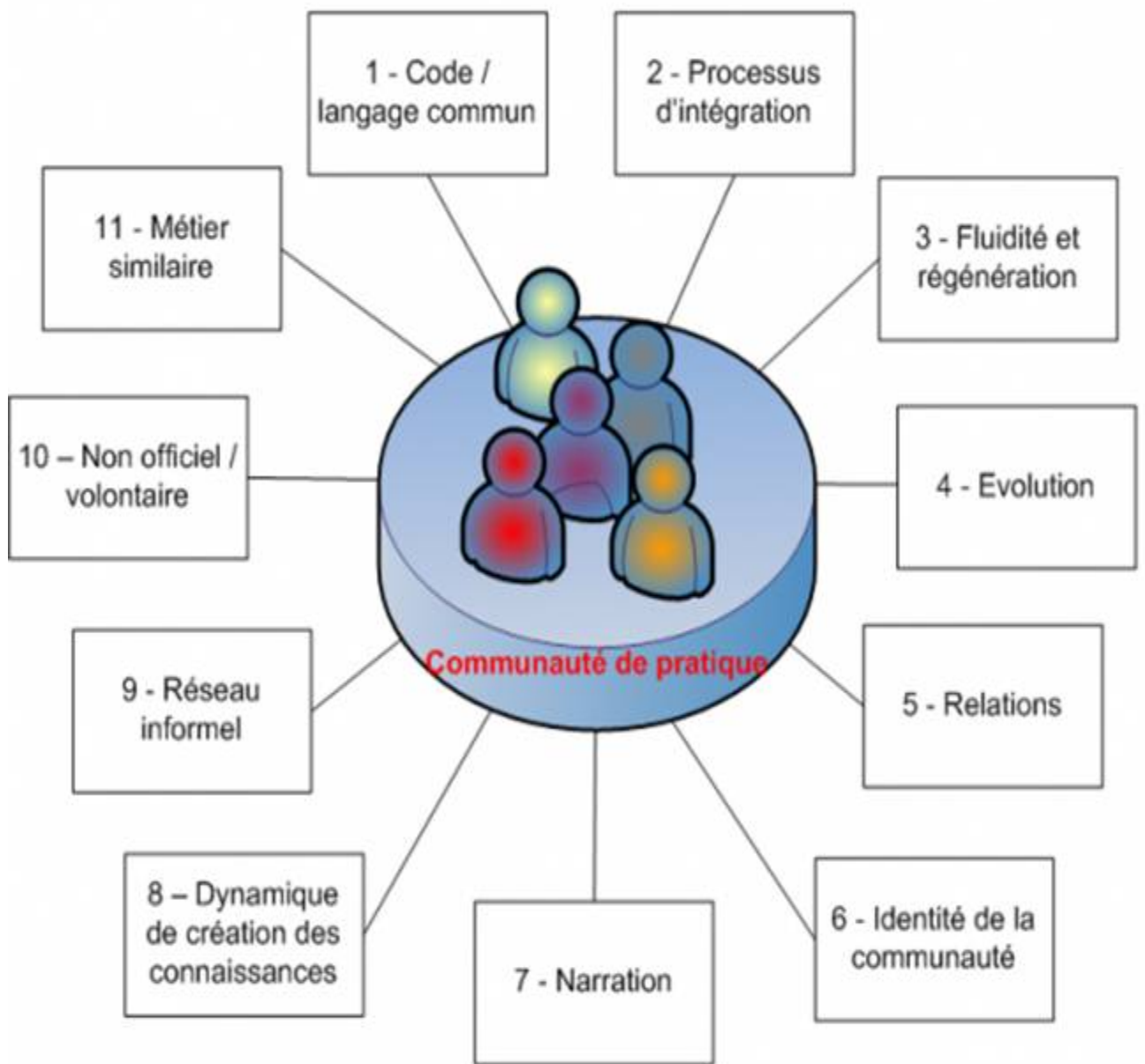
Benner, P. (2001). From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

*APPENDICE 4:*  
Transition Model: The First 18 Months in Practice of nurses

<b>THÈME</b>	<b>ENDINGS (0-3 MONTHS)</b>	<b>NEUTRAL ZONE (4-9 MONTHS)</b>	<b>NEW BEGINNINGS (10-18 MONTHS)</b>
<b>DESCRIPTION OF PHASE</b>	Loss of familiarity, change in social network vs. excitement of meeting new challenges	Learning new rules. Expected to intervene in situations not yet comfortable.	Sigh of relief «I made it». Feel good about their practice as a nurse.
<b>PATIENT &amp; FAMILIES</b>	Little time to develop relationships Stressed at trying to meet patient care needs	Concerns about not being able to answer patient questions about disease or treatment	Begin to explore patient and family perspectives Family emerges as a new challenge
<b>ORGANIZING PATIENT CARE</b>	Task and procedure focused Struggling with shift organization (e.g. Trying out different work sheets) and prioritizing (eg. Which patient to see first)	Shift organization is improving but distress at not having enough time to do work	Comfort with some tasks and procedures Organization improved
<b>HEALTH CARE TEAM</b>	Feeling dependent on new team Relationship with preceptor and team vital Physicians approached with apprehension	Integrating with the team Relationships with physicians problematic (e.g. When to call, what information to share) Recognize organizational constraints (e.g. Staffing budget)	Unit feels like «home» Relationship with physicians remain challenging but collaboration is valued Concerns with organizational constraints remain
<b>MARKER EVENTS</b>	Mastering new skills (e.g. 1 <sup>st</sup> IV, 1 <sup>st</sup> blood test) First patient death First error	«Other staff is asking me questions (and I know some answers)! »	Complete shift on time Comparing self with current new graduates

Schoessler and Waldo Transition Model (2006) adapted by the MUHC by J. Lizotte and M. Burney, 2009

*APPENDICE 5:*  
Caractéristiques structurantes d'une communauté de pratique

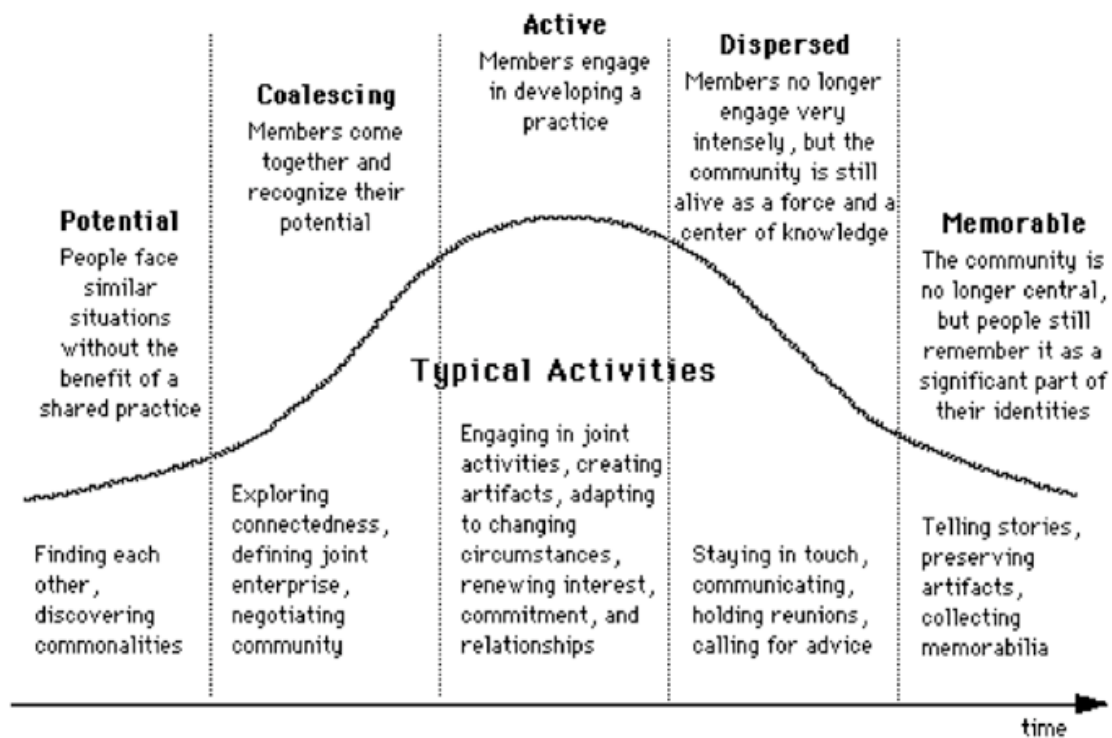


Doran, M. (2005). Caractéristiques d'une communauté de pratique. Document consulté le 23 mars 2011 de: <http://caspeex.over-blog.com/article-380676.html>

*APPENDICE 6:*  
Les phases de développement d'une communauté de pratique



## Stages of Development



Wenger, E., McDermott, R. & Snyder, W.N (2002). *Cultivating communities of practice: A guide to managing knowledge*. Boston: Harvard Business School Press.

*APPENDICE 7:*  
Plan de la rencontre session 1

## Plan de la journée

### Communauté de pratique 1

**24 février 2011 Salle : S11-17**

**Thème : Les gavages et les tubes**

**12:30 -13:30** Introduction

- Présentation du projet de stage
- Signature charte de confidentialité
- Nom à la communauté
- Discussion de vos préoccupations

**13:30-14:15** Quiz: LE NGT, LE DOBHOFF et LES GAVAGES

**14:30-15:00** Pause

**15:00-16:00** Rencontre avec Valerie Cass infirmière-chef

**16:00-16:30** Mise en commun (débriefing)



*APPENDICE 8:*  
Contrats de confidentialité



Centre universitaire de santé McGill  
McGill University Health Centre

*Les meilleurs soins pour la vie*  
*The Best Care for Life*

*Communauté de pratique*  
*Ross 3*

*Unité de soins chirurgicaux*

*Hépatobiliaires et de transplantations*

Contrat de confidentialité et de participation

En joignant ce groupe, je comprends que ma participation est cruciale et affectera directement mon apprentissage. Je m'engage à partager mes réflexions et expériences avec mes collègues et que ceux-ci peuvent m'aider à grandir en tant qu'infirmière/infirmier.

Ma responsabilité est de :

- Faire preuve de respect envers les autres
- Participer aux discussions
- Arriver à l'heure (12 h 30)
- Garder toutes les informations confidentielles

Signé à Montréal, RVH, par : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 2011

Témoin: \_\_\_\_\_

Sonia Turcotte candidate à la maîtrise en science inf.



Centre universitaire de santé McGill  
McGill University Health Centre

*Les meilleurs soins pour la vie  
The Best Care for Life*

*Community of practice  
Ross 3  
Surgical unit of  
hepatobiliary and transplants*

Confidentiality and participation contract

In joining this group, I understand that my participation is crucial and will directly affect my learning. Sharing my reflections and my experiences with my colleagues will help me and others to grow, but might also bring emotions to the surface. It is my responsibility to respect myself and my team in this process.

I agree to:

- Participate as best as I can
- Arrive on time
- Respect everybody
- Keep all the information shared confidential

Signed in Montreal, RVH, by: \_\_\_\_\_ on the \_\_\_\_\_ 2011

Witness: \_\_\_\_\_

Sonia Turcotte master's degree candidate

*APPENDICE 9:*  
Plan de la rencontre session 2

Plan de la journée  
Communauté de pratique  
Session 2  
Groupe: « THE JUNIORS »

24 mars 2011 Salle : S11-17

Thème : Organisation au travail et protocole de transplantations

12:30 -13:00 Introduction de l'après-midi:

- Discussion de vos préoccupations du dernier mois (événement marquant, choses qui vous ont dérangé, interrogations...)

13:00-13:30 Invitée : Ayat Salman (Recherche en transplantation)

13:30 -14:30 Rencontre avec Valerie Cass

14:30-14:45 Pause

14:45-15:45 Mise en situation (Organisation de la journée)

15:45-16:15 Révision protocole de transplantation

16:00-16:30 Mise en commun (débriefing)





*APPENDICE 10:*  
Plan de la rencontre session 3

## Plan de la journée

### Communauté de pratique 3

#### Groupe: «THE JUNIORS»

**28 avril 2011 Salle: S11-17**

Thème : Que font les infirmières à la clinique de transplantations ???

**12:00 -13:00** Introduction de l'après-midi:

- Discussion de vos préoccupations du dernier mois (événement marquant, choses qui vous ont dérangé, interrogations...)

**13:00-13:30** Rencontre avec les infirmières de la clinique

Que font les infirmières de la clinique de transplantations ???

**13:45-14:30** Jeu association: Connais-tu ton «Purple team»?

**14:30-14:40** Présentation Schéma «Be In charge»

**14:40-14:50** Évaluation de la satisfaction de la CdeP

**14:50-15:00** Pause

**15:00-16:00** Rencontre avec Valérie Cass



*APPENDICE 11:*

Questionnaire d'évaluation du niveau de satisfaction

**Questionnaire d'évaluation du niveau de satisfaction et de la rétention**

1. En général, avez-vous apprécié participer à la communauté de pratique et pourquoi? / *Did you like the community of practice activity and why? (1=Disagree, 10= I enjoyed it)*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

---

---

---

---

---

2. Croyez-vous que l'implantation d'une communauté de pratique à long terme pourrait être bénéfique pour le Ross 3 et pour ces jeunes infirmières? Si oui pourquoi?

*Do you think that the long term implementation of a community of practice could be benefit on Ross 3 and for young nurses?*

---

---

---

---

---

3. Est-ce que l'implantation d'une communauté de pratique à long terme pourrait favoriser votre satisfaction au travail et votre rétention sur l'unité?

*Do you think that the long term implementation of community of practice could improve your work satisfaction and your retention on the unit?*

---

---

---

---

---

4. Avez-vous des suggestions et commentaires pour améliorer le concept de la communauté de pratique?

*Do you have suggestions to improve the community of practice?*

---

---

---

---

*APPENDICE 12:*  
Réponses aux questionnaires

## Réponses au questionnaire d'évaluation du niveau de satisfaction et de la rétention

### **1. En général, avez-vous apprécié participer à la communauté de pratique pourquoi? / *Did you like the community of practice activity and why?***

- 10/10. J'ai aimé avoir un temps pour discuter entre nous les nouveaux de mes préoccupations. Cela fût très utile et m'a rendu plus confiant pour l'avenir
- 9/10. I found that these meeting have given a chance to express my concerns with others nurses who are sharing similar experiences.
- 9/10. The discussions were relevant to our practice. It was a good opportunity to share our experiences with other. I was nice to hear others stories to know that you're not alone.
- 10/10. Able to express ideas freely. Chance to know other nurses in informal setting. Improved my knowledge + understand of transplant nursing
- 9/10. It was opened my away knowledge of the unit protocols, personnel, resources helpful tools, etc. It made me feel more comfortable with my team and working environment

### **2. Croyez-vous que l'implantation d'une communauté de pratique à long terme pourrait être bénéfique pour le Ross 3 et pour ces jeunes infirmières? Si oui pourquoi? *Do you think that the long term implementation of a community of practice could be benefit on Ross 3 and for young nurses?***

- Bien sûr, cela a été très utile pour moi, c'est sure que cela aurait été mieux au début de mon CEPI. C'est pour cela que je pense que les futures infirmières vont beaucoup aimé et cela les rendra plus confiant sur le plancher, car ce n'est pas tout le monde qui acquière un niveau de confiance à la même vitesse.
- Yes, it allows us to continue to have follow up and chance to see how other nurses in same situation are adapting to their role as a new nurse
- I think it would be benefit the young nurses. It's a huge difference compounded to school. It's huge reality shock. It was very nice to share with other.
- Yes, team building, conflict resolution, improve knowledge a skills
- Yes

**Réponses au questionnaire d'évaluation du niveau de satisfaction et de la rétention (suite)**

**3. Est-ce que l'implantation d'une communauté de pratique à long terme pourrait favoriser votre satisfaction au travail et votre rétention sur l'unité? *Do you think that the long term implementation of community of practice could improve your work satisfaction and your retention on the unit?***

- À 50 %, car c'est sûr que discuter de nos problèmes aide à une meilleure satisfaction, par contre il est impératif qu'il y ait quelques changements sur le plancher pour que tout le monde soit satisfait. Pour la rétention, je pense que cela dépend de que l'infirmière recherche comme carrière.
- Possibly, I think I would like to stay longer.
- I think that it would be improve work satisfaction and retention. It was very nice to discuss our concerns with the head nurse. The change/suggestions are relevant to our practice. It improves our satisfaction at work and show that we can make difference on the unit.
- Yes

**4. Avez-vous des suggestions et commentaires pour améliorer le concept de la communauté de pratique? *Do you have suggestions to improve the community of practice?***

- Le débiter après la formation initiale
- The community of practice would be best if delivered to nurses after working at least 4-6 months
- Continue follow-up with news procedure and asking about concerns and news ways to improve the unit. Especially policies and procedures that we don't do frequently, but we do need to know about for the unit.
- Others topics: Dealing with difficult people, family and pts, working with family, team building, and topics on transplants nursing.