

Université de Montréal

La pratique réflexive comme stratégie de développement professionnel des infirmières
préceptrices

par
Josée Lizotte

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la Faculté des sciences infirmières
en vue de l'obtention du grade de M.S. ès sciences (M.Sc.)
en sciences infirmières
option formation des sciences infirmières

18 octobre, 2011

© Josée Lizotte, 2011

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce travail dirigé intitulé :
La pratique réflexive comme stratégie de développement professionnel des infirmières
préceptrices

Présenté par :
Josée Lizotte

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Madame Caroline Larue, inf. Ph.D.,
Professeure agrégée, membre du jury

Madame Jacinthe Pepin, inf. Ph.D.,
Professeure titulaire, directrice de recherche

Sommaire

La littérature scientifique sur le préceptorat en sciences infirmières met en évidence les besoins de développement professionnel continu des préceptrices. Toutefois, au-delà de la formation préparatoire au préceptorat, les recherches y portent peu d'attention. Ce travail dirigé avait pour but de considérer la pratique réflexive comme stratégie de développement professionnel chez les infirmières préceptrices. Les auteurs Benner et Schön, qui conçoivent l'apprentissage par l'expérience comme étant central au développement professionnel, ont guidé ce travail dirigé. Une recension exhaustive et critique des écrits sur le développement professionnel des préceptrices et sur l'application de la pratique réflexive en sciences infirmières a été présentée. Il ressort que la pratique réflexive engendre de nombreux impacts positifs chez les infirmières, dont certains plus spécifiques aux préceptrices. Grâce à l'analyse des écrits, nous constatons que la pratique réflexive en groupe stimule le développement de la réflexion qui à son tour favorise le développement de compétences pédagogiques et cliniques essentielles aux préceptrices. Nous croyons que l'application de la pratique réflexive en groupe à l'aide d'un modèle de réflexion et guidé par une facilitatrice est une stratégie de développement professionnel qui présente un potentiel remarquable.

Mots-clés : sciences infirmières; préceptrice; préceptorat; pratique réflexive; réflexion; formation continue; développement professionnel.

Table des matières

Sommaire.....	iii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Contexte et problématique.....	2
But.....	7
Méthode.....	8
Cadre de référence.....	10
Benner et le développement de l'expertise.....	11
Schön et la pratique réflexive.....	16
Recension des écrits.....	24
Le développement professionnel des préceptrices.....	25
Le concept de préceptorat.....	26
Le rôle des préceptrices.....	28
La formation préparatoire des préceptrices.....	30
Les programmes ou modèles de préceptorat.....	32
La formation continue des préceptrices.....	34
Les programmes ou modèles de préceptorat : recommandations.....	35
Résumé de la recension des écrits sur le développement professionnel des préceptrices.....	37

La pratique réflexive	38
Perception des impacts et bénéfices de la pratique réflexive dans la pratique infirmière	45
La pratique réflexive en groupe.....	50
Le rôle de la facilitatrice	55
Recommandations sur l'application de pratique réflexive en groupe	57
La pratique réflexive et le préceptorat.....	60
Résumé de la recension des écrits sur la pratique réflexive	66
Discussion.....	68
Proposition d'une stratégie de développement professionnel	69
Impacts de la mise en application de la pratique réflexive auprès des infirmières et des préceptrices	71
La pratique réflexive.....	71
La pratique réflexive en groupe.....	72
Développement personnel	73
Développement professionnel	73
Conditions de mise en application et de contextes favorables à l'implantation de la pratique réflexive	76
Déroulement de la mise en application de la pratique réflexive en groupe..	81
Phase de préparation	82
Phase d'implantation	84
Phase d'évaluation.....	88
Conclusion.....	90
Références.....	93
Annexes: tableaux et figures.....	101

Liste des tableaux en annexes

Annexe 1 : Tableau 1 : Résumé comparatif d'études empiriques sur le développement professionnel des préceptrices.....	102
Annexe 2 : Tableau 2 : Résumé comparatif d'études empiriques sur la pratique réflexive.....	123
Annexe 3 : Tableau 3 : Résumé comparatif d'études empiriques sur la pratique réflexive et le préceptorat.....	139

Liste des figures en annexes

- Annexe 4 : Figure 1 : Schéma sur les impacts de la mise en application de la pratique réflexive auprès des infirmières et des préceptrices.....146
- Annexe 5 : Figure 2 : Schéma sur les conditions de mise en application et de contextes favorables à l'implantation de la pratique réflexive.....148

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de maîtrise Madame Jacinthe Pepin pour ses encouragements, sa compréhension et sa gentillesse tout au long de ce labeur. Je remercie mon employeur; l'Hôpital neurologique de Montréal du Centre universitaire de santé McGill et la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour leur soutien financier. Un merci tout particulier à mes mentors en pratique réflexive, Sharon et Ron. Je tiens également à souligner l'écoute, l'inspiration, le soutien et la flexibilité de mes collègues de travail : Martha, Christine, Pat, Claire, Marie-Claude ainsi que tous ceux qui, par leur intérêt sincère, m'ont aidée à garder le cap : ma mère et mes chères amies Nathalie, Stéphane, Karine, Isabelle, Ha, Geneviève, Sara et Valérie qui m'avez comprise ou non et avez réussi à me distraire ou à me ressourcer. Enfin, je veux, du fond du cœur, exprimer ma gratitude envers Daniel et mes enfants Édouard et Simone qui avez partagé les hauts et les bas de cette aventure. Vous avez tous trois fait la différence au quotidien; merci pour votre patience et votre amour...

Introduction

Contexte et problématique

Depuis la dernière décennie, la littérature scientifique sur le préceptorat en sciences infirmières abonde et met en lumière une multitude d'effets bénéfiques pour la nouvelle infirmière¹, la préceptrice elle-même, l'établissement de santé et aussi pour la qualité des soins (Altmann, 2006; Baggot, Hensinger, & Parry, 2005; Billay & Myrick, 2008; Kaviani & Stillwell, 2000; Lee, Tzeng, Lin, & Yeh, 2009). Les préceptrices jouent un rôle crucial dans le système de santé et méritent une attention particulière (McCarthy & Murphy, 2010) puisque, comme le soulève la recherche canadienne de Ryan-Nicholls (2004), de plus en plus d'entre elles finissent simplement par refuser ce statut, en raison d'un manque de considération à leur égard.

Les écrits font état de nombreux besoins chez les préceptrices dont les plus courants portent sur la formation préparatoire au rôle, la formation et le soutien continu, ainsi que la reconnaissance (Dibert & Goldenberg, 1995; Henderson, Fox, & Malko-Nyhan, 2006; McCarthy & Murphy, 2010). La recension des écrits de Billay & Myrick (2008) indique que la formation inadéquate demeure une entrave récurrente à l'expérience du préceptorat, ce que corroborent plus récemment McCarthy & Murphy (2010). Pourtant, selon plusieurs auteurs, la formation préparatoire au rôle de préceptrice et le soutien continu s'avèrent des conditions essentielles au succès du préceptorat (DeCicco, 2008; Henderson, et al., 2006;

¹ Afin d'alléger le texte, les termes infirmière et préceptrice seront employés tout en englobant autant les hommes que les femmes.

McCarthy & Murphy, 2010; Québec, 2008; Speers, Strzyzewski, & Ziolkowski, 2004; Yonge, Hagler, Cox, & Drefs, 2008b). Il ressort clairement que la formation préparatoire et continue constituent toutes deux une source de soutien et de reconnaissance efficace qui devrait être davantage exploitée (Dibert & Goldenberg, 1995; Henderson, et al., 2006; Speers, et al., 2004). Yonge et ses collaboratrices (2008b) ajoutent à ces propos que les deux formes de reconnaissance les plus désirées des préceptrices sont 1) l'accès à des programmes de développement professionnel et 2) de la formation continue en lien avec le préceptorat.

Dans les recherches, beaucoup d'efforts sont mis sur la formation préparatoire des préceptrices. On aborde sa durée (Altmann, 2006; Heffernan, Heffernan, Brosnan, & Brown, 2009; Kaviani & Stillwell, 2000), son contenu (Henderson, et al., 2006; Speers, et al., 2004), son influence positive sur les novices et les préceptrices elles-mêmes (Altmann, 2006; Duffy, 2009; Québec, 2008; Warren & Denham, 2010). Par contre, les écrits sont moins nombreux concernant la formation continue des préceptrices et suggèrent des pistes plutôt vagues. Toutefois, l'intégration de la réflexion au préceptorat apparaît comme une proposition répétée qui retient notre attention (Duffy, 2009; Forneris & Peden-McAlpine, 2009; Hallin & Danielson, 2008; Kaviani & Stillwell, 2000; Luhanga, Dickieson, & Mossey, 2010; Öhrling & Hallberg, 2001; Smedley, Morey, & Race, 2010). De plus, la création de groupes de soutien assurant un réseautage entre les préceptrices est aussi mise de l'avant (DeCicco, 2008; Heffernan, et al., 2009; Henderson, et al., 2006; Hyrkäs, Tarkka, & Paunonen-Ilmonen, 2001; Kaviani & Stillwell, 2000; Luhanga, et al., 2010; Öhrling & Hallberg, 2001).

Dans la pratique, au Québec, l'attention est aussi portée sur la formation préparatoire des préceptrices. En effet, dans une volonté d'attraction et de rétention en soins infirmiers, le Programme national de soutien clinique fut créé (Québec, 2008). Il couvre trois volets, dont l'un est spécifique au «Préceptorat». Élaboré à partir du «Guide sur le préceptorat et le mentorat» de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada ([AIIC], 2004), ce volet se présente sous forme de guide pratique. Il expose un cadre élémentaire afin de réaliser l'implantation du préceptorat, en présentant des conditions de succès. La mise en place d'une structure de soutien pour les préceptrices est identifiée, incluant une liste non exhaustive de thèmes pour la formation préparatoire. Les établissements de santé ayant la liberté d'adapter le programme, en fonction de leurs réalités particulières, semblent perpétuer le peu d'égard accordé au développement des compétences des préceptrices à plus long terme. À titre d'exemple, à l'heure actuelle, l'un des plus grands centres universitaires de la région de Montréal ne détient pas de mesures, au-delà d'une formation préparatoire, pour assurer le développement professionnel continu de ses préceptrices (Centre universitaire de santé McGill, 2011).

À l'Université de Montréal, le Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) de la Faculté des sciences infirmières (Faculté des sciences infirmières, 2009) s'est penché sur l'identification de compétences essentielles chez la préceptrice, en élaborant un référentiel pour sa formation. Parmi les trois compétences identifiées, l'une d'entre elles porte directement sur la formation continue de la préceptrice, soit « assurer son développement professionnel » (Faculté des sciences infirmières, 2009). Bien que le référentiel soit encore en rédaction, cette compétence reconnaît l'importance de développer l'expertise

pédagogique, clinique et réflexive de la préceptrice. L'expertise réflexive est un élément de compétence sur lequel notre intérêt se porte à nouveau.

Benner (1983) souligne la nécessité pour les infirmières d'analyser leurs expériences cliniques, afin d'en dégager des connaissances pratiques souvent insoupçonnées. Des auteurs en sciences de l'éducation tels que Dewey, Kolb, Jarvis, Schön et Mezirow qualifient ce processus analytique d'apprentissage par la réflexion (Daley, 2001). D'ailleurs, une fois acquises, les habiletés de réflexion s'avèrent un vecteur de développement professionnel dans la carrière d'une infirmière et ce à tous les stades, de novice à experte (Paget, 2001). D'autres chercheurs en éducation (Edwards & Thomas, 2010) vont jusqu'à affirmer que la pratique réflexive est une condition *sine qua non* au développement professionnel. Par ailleurs, maints auteurs (Bailey & Graham, 2007; Daley, 2001; Duffy, 2008; Johns, 1995; Johns & Freshwater, 2005; McGrath & Higgins, 2006; Platzer, Blake, & Ashford, 2000a, 2000b; Williams & Walker, 2003) recommandent l'application d'une forme d'apprentissage « sur » et « dans » l'action, en utilisant la réflexion en groupe. Cette recommandation portant sur la réflexion en groupe allie la réflexion nécessaire au développement professionnel avec le réseautage cher aux préceptrices, tel que soutenu précédemment. Il importe donc de porter une attention particulière aux études portant sur le développement professionnel des préceptrices afin d'examiner comment la réflexion peut y contribuer.

Seules quelques études, dont celle de Duffy (2009) relie le concept de réflexion au préceptorat. Selon l'auteure, le rôle clé que les préceptrices exercent dans leur milieu de

travail les met dans une position idéale pour soutenir l'utilisation de la pratique réflexive auprès d'étudiantes, mais aussi pour elles-mêmes. Les sept participantes de l'étude de Duffy (2009) rapportent une autonomisation (*empowerment*) dans leur vie personnelle et professionnelle grâce à la pratique réflexive. Toutes, sans exception, valorisent la pratique réflexive, affirmant que celle-ci demeure un outil positif d'enseignement et d'apprentissage. La pratique réflexive ressort comme une approche de résolution de problèmes promouvant la pensée critique chez les préceptrices qui, à leur tour, engagent les étudiantes dans un questionnement critique. Les préceptrices reconnaissent le défi considérable consistant à développer les habiletés cognitives de haut niveau chez les étudiantes et admettent leur rôle comme guides de la pratique réflexive chez les étudiantes (Duffy, 2009).

Ces propos sont également appuyés par d'autres auteurs (Forneris & Peden-McAlpine, 2009; Gustafsson & Fagerberg, 2004) qui ajoutent que la réflexion favorise le développement de compétences permettant d'enseigner aux autres, soit des compétences pédagogiques. Dans la même veine, O'Connor (2008) considère que la pratique réflexive conduit à la création de liens entre la théorie et la pratique, soit l'une des fonctions principales du préceptorat auprès d'étudiantes ou de nouvelles infirmières. Ainsi, l'intégration de la pratique réflexive au développement professionnel des préceptrices suggère des impacts positifs non négligeables (Ashby, 2006; Forneris & Peden-McAlpine, 2007; Gustafsson & Fagerberg, 2004; O'Connor, 2008; Paget, 2001; Timmins, 2006) qui justifient une analyse critique plus approfondie dans ce présent travail dirigé.

But

Le but de ce travail dirigé est de considérer la pratique réflexive comme une stratégie de développement professionnel chez les préceptrices. Inspiré de Benner et Schön, ce travail identifiera, à partir d'une recension critique des écrits, les impacts de la mise en application de la pratique réflexive auprès des infirmières préceptrices, ainsi que les conditions d'application optimales. À la lumière du contexte décrit ci-haut, ce travail dirigé se veut utile aux établissements de santé désirant implanter et encadrer la pratique réflexive auprès des préceptrices, afin d'assurer leur formation continue, leur soutien et de faire en sorte que la rétention de ces professionnelles soit sauvegardée.

Objectifs

- Analyser et critiquer les écrits empiriques et théoriques portant sur le développement professionnel des préceptrices ainsi que sur la mise en application de la pratique réflexive par des préceptrices.
- Identifier les impacts de la mise en application de la pratique réflexive auprès des préceptrices.
- Proposer une stratégie de développement professionnel fondée sur la pratique réflexive auprès des préceptrices.
- Présenter des conditions de mise en application et de contextes favorables à la pratique réflexive auprès des préceptrices qui exercent en milieux cliniques.

Méthode

Pour atteindre le but décrit ci-haut, le repérage d'articles scientifiques a été effectué via les banques de données courantes en recherche, soit CINAHL et MEDLINE. Les mots-clés sélectionnés pour la recension des écrits furent : « *nursing, preceptor, preceptorship, reflective practice, reflection, continuous education, professional development* ». Seuls les écrits publiés en langues anglaise et française couvrant les années 2000 à 2011 ont été examinés. Les combinaisons des mots clés avec l'application de mots connexes « *preceptorship ET reflective practice ET nursing* » procurant peu de résultats (27, dont quatre articles pertinents), ainsi que « *preceptor ET professional development OU continuing education* » (33, dont huit articles pertinents) ont entraîné la considération des mots clé individuellement et puis par toutes les autres associations possibles. Il est à noter que l'exploration de références citées à la fin des articles trouvés s'est avérée une stratégie de recherche complémentaire importante. Certaines sources documentaires additionnelles, notamment par les moteurs de recherche « Google » ainsi que « Google Scholar », ont été utilisées pour localiser les ouvrages spécialisés et la littérature grise en format électronique sur des sites internet pertinents (MSSS, OIIQ, RNAO, etc.).

Une première sélection d'articles fut effectuée par la lecture du titre et du résumé. Les publications retenues en lien avec le but du travail dirigé ont été entièrement lues. Cette étape a permis de rejeter quelques écrits qui ne se concentraient pas suffisamment sur le sujet d'intérêt et de prioriser ceux qui portaient sur la formation des préceptrices et la pratique réflexive en milieu clinique. Cependant, plusieurs écrits reliés au préceptorat ou à la pratique réflexive dans les milieux académiques se sont révélés appropriés et furent

conservés. Après quoi, une lecture plus approfondie a permis à nouveau de sélectionner les articles pour les répartir en écrits théoriques et empiriques. Seuls ces derniers ont ultérieurement servi à l'élaboration de tableaux de comparaison incluant le but, le cadre théorique, la méthode, les résultats et discussion, les limites de l'auteur et enfin, les implications et recommandations de chacune des recherches. Ces tableaux, où sont classés les articles empiriques par thèmes et en ordre alphabétique d'auteurs, sont disponibles en annexes 1, 2 et 3.

Finalement, la révision et la classification, d'une part, des articles théoriques, par sujets principaux et, d'autre part, des articles empiriques, sous forme de tableaux, a facilité l'organisation des relations entre les concepts. La vision d'ensemble ainsi obtenue sur la recension a permis d'effectuer une critique judicieuse de la diversité des écrits, quant aux perspectives sur les sujets, les méthodes utilisées (quantitatives, qualitatives, phénoménologiques) et les provenances culturelles.

L'analyse des articles de la recension, grâce aux tableaux résumés, se divise en trois composantes principales. Dans un premier temps, la critique des écrits s'intéresse au préceptorat mais plus particulièrement au développement professionnel des préceptrices. La deuxième partie se concentre sur la pratique réflexive. Puis la dernière présente les écrits combinant la pratique réflexive au préceptorat.

Suivant la présentation et la critique des écrits scientifiques, une discussion prend forme, guidée par le cadre de référence. Une proposition théorique en découle et des

recommandations sur l'application de la pratique réflexive auprès des préceptrices sont formulées. Enfin, la présentation de conditions favorisant l'intégration éventuelle d'une telle stratégie en milieux de santé marque l'aboutissement de ce travail dirigé. Puis, en conclusion, des pistes de réflexion et de recherches futures sont proposées.

Cadre de référence

Ce présent travail dirigé est guidé par un cadre de référence composé des écrits de Patricia Benner sur le développement de l'expertise infirmière et de ceux de Donald Schön sur la pratique réflexive. Bien que Benner et Schön proposent des méthodes d'application différentes, ils utilisent tous deux la richesse des expériences comme source de réflexion stimulant le développement de l'expertise dans la pratique. Comme Johns (1995) le remarque, en sciences infirmières, les auteurs embrassent la nature holistique de l'expérience et conçoivent le praticien en tant que créateur actif de sa pratique. Ils admettent l'utilité de la connaissance empirique, la « rationalité technique », mais revendiquent la place de la connaissance implicite, celle qui émerge de la pratique et que Benner qualifie d'intuition (Johns, 1995; Wilkinson, 1999). Un nombre significatif d'articles scientifiques sur la pratique réflexive s'inspirent d'ailleurs des deux auteurs en citant leur vision commune qui est la conception d'un développement professionnel fondé sur l'apprentissage par l'expérience (Gustafsson, Asp, & Fagerberg, 2007; Johns, 1995; Stockhausen, 2006; Wilkinson, 1999). Freshwater et al. (2005) affirment même que Benner a permis d'établir les bases pour appliquer la réflexion dans la pratique infirmière, et ce, mondialement. Benner permet en fait de lier et de mieux intégrer la pratique réflexive aux sciences infirmières, ce qui justifie le choix de combiner la perspective de Benner à celle de

Schön dans un même cadre de référence. Examinons les principaux éléments de chacune des perspectives.

Benner et le développement de l'expertise

Patricia Benner élucide le développement de l'expertise infirmière et son articulation avec les savoirs en sciences infirmières. Elle soutient que l'avancement de la pratique infirmière et même de la profession dépend de la découverte des savoirs encastrés dans l'expertise (Benner, 1995; Benner et Wrubel, 1982). Ses travaux ont exercé et exercent encore une influence majeure sur l'élaboration de programmes d'orientation pour les nouvelles infirmières et de programmes de développement professionnel clinique pour les infirmières plus expérimentées (Benner, Tanner, & Chelsa, 2009).

Inspirée du modèle de Dreyfus & Dreyfus, Benner a décrit cinq stades de développement de compétences en sciences infirmières : novice, débutante, compétente, performante et experte. Ces stades reflètent la transition entre l'utilisation de principes abstraits vers l'utilisation d'expériences concrètes. Ce faisant, cette transition guide des changements de perception permettant l'émergence de nouveaux savoirs. Chaque stade s'appuie sur le précédent et, en évoluant vers une expertise clinique plus aguerrie, les infirmières ont des besoins de formation adaptés (Benner, 1982). Brièvement, le passage d'un stade vers le suivant engage deux principaux types de changements. L'infirmière chemine tout d'abord en utilisant ses expériences antérieures personnelles et professionnelles, pour ensuite poser un regard plus holistique et intuitif sur une problématique, avant d'agir (Benner, 1982). Benner et al. (2009) ajoutent que l'évolution

du jugement clinique engendre des occasions de réflexion sur des situations particulières, ce qui permet aux infirmières de reconnaître les aspects cliniques importants, et aussi de clarifier leur propre vision d'une bonne pratique infirmière.

Benner (1982) reconnaît que les soins infirmiers ne sont pas uniquement servis par les connaissances théoriques, en introduisant la notion révolutionnaire que la pratique elle-même peut et doit informer la science. Dans la dernière édition de leur livre sur l'expertise infirmière, Benner et ses collègues (2009) précisent que l'amélioration de la pratique infirmière dépend tout autant de l'apprentissage expérientiel que du processus scientifique. Tout comme Schön, Benner et al. (2009) critiquent le modèle de la rationalité technique en revendiquant la place des émotions, des intuitions et du contexte auprès des connaissances et du raisonnement. Ces auteures prônent une vision de la théorie et de l'utilisation de la connaissance qui se présente sous forme de dialogue. Plusieurs similarités se retrouvent effectivement entre les modèles de récits (*narratives*) de Benner et celui de l'analyse de cas de Schön sur la pratique réflexive. Tous deux mettent l'accent sur l'apprentissage et le changement, plutôt que sur les réalisations.

Voici une brève description de chacun des stades de Benner (1982) sur lesquels ce travail dirigé s'appuie, en y mettant également en évidence les besoins de formation, selon Benner et al. (2009). Cependant, puisque ce travail dirigé se concentre sur les préceptrices, les besoins de formation sont présentés à partir du stade de « compétente » seulement, puisqu'il s'agit du stade où les demandes d'accepter les responsabilités de préceptrice commencent à se manifester (Benner, et al., 2009).

Stade 1 : Novice. L'étudiante infirmière est inexpérimentée face aux situations qu'elle rencontre. Centrée sur la tâche, elle s'appuie sur des règles enseignées qui s'avèrent générales, hors contexte et indépendantes de situations précises. Ses comportements ainsi gouvernés par des applications universelles demeurent limités, voire exempts de jugement (« Dis-moi ce que je dois faire et je le ferai »). Par exemple, l'étudiante infirmière se retrouve à ce niveau (Benner, 1982).

Stade 2 : Débutante. L'infirmière démontre une performance acceptable acquise par ses expériences préalables en situations réelles. Elle peut ainsi reconnaître certains aspects récurrents ou généralités dans sa pratique pour guider ses actions. Elle reste toutefois incapable de prioriser, considérant tous les soins aussi importants les uns que les autres, en portant peu d'attention aux situations qui se présentent à elle. Benner qualifie ce stade d'entrée dans la profession (*entering the field*) (Benner, 1982). Par exemple, dans notre contexte québécois, la candidate à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) se retrouve à ce niveau.

Stade 3 : Compétente. L'infirmière, ayant environ une à deux années d'expérience dans le même domaine, est plus consciente des objectifs et plans à long terme. Elle planifie et analyse ses actions ce qui contribue à sa plus grande efficacité et organisation. Caractérisé par un sentiment de maîtrise où l'infirmière peut gérer une multitude de situations cliniques, ce stade marque souvent les premiers pas dans le rôle de la préceptrice (Benner, 1982).

Puisque l'infirmière se présente comme capable, entre autre, d'identifier ses sentiments et même d'utiliser ses émotions pour guider l'identification des problématiques cliniques, elle fait, en général, preuve de réflexivité sur sa pratique. De plus, l'infirmière compétente se retrouve dans une période de développement critique où maintes remises en question surgissent de même que des confrontations et pertes d'illusions. Pour y pallier, briser le silence, afin d'exprimer les différents combats auxquels elle fait face est recommandé (Benner, et al., 2009). Benner et al. (2009) suggèrent, d'une part, des petits groupes de discussion avec d'autres infirmières se retrouvant au même stade ou avec des leaders clés, tels que des infirmières expertes, des médecins, d'autres professionnels, afin d'échanger sur des sujets comme la mort, la souffrance et les dilemmes éthiques. L'infirmière compétente en progression vers le stade d'experte a surtout besoin de partager ses inquiétudes et conflits éthiques, dans le but d'atténuer l'isolement qu'elle vit. D'autre part, toute forme d'exercices favorisant la vue d'ensemble clinique, comme par exemple l'analyse de situations complexes et l'identification de patterns chez les patients s'avèrent des avenues intéressantes utilisées par des infirmières compétentes commençant justement à jouer le rôle de préceptrice. En fait, la stratégie éducationnelle ultime à ce stade serait d'amener l'infirmière à prendre conscience de ses habilités à évaluer les situations qu'elle rencontre (Benner, et al., 2009).

Stade 4 : Performante. L'infirmière perçoit et comprend les situations de façon holistique ce qui améliore sa prise de décision. À partir de ses expériences, elle peut anticiper et modifier rapidement sa planification (Benner, 1982).

En ce qui a trait à ses besoins de formation, Benner et al. (2009) exposent qu'un niveau plus avancé de partage de récits en groupe semble approprié. À ce stade, l'accent doit surtout être mis sur les changements de perspectives, ainsi que sur la reconnaissance des changements cliniques pertinents. Bien que les contextes de soins actuels laissent peu de place à la réflexion, les auteurs soulignent à quel point celle-ci permet l'émergence d'innovations et de solutions pour la pratique. Du reste, les activités de formation réalisées de concert avec les médecins peuvent faciliter le développement de connaissances cliniques. En fait, toute stratégie favorisant les communications transparentes et la confiance entre les membres de l'équipe de soins s'avère particulièrement appropriée pour les infirmières performantes. Puisqu'à ce stade l'infirmière est plus sensible et efficace à intervenir en fonction des besoins du patient, les formations sur ce type de relation « action-réponse » sont très à propos (Benner, et al., 2009).

En poursuivant, Benner et ses collègues (2009) constatent un manque flagrant de structures pour soutenir le développement de l'accompagnement émotionnel (*attunement*) des infirmières. D'ailleurs requises pour faire comprendre et aider les relations interpersonnelles, ces habilités sont essentielles à l'avancement des niveaux « performantes » à « expertes ». Leur recherche démontre une grande variation dans les habilités des infirmières à s'engager et intervenir dans les situations particulièrement chargées en émotions. Par conséquent, les infirmières performantes bénéficieraient d'opportunités planifiées pour discuter de leur progression à ce sujet (Benner, et al., 2009).

Stade 5 : Experte. L'infirmière ne se repose plus sur des principes, règles ou lignes directrices pour assimiler une situation et déterminer les actions à prendre. Grâce à son bagage d'expériences variées, elle présente une compréhension intuitive des situations cliniques. Elle définit directement la source du problème en éliminant les données non utiles à sa résolution. Son rendement est maintenant fluide, flexible et hautement compétent (Benner, 1982).

Quant à l'évolution professionnelle des infirmières expertes, Benner et al. (2009) considèrent que d'apprendre à travailler avec les autres en orchestrant le travail est essentiel au développement de leurs compétences, dont l'expertise clinique, incluant l'expertise éthique. Le cheminement professionnel des infirmières expertes s'accroît significativement par la diffusion de leurs histoires d'apprentissage, de l'excellence dans leur pratique, mais aussi par les embûches rencontrées. En effet, à ce stade, leur bagage d'expériences s'avère riche et profitable à leur entourage. Des efforts doivent être mis en place afin d'encourager et valoriser leur contribution auprès des infirmières aux autres stades d'expertise (Benner, et al., 2009).

Schön et la pratique réflexive

Conçue par le philosophe Donald Schön, la pratique réflexive est une théorie sur le développement du savoir professionnel qui allie la pensée à l'action. Cette théorie fut subséquentement largement adoptée dans les professions du domaine social et de la santé, dont les sciences infirmières (Kinsella, 2010). La pratique réflexive a surtout pris forme en éducation en Australie, Nouvelle Zélande et au Royaume-Uni, avant de prendre de

l'ampleur en sciences infirmières en 1988, grâce aux chercheurs Kemmis, Smyth et Street (Freshwater, Horton-Deutsch, Sherwood, & Taylor, 2005). Les applications en sciences infirmières se rapportent à la pratique, la formation, la recherche et à la gestion et leadership. Il est intéressant de noter qu'au Royaume-Uni, le département de la santé (DoH, 1999) a implanté la pratique réflexive la jugeant fondamentale au développement professionnel des infirmières (Freshwater, et al., 2005).

Bien que le modèle d'application de la pratique réflexive retenu se concentre sur l'auteur fondateur Schön, il est à propos de préciser qu'une multitude d'autres modèles et de cadres existent tels que : « Le cycle expérientiel d'apprentissage » (*The cycle of experiential learning*) de Kolb (1984), « Le cycle réflexif » (*The reflective cycle*) de Gibbs (1988), « Le modèle de réflexion structurée » (*The model for structured reflection*) de Johns (1999) en sciences infirmières, « Les niveaux de réflexivité » de Mezirow (1990) et plusieurs autres encore. Même si le but ultime de la pratique réflexive demeure le même, soit la croissance et la découverte de soi, de ses connaissances et de ses habilités pour développer sa pratique, les stratégies pour son application sont diverses (Freshwater, et al., 2005; Taylor, 2000). Elles se limitent finalement à notre imagination et peuvent être utilisées seules ou en combinaison. Voici quelques exemples de réflexion-sur-l'action, soit la réflexion effectuée suivant un évènement marquant: discussions, journaux de bord, technique de l'incident critique, études de cas cliniques, jeux de rôle, supervision clinique, vignettes ou récits narratifs, lectures, enregistrement audio et/ou vidéo, peinture, poésie... Le processus de réflexion-dans-l'action comprend les stratégies pouvant être appliquées au moment même de l'action et ce, la plupart du temps par une forme d'introspection (*mindfulness*) comme la

méditation, le chant, la musique, le yoga, la danse et le mouvement...(Freshwater, et al., 2005).

Fondements épistémologiques

Le vocable « pratique réflexive » génère des débats fréquents dans la littérature scientifique. Souvent utilisé à outrance et empreint d'ambiguïté, il reste insuffisamment défini aux yeux de certains, en plus de récolter encore peu d'écrits empiriques sur ses bénéfices cliniques (Clouder & Sellars, 2004; Ekebergh, 2007; Forneris & Peden-McAlpine, 2007; Gustafsson, et al., 2007; Gustafsson & Fagerberg, 2004; Kinsella, 2010; Paget, 2001; Ruth-Sahd, 2003; Wilkinson, 1999). Pour résoudre ce problème, Kinsella (2010) s'est particulièrement penchée sur ce constat, en sciences infirmières et autres professions sociales de la santé, en offrant une analyse épistémologique du concept de pratique réflexive. La chercheuse met en relief ce qui est au cœur du travail de Schön, à savoir les fondements philosophiques centraux qui sous-tendent la théorie, ainsi que la conceptualisation de la connaissance, dans les domaines de la santé et des services sociaux. Cinq thèmes épistémologiques principaux sont examinés, chacun défiant la conception positiviste dominante de la connaissance professionnelle.

La critique de la rationalité technique (a critique of technical rationality). Cette critique demeure un important défi auquel Schön s'est attaqué. Il dénonce le fait que le modèle de la rationalité technique soit incomplet et instille plutôt une interprétation de la pratique professionnelle admettant le développement de connaissances via l'expérience professionnelle elle-même. Il reconnaît aussi la compétence artistique que certains

praticiens apportent dans leur pratique quotidienne. Grâce à la pratique réflexive, Schön veut ainsi remettre en question les connaissances statiques, « prises pour acquises » et ignorant l'influence de l'expérience sur la réalité. Le praticien générerait de nouvelles connaissances par sa pratique réflexive.

La notion de l'art dans la connaissance pratique professionnelle (professional practice knowledge as artistry). Inspiré par John Dewey, Schön conçoit également que la pratique professionnelle comporte une notion artistique. En fait, il développe davantage cette notion par son utilisation de l'expression « art professionnel » qu'il définit comme une compétence que certains praticiens possèdent et démontrent lors de situations uniques, conflictuelles, inhabituelles. Bien qu'il admette la subjectivité de cette compétence, la difficulté à la définir ou à la mesurer, Schön questionne le modèle traditionnel de la connaissance professionnelle qui en fait abstraction.

Le constructivisme. Le courant constructiviste et plus particulièrement la vision du philosophe Nelson Goodman ont fortement influencé le développement de la théorie sur la pratique réflexive. En effet, Schön adhère à la perspective de l'humain qui construit activement sa réalité personnelle en ajoutant de nouvelles données à celles qu'il possède déjà, transformant ainsi continuellement le monde. Ces interprétations créatives du monde que l'on construit se transposent dans notre pratique professionnelle et, d'une certaine façon, la révèle.

La connaissance tacite. Elle représente un autre concept central dans la théorie de Schön. Partant de l'hypothèse de base stipulant que « nous savons plus que nous pouvons l'expliquer », Schön et son collègue Argyris soulèvent l'importance de prendre conscience et d'explicitier nos théories tacites individuelles. Cette explicitation s'exerce par l'analyse de nos actions et des valeurs qui les sous-tendent, permettant de libérer le praticien du cadre inconscient qui forme sa pratique pour lui offrir de nouvelles avenues.

L'action intelligente. L'action, n'ayant pas nécessairement recours à un processus intellectuel antérieur, révèle la connaissance. Schön poursuit cette idée dans son œuvre. Il défend le fait que l'action et la pensée soient subsidiaires, qu'elles s'inspirent l'une l'autre, qu'elles existent dans un continuum plutôt qu'en dualité. L'effet de l'action engendre la réflexion jusqu'à ce que satisfaction s'en ressente. Il adopte ainsi le « savoir-en-action » (*knowing-in-action*) référant à l'action intelligente.

Schön (1983) décrit donc la pratique réflexive comme une auto-évaluation critique des comportements propres d'une personne, dans le but de développer des habilités permettant de lier ses actions à ses pensées. Il présente deux types de réflexion qu'il distingue selon leurs aboutissements temporels : « *Reflection in action* » et « *Reflection on action* ». Le premier type réfère au dialogue de pensées dans l'action présente, alors que le second se produit plutôt a posteriori (Schön, 1983). Pour y parvenir Schön propose un cadre qui fut initialement développé en 1974 avec son collègue Chris Argyris : « *Theory in practice : increasing professional effectiveness* ». Dans ce livre, les auteurs remarquent que la plupart des gens sont inconscients des effets de leurs attitudes sur leurs comportements et,

conséquemment, sur leur entourage. Leur souci est de décrire les schémas comportementaux qui compromettent l'apprentissage pour chercher à les modifier. Afin d'aborder ce constat par la rééducation et surtout de contribuer à l'efficacité des professionnels, ils ont développé les « théories de l'action ». Voici sommairement les différents postulats composant la théorie.

Les théories de l'action (theories of action)

Argyris et Schön (1974) endossent le fait que les personnes créent et posent des actions croyant être efficaces et voulant atteindre leurs buts. Ce faisant, les personnes possèdent des « théories » sur la façon de concevoir leurs actions dans diverses situations. Deux types de théories de l'action se distinguent : 1) les théories professées (*espoused theory*) soit celles que nous fournissons pour expliquer et justifier nos actions (ce que l'on dit vouloir faire) et 2) les théories d'usage (*theory-in-use*) soit celles qui gouvernent nos actions et qui se manifestent vraiment (ce que l'on fait en réalité) (Argyris & Schön, 1974).

Les auteurs soulèvent également les possibles incompatibilités entre les deux formes de théories de l'action. En effet, la réalité du quotidien exerce souvent une pression sur les gens pour qu'ils adoptent des règles différentes de celles qu'ils énoncent dans leurs déclarations d'intention. Smith (2011), un chercheur en éducation, s'est particulièrement intéressé aux écrits de Schön et Argyris. Il ajoute que, suivant l'analyse de nos actions, nous pouvons parvenir à les élucider pour ainsi détecter nos théories professées. La découverte des théories d'usage est importante; cependant, la prise de conscience des divergences entre celles-ci et nos théories professées l'est encore plus (Smith, 2011). Cette

explicitation entre nos intentions initiales et les résultats de nos actions s'avère en soi un exercice de réflexion et d'apprentissage.

L'apprentissage en boucles simple et double (single-loop and double loop learning)

Pour Argyris et Schön (1974), l'apprentissage prend forme dès la détection « d'erreurs » ou de discordances, soit l'écart entre nos intentions et les résultats de nos actions qu'ils considèrent comme des opportunités d'apprentissage. Ils dénomment « l'apprentissage en boucle simple » la modification de nos actions afin d'atteindre nos intentions initiales. Pour sa part, « l'apprentissage en boucle double », que d'autres auteurs qualifient d'apprentissage transformationnel (Freshwater, et al., 2005), exige plutôt de modifier le cadre ou l'identification même du problème à résoudre (Smith, 2011). De plus, Argyris et Schön (1974) spécifient que les situations embarrassantes ou menaçantes occasionnent fréquemment des discordances entre les théories professées et d'usage, ce qui inhibe l'apprentissage en double boucle. Paradoxalement, les situations complexes et émotives sont justement celles où l'apprentissage transformationnel devient le plus capital (Smith, 2011). Il demeure ainsi fondé de s'attarder à nos façons de penser et d'agir dans des situations plus difficiles pour préciser si nous nous comportons de manière efficace pour régler les problèmes en trouvant leur origine et, par conséquent, apprendre (Smith, 2011).

Pratique Réflexive

La pratique réflexive concilie l'approche des théories de l'action avec celle de l'apprentissage à boucles simple et double. Nos théories de l'action dessinent nos actions. Lorsque nos intentions ne sont pas atteintes, que nous constatons nos erreurs

(discordances), nous pouvons apprendre à re-produire nos intentions en analysant dans quel état nous étions, comment nous pensions, ce que nous ressentions pour agir comme nous l'avons fait. L'identification des caractéristiques inefficaces de nos théories d'usage génère une réflexion *sur* celle que nous avons *dans* l'action (Smith, 2011).

Ainsi, la toile de fond que tisse Schön avec le développement du savoir professionnel centré sur l'expérience concorde avec la vision de Benner qui lie la théorie et la pratique infirmière au développement professionnel. La complémentarité des auteurs Schön et Benner permet donc de constituer le cadre de référence de ce travail dirigé pour soutenir l'hypothèse stipulant que la réflexion que tout professionnel pose sur sa pratique accroît ses compétences et engendre son développement professionnel.

Recension des écrits

Le développement professionnel des infirmières préceptrices est rarement mis en avant-plan dans les nombreux articles scientifiques traitant du préceptorat. Cependant, un consensus se dégage concernant l'importance de la formation préparatoire et continue des préceptrices. Dans un premier temps, cette recension critique des écrits permet de dégager les recommandations des chercheurs sur les besoins de formation des préceptrices. Puis, l'analyse des écrits sur la pratique réflexive en sciences infirmières fait ressortir les impacts positifs de sa mise en application, les caractéristiques de la pratique réflexive en groupe, de même que les facteurs qui facilitent ou qui nuisent à la réflexion. Finalement, la dernière partie de la recension présente quelques écrits retracés qui combinent la pratique réflexive au préceptorat mettant ainsi en lumière le développement personnel et professionnel chez les préceptrices.

Le développement professionnel des préceptrices

Avant d'élaborer sur le développement professionnel des préceptrices, nous présenterons quelques notions sur le préceptorat, puis les recherches sur le rôle de préceptrice et sur leurs besoins de formation. Nous mettrons l'accent sur les écrits qui discutent des programmes ou modèles de préceptorat et ceux qui abordent davantage la formation continue. Enfin, un portrait global des recommandations quant à la formation des préceptrices sera tracé.

Cette section se compose de l'analyse de 36 articles, dont 25 sont empiriques et 11 théoriques. La majorité des recherches ont été menées à partir d'une méthode qualitative, trois seulement d'une méthode quantitative et quatre sont mixtes. Le souci d'explorer, de décrire et de comprendre le phénomène du préceptorat et le développement professionnel des préceptrices, apparaît évident et cela principalement dans six pays, soit le Canada, les États-Unis, l'Irlande, l'Australie, la Suède et la Nouvelle-Zélande (en ordre décroissant quant au nombre d'écrits empiriques recensés). Il est à souligner que quatre revues de littérature (Billay & Myrick, 2008; Billay & Yonge, 2004; Omansky, 2010; Warren & Denham, 2010) appuient la présente exploration sur le sujet.

Le concept de préceptorat

Tout d'abord, le préceptorat consiste en une méthode d'enseignement et d'apprentissage clinique reconnue comme efficace et qui est couramment utilisée dans plusieurs professions, dont les sciences infirmières (Altmann, 2006; Billay & Myrick, 2008; Billay & Yonge, 2004). Le préceptorat se définit comme une brève association, généralement de quelques semaines à quelques mois, entre une infirmière d'expérience (préceptrice) et une étudiante ou une infirmière nouvellement embauchée (Hautala, Saylor, & O'Leary-Kelley, 2007). Benner (1984) soutient que l'association entre une infirmière novice et une infirmière plus expérimentée dans le milieu de pratique permet aux étudiantes, entre autres, d'apprendre dans un environnement favorable à leur développement professionnel.

La définition retenue. Liée à notre contexte et à notre culture, la définition de l'Association des infirmiers et infirmières du Canada est retenue : « *Le préceptorat est une*

relation officielle, d'une durée préétablie, entre deux personnes, à savoir une infirmière expérimentée (préceptrice) et une novice (élève) et cette relation a pour but d'aider la novice à s'adapter avec succès à un nouveau rôle et à réussir dans ses nouvelles fonctions. » (AHC, 2004, p.13).

La préceptrice. Celle-ci est définie non seulement comme une infirmière chevronnée, mais aussi comme un modèle de rôle reconnu pour sa compétence clinique (Billay & Yonge, 2004; Kaviani & Stillwell, 2000).

La préceptorée. La personne « orientée », ici nommée la « préceptorée » est une infirmière ou une étudiante ayant un statut d'apprenante dans un environnement inconnu (Dibert & Goldenberg, 1995; Hallin & Danielson, 2008; Hautala, et al., 2007; Ryan-Nicholls, 2004; Stone & Rowles, 2002; Yonge, Hagler, Cox, & Drefs, 2008c).

Deux recensions des écrits s'intéressent au préceptorat dans le domaine de la santé en général. Celle de Billay & Yonge (2004) approfondit les écrits parus entre les années 2000 et 2004. Les auteures se sont attardées à clarifier la conceptualisation du préceptorat, afin d'en favoriser une application appropriée. Elles soulèvent, d'une part, que les concepts de préceptorat et de mentorat se chevauchent, tous deux impliquant une transmission de connaissances et de conseils. Cependant, Billay & Yonge (2004) confirment que l'utilisation du terme « préceptorat » demeure plus appropriée lorsque l'on réfère à une relation d'enseignement – apprentissage direct. D'autre part, leur analyse leur permet d'identifier les attributs courants définissant la préceptrice comme un modèle de rôle et une

facilitatrice ayant de bonnes habiletés de communication, de bonnes connaissances dans le champ d'expertise et démontrant de l'intérêt envers les principes d'éducation aux adultes. Ces mêmes attributs ressortent également dans la recherche plus récente d'Heffernan, et al. (2009).

Pour sa part, la recension de Billay & Myrick (2008) vise à décrire et identifier les connaissances développées sur le préceptorat entre 1994 et 2005. Les auteures remarquent un consensus émergent quant à la terminologie et la conceptualisation du préceptorat dans la littérature. Elles relèvent que le préceptorat est un modèle perçu comme permettant de réduire l'écart entre la théorie et la pratique. Elles soulignent aussi des attitudes et approches reconnues chez les préceptrices susceptibles de favoriser l'apprentissage des étudiants, dont l'engagement, l'écoute active, la facilitation d'occasions d'apprentissage, la rétroaction constructive et la socialisation professionnelle. Toutefois, elles constatent que le manque de temps et la formation inadéquate des préceptrices demeurent des entraves récurrentes au préceptorat.

Le rôle des préceptrices

Maintes recherches reconnaissent la complexité du rôle de préceptrice et le défi qu'il comporte (Biggs & Schriener, 2010; Luhanga, et al., 2010; McCarthy & Murphy, 2010; Yonge, et al., 2008c). Yonge et ses collaboratrices (2008a) l'expliquent, en partie, en précisant que le rôle de préceptrice s'ajoute aux soins et responsabilités quotidiennes de l'infirmière. Elles renchérissent en soulevant l'absence de standards de pratique pour faciliter cette « dualité » : clinicienne et enseignante. Par ailleurs, dans sa revue de

littérature, Omansky (2010) constate, entre les années 1999 à 2009, plusieurs problématiques face au rôle. Sa recension de 30 études se consacrant à l'expérience des préceptrices révèle, d'une part, le manque de reconnaissance et la surcharge de travail associée au rôle. D'autre part, l'auteure identifie également le manque de clarté quant à la définition du rôle. Plusieurs chercheurs, dont les études sont recensées par Omansky (2010), avancent que les différentes parties prenantes du préceptorat, tels que les gestionnaires, coordonnateurs des milieux académiques, préceptrices et étudiantes évaluent différemment les fonctions du rôle de préceptrice.

Les écrits exposent que le rôle est perçu comme étant lié à la transition et à l'intégration des nouvelles infirmières dans leur milieu de travail (DeCicco, 2008) alors que d'autres auteurs soutiennent qu'il est lié à la socialisation (Billay & Myrick, 2008; Henderson, et al., 2006), au développement de la pensée critique (Forneris & Peden-McAlpine, 2009; Luhanga, et al., 2010) et de la pratique réflexive (Smedley & Penney, 2009), à la supervision (Usher, Nolan, Reser, Owan, & Tollefson, 1999), à la protection et la facilitation de l'apprentissage (Öhrling & Hallberg, 2001). Tel que le stipule Paton (2010), le rôle vital qu'exercent les préceptrices en formation et en évaluation exige des connaissances et compétences cliniques avancées que l'expertise clinique seule ne peut combler, ce qu'appuient Kaviani & Stillwell (2000). En effet, plusieurs auteurs soutiennent que les compétences pédagogiques sont tout aussi importantes (Paton, 2010; Paton, Robertson, Thirsk, & Mckiel, 2006; Paton, Thompson-Isherwood, & Thirsk, 2009).

Il paraît alors étonnant de constater les résultats de l'étude américaine d'Altmann (2006) qui révèlent que les compétences et l'expérience en enseignement n'étaient pas considérées comme un critère de sélection important chez les préceptrices d'étudiantes par les doyens et directeurs de baccalauréat en sciences infirmières. Il semble que les préceptrices sont souvent choisies selon leur disponibilité (Paton, et al., 2006), sans les former (Luhanga, et al., 2010), et en les laissant apprendre leur rôle « sur le tas » (Alspach, 2008; Altmann, 2006; Yonge, Krahn, Trojan, Reid, & Haase, 2002b). Au regard de l'étendue du rôle et des responsabilités ci-haut décrites, il s'avère impératif de s'attarder à la formation des préceptrices.

La formation préparatoire des préceptrices

La littérature scientifique met clairement en évidence que le succès du préceptorat dépend d'une préparation adéquate au rôle, ainsi que du soutien continu des préceptrices (Altmann, 2006; Baltimore, 2004; Billay & Yonge, 2004; Boyer, 2008; Duffy, 2009; Hallin & Danielson, 2008; Hyrkäs & Shoemaker, 2007; Kaviani & Stillwell, 2000; Luhanga, et al., 2010; McCarthy & Murphy, 2010; Québec, 2008; Speers, et al., 2004; Warren & Denham, 2010; Yonge, et al., 2008c). La recension des écrits de Warren & Denham (2010) portait sur la relation entre l'orientation des préceptrices et ses effets chez les étudiantes. Les auteures identifient la préparation au rôle ainsi que le soutien comme étant les deux thèmes principaux de 13 recherches sélectionnées entre 1990 et 2007. Sur ces 13 recherches, huit se centrent sur la formation préparatoire. Les résultats de leur analyse suggèrent que la préparation formelle des préceptrices a un impact positif chez les étudiantes et les organisations, tout en contribuant à l'apprentissage et à la croissance

professionnelle des préceptrices. D'autres auteurs font des constatations semblables dans leurs études (Duffy, 2009).

Par ailleurs, plus la préparation au rôle de préceptrice est importante plus son niveau de confiance en soi ressenti est augmenté (Duffy, 2009; Hallin & Danielson, 2008; Yonge, et al., 2008c) ce qui affecte ultérieurement son intention de renouveler l'expérience du préceptorat (Speers, et al., 2004; Yonge, et al., 2008c). Hyrkäs & Shoemaker (2007) se sont, de leur côté, intéressées à la relation entre la perception des bénéfiques, de reconnaissance, de soutien et l'engagement face au rôle de préceptrice. Leur recherche, auprès de 82 préceptrices, confirme qu'elles s'engagent davantage dans ce rôle lorsque les bénéfiques, principalement non matériels, sont disponibles, comme les formations essentielles à leur développement (Hyrkäs & Shoemaker, 2007).

Malgré ces évidences soutenant l'importance de la formation, plusieurs écrits soulèvent le fait que les préceptrices ne sont pas formées convenablement (Lillibridge, 2007; Myrick & Yonge, 2004; Smedley & Penney, 2009). L'étude de Rogan (2009) est la seule qui souligne la possibilité des coûts impliqués pour les institutions, expliquant pourquoi l'on n'offre pas la préparation essentielle aux préceptrices. La chercheuse ajoute, toutefois, qu'un tel investissement serait également valable pour les nouvelles diplômées et donc pour la profession infirmière.

Les programmes ou modèles de préceptorat

La conception des programmes de préceptorat, souvent de concert avec les milieux académiques, comprend pour la plupart un volet préparatoire et un volet de soutien dans le but de répondre aux divers besoins de formation des préceptrices (Hallin & Danielson, 2008; Henderson, et al., 2006; Warren & Denham, 2010). Parfois, les programmes incluent, en outre, un plan de reconnaissance pour les préceptrices (DeCicco, 2008; Québec, 2008) et, plus rarement, un plan de formation continue (Neumann et al., 2004; Speers, et al., 2004). En guise d'exemple d'impacts, la recherche suédoise de Hallin & Danielson (2008) relève des différences positives significatives entre deux groupes de préceptrices (en 2000 et en 2006), à la suite de l'introduction d'un programme de préceptorat. Leur comparaison de données dévoile que les 109 préceptrices participantes en 2006 se sentaient davantage préparées que les 154 qui ont répondues en 2000, plus conscientes des exigences du rôle et plus confiantes en leurs capacités, témoignant ainsi du succès de leur programme.

Une première sélection de recherches portant un regard évaluatif sur les programmes de préceptorat semble vouloir expliciter les retombées. Tous les articles retenus pour cette section, dont cinq études empiriques, soulignent l'importance de la formation préparatoire des préceptrices en spécifiant sa durée en nombre d'heures ou de jours et en discutant de son contenu éducatif.

Durée. Dans son étude auprès de 226 doyens et directeurs de premier cycle au baccalauréat en sciences infirmières, Altman (2006) constate que la durée moyenne de 2.5 heures pour la formation préparatoire des préceptrices est insuffisante. McCarthy &

Murphy (2010) concluent de même en révélant que les 470 préceptrices de leur recherche se déclarent inadéquatement préparées pour assumer leur rôle, bien que 53% d'entre elles aient assisté au programme de deux jours de formation, 39% à celui de quatre heures et 6% à celui de quatre heures de perfectionnement. Des chercheuses albertaines publient que 69% des 105 participantes se sentaient non préparées à leur rôle, suite à une formation d'une journée (Paton, et al., 2006).

Par contre, les résultats de l'évaluation du programme national de formation des préceptrices d'Heffernan et al. (2009) diffèrent. Les chercheurs démontrent que plus de la moitié des 297 préceptrices de leur étude (62.7%) considéraient qu'une durée de 16 heures, (auxquelles sont ajoutées quatre heures de perfectionnement) était suffisante. Selon Henderson et al. (2006), qui ont mené une recherche qualitative, une formation de deux jours convenait également à leurs 36 participantes. En Australie, des auteures (Smedley, et al., 2010) se sont penchées sur l'impact d'un programme de formation de 15 semaines (170 heures) reconnu comme un cours de deuxième cycle. Elles constatent le succès de leur programme en relevant plusieurs bénéfices; en effet la majorité des préceptrices perçoivent un accroissement de leurs connaissances en enseignement (Smedley, et al., 2010). Il semble donc qu'une durée de formation préparatoire de deux jours soit un minimum acceptable, mais qu'en est-il du contenu?

Contenu. Le contenu des programmes récoltant la satisfaction des préceptrices porte principalement sur les rôles et responsabilités, les besoins d'apprentissage de la préceptorée, les principes d'éducation aux adultes, les stratégies d'enseignement,

l'évaluation et les formes de soutien disponibles dans l'organisation (Henderson, et al., 2006; Speers, et al., 2004). Le programme universitaire de Smedley & Penney (2009) se fonde sur le modèle d'apprentissage dans l'action de Schön (1973). Il ajoute au contenu déjà mentionné : la planification d'activités d'apprentissage, les environnements d'apprentissage favorables, les dynamiques de groupe et l'évaluation de la préceptrice par l'étudiante. Quant au programme décrit par Heffernan et al. (2009), il repose sur les sept objectifs nationaux d'apprentissage provenant du comité d'implantation pour la formation des sciences infirmières au baccalauréat en Irlande. Leur programme comprend aussi des thèmes portant sur la structure du programme de formation en sciences infirmières, la formation des infirmières à l'international, la réflexion comme méthode d'apprentissage, les réseaux de soutien clinique et le portfolio. Il ressort donc que le contenu des programmes de préceptorat devrait porter sur les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans le préceptorat, soit la préceptrice, la préceptorée, le milieu de travail et le milieu académique, les formes de soutien disponible pour chacun, ainsi que les stratégies d'enseignement et d'apprentissage.

La formation continue des préceptrices

Les programmes de Heffernan et al. (2009), Henderson et al. (2006) de même que Smedley et al. (2010) accordent de l'attention non seulement à la préparation des préceptrices, mais aussi à leur développement professionnel plus global, voire continu. On note que ces recherches exposent toutes trois une approche de formation interactive avec des discussions en groupe impliquant des préceptrices (Heffernan, et al., 2009; Henderson, et al., 2006; Smedley, et al., 2010). Cette approche est cohérente avec les propos de Benner

et ses collègues (2009) qui proposent de regrouper les niveaux d'expertise des infirmières (surtout à partir du stade de compétente), afin d'encourager les échanges et le partage d'expérience.

Les programmes ou modèles de préceptorat : recommandations

L'étude de Smedley et al. (2010) suggère que les programmes efficaces devraient se centrer sur les habiletés de communication, la compréhension de l'apprentissage, le processus d'évaluation, la pensée logique, l'utilisation de pratique réflexive et de la rétroaction. Des auteurs (Heffernan, et al., 2009; Henderson, et al., 2006; Smedley, et al., 2010) recommandent la promotion d'une culture de soutien et d'environnements favorables à l'apprentissage. Ils affirment que la préparation des préceptrices demeure un processus continu qui requiert un réseau de soutien, du suivi, des sessions de perfectionnement et d'évaluation et cela, de façon régulière (Heffernan, et al., 2009; Henderson, et al., 2006; Smedley, et al., 2010).

Ces observations sont également identifiées dans de nombreux autres articles théoriques suggérant des programmes de préceptorat de niveau avancé et stipulant que la formation continue est vitale pour le développement durable des préceptrices (Biggs & Schriener, 2010; Hyrkäs & Shoemaker, 2007; Neumann, et al., 2004; Speers, et al., 2004; Yonge, et al., 2008a). Par exemple, le programme de Biggs & Schriener (2010) incluant trois stratégies, dont une sur la formation continue, les deux autres étant le soutien et la reconnaissance, propose un site web offrant plusieurs outils de développement et d'apprentissage pour les préceptrices. Cette nouvelle forme de ressources en ligne semble

en émergence dans les écrits (DeCicco, 2008; Myrick, Caplan, Smitten, & Rusk, 2011; Neumann, et al., 2004; Paton, et al., 2009).

Toutefois, la plupart des auteurs (DeCicco, 2008; Henderson, et al., 2006; Luhanga, et al., 2010; Neumann, et al., 2004; Öhrling & Hallberg, 2001; Paton, et al., 2009; Speers, et al., 2004) misent plutôt sur le réseautage ou forums de préceptrices impliquant un partage d'expériences favorisant leur développement, que cela se fasse à l'aide des technologies ou non. En effet, la proposition de développer un regroupement entre pairs comme forme de soutien et d'apprentissage obtient un fort consensus, mais peu d'indications sont données quant à son application. Kaviani & Stillwell (2000) spécifient que ces sessions peuvent être formelles ou non, avec perfectionnement, mais se concrétiser régulièrement et ce, en milieu de travail. Beecroft, McClure Hernandez, & Reid (2008) proposent, pour leur part, un jumelage entre une préceptrice novice et experte afin d'encadrer la nouvelle préceptrice dans son développement. Plus d'attention est définitivement requise afin de s'assurer de développer des réseaux de soutien efficaces (Hyrkäs & Shoemaker, 2007).

Le concept de réflexion ressort de nombreux articles, souvent sous la forme de recommandations ou en étant simplement mentionné. Neumann et ses collègues (2004) précisent que leur forum de préceptrices vise à développer la pensée critique et la réflexion, ce qui engendre un bassin de préceptrices efficaces en communication, en analyse, en résolution de problèmes et en évaluation de la pratique. Selon quelques auteurs (Hallin & Danielson, 2008; Kaviani & Stillwell, 2000), le besoin de ressources additionnelles doit être envisagé, afin d'assurer aux préceptrices un temps de réflexion sur leur pratique et sur

celle de leurs étudiantes. Quant à Boyer (2008), elle considère le développement de la pratique réflexive et des habiletés de pensée critique comme des composantes de base du rôle de la préceptrice au vingt et unième siècle.

Puisque les écrits sur le développement professionnel des préceptrices abordent souvent la réflexion, il est possible de les regrouper sous trois thèmes. En effet, la réflexion se présente comme 1) faisant partie intégrante des programmes de préceptorat (Beecroft, et al., 2008; Boyer, 2008; Hallin & Danielson, 2008; Heffernan, et al., 2009; Morley, 2007; Smedley, et al., 2010; Smedley & Penney, 2009), 2) comme stratégie d'enseignement parmi d'autres (Henderson, et al., 2006) ou 3) comme inhérente au processus d'apprentissage entre la préceptrice et la préceptoree (Duffy, 2009; Forneris & Peden-McAlpine, 2006, 2007, 2009; Paton, 2010; Stockhausen, 2006). Ce dernier aspect étant plus élaboré dans la littérature, nous y reviendrons plus tard, après avoir traité la section de la recension des écrits sur la pratique réflexive.

Résumé de la recension des écrits sur le développement professionnel des préceptrices

Notre critique des articles sur le développement professionnel des préceptrices nous a permis de constater plusieurs éléments intéressants. En effet, le rôle de la préceptrice est complexe et nécessite une formation préparatoire adéquate en termes de durée et de contenu. Il semble qu'une formation convenable s'offre minimalement sur deux jours. De plus, cette formation devrait couvrir un contenu essentiel portant sur les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans le préceptorat, les principes d'éducation aux adultes, les besoins d'apprentissage de la préceptoree, les stratégies d'enseignement et

d'apprentissage, dont la réflexion et les environnements favorables, l'évaluation, les formes de soutien disponibles dans l'organisation, la structure des programmes de formation en sciences infirmières (qui concerne les étudiantes), puis la formation des infirmières à l'international.

Les programmes de préceptorat semblent assurer un meilleur encadrement auprès des préceptrices, puisqu'ils misent aussi sur leurs besoins de formation continue, au-delà de la formation préparatoire. Quelques indications sur la pertinence de regrouper les préceptrices entre elles pour leur assurer un soutien, ainsi qu'une considération particulière accordée à la réflexion comme source de développement et d'apprentissage semblent des avenues prometteuses. Cependant, les articles recensés offrent peu d'explications et de conseils sur l'intégration de la réflexion et le regroupement des préceptrices en milieu clinique. Il s'avère ainsi justifié d'explorer la littérature scientifique sur la pratique réflexive, afin d'évaluer sa mise en œuvre chez des préceptrices.

La pratique réflexive

Le concept de réflexion et plus particulièrement celui de pratique réflexive génère de nombreux articles sur ses avantages et bénéfices reconnus pour la profession infirmière, que cela soit en milieux académiques ou cliniques. Nous présenterons d'abord deux recherches, dont une recension des écrits et une méta-analyse qui brossent un tableau préliminaire de l'application de la pratique réflexive. Ces deux recherches discutent, entre

autres, du processus même de réflexion, de son lien étroit avec l'apprentissage, puis de la critique généralisée entourant le manque d'évidences empiriques. Cette introduction nous amène ensuite à souligner les impacts positifs perçus de la pratique réflexive en sciences infirmières. À partir des écrits analysés, nous constatons une propension à l'application de la pratique réflexive en groupe. Nous critiquerons quelques études à ce sujet en faisant ressortir les aspects bénéfiques, mais également les obstacles reconnus. Nous mettrons finalement l'accent sur le rôle de la facilitatrice avant de discuter concrètement de l'application de la réflexion en groupe et des recommandations qui en découlent.

Cette section sur la pratique réflexive comprend l'analyse de 17 articles, dont 10 empiriques et 7 théoriques. La majorité des recherches empiriques ont adopté une méthode qualitative, dont deux sont phénoménologiques; une seule étude à un devis mixte. En plus de deux recensions des écrits (Mann, Gordon, & MacLeod, 2009; Ruth-Sahd, 2003), une méta-étude (Gustafsson, et al., 2007) s'ajoute aux écrits sélectionnés. Le souci d'explorer, de décrire et de comprendre le phénomène de la pratique réflexive apparaît encore évident, malgré plus de deux décennies de recherche sur le sujet en sciences infirmières. Les écrits proviennent principalement de quatre pays; le Royaume-Uni récolte le plus grand nombre de publications, suivi des États-Unis, de l'Irlande et de la Suède.

La revue systématique des écrits de Mann, Gordon & MacLeod (2009) offre une analyse des recherches, allant de 1995 à 2005, portant sur la réflexion et la pratique réflexive en éducation des professions de la santé. Cette recension présente les résultats de 29 recherches, majoritairement en médecine (14) et en sciences infirmières (11), visant à

comprendre les variables influençant le processus de réflexion. Les auteurs font d'abord ressortir que, bien que la réflexion puisse prendre forme pendant ou après l'action dans la pratique professionnelle, l'anticipation de situations problématiques pourrait également stimuler le processus. Ce processus de réflexion fluctue toutefois entre les individus et selon le contexte où ils évoluent (Mann, et al., 2009). Mann et ses collègues (2009) spécifient que l'habileté de réflexion pourrait se développer avec le temps, l'expérience et certains stimuli, comme la réflexion en petits groupes.

L'environnement d'apprentissage apparaît également, selon cette même recension, comme pouvant encourager ou inhiber la pensée réflexive et la réflexion. À la suite de leur analyse de 12 études, Mann et al. (2009) constatent que les éléments qui influencent le plus le développement de la réflexion sont : un environnement offrant du soutien intellectuel et émotionnel, un contexte authentique, la liberté d'expression, la reconnaissance de différents styles d'apprentissage, la présence d'un guide, mentor ou facilitateur et les groupes de discussion. D'autres facteurs mentionnés font référence à la perception de la pertinence de la réflexion par ceux qui la pratique, à une expérience de réflexion positive déjà vécue et à un climat organisationnel respectueux offrant du temps pour la réflexion (Mann, et al., 2009).

Par ailleurs, Mann et ses collègues (2009) se sont questionnés sur la possibilité d'identifier, à partir des études recensées, des caractéristiques liées à l'enseignement et l'apprentissage qui promeuvent la pratique réflexive. Ils mettent en lumière quelques implications pour la formation que la recension des écrits de Ruth-Sahd (2003) avait

également identifiées auparavant. Plus particulièrement, dans le milieu clinique, la réflexion aiderait à intégrer la composante affective des apprentissages, ce que Schön (1983) attestait en affirmant que la réflexion est un processus cognitif impliquant les émotions et les sentiments. Toutefois, ce processus demeurant tacite, il s'avère important pour les enseignantes ou éducatrices de pouvoir agir en modèles de rôles et donc d'explicitier leur propre réflexion en suscitant la participation de ceux et celles qu'elles initient à la réflexion (Mann, et al., 2009; Ruth-Sahd, 2003). Ce faisant, l'étudiante ou la professionnelle se préparerait au travail interdisciplinaire. Néanmoins, la littérature scientifique insiste sur le bien fondé de guider et de superviser la réflexion, surtout dans la phase d'initiation, afin d'instaurer une structure au processus (Mann, et al., 2009).

Les écrits s'appuient sur les modèles de réflexion de Schön, Boud, Mezirow, Dewey, Hatton & Smith, puis Moon. Mann et ses collaborateurs (2009) remarquent que celui de Schön est fréquemment utilisé dans la littérature et ce, même dans des études où son nom n'est pas spécifié. Ce qui suggère que les écrits accordent une validité au modèle conceptuel de Schön. Quelques auteurs (Gustafsson, et al., 2007) précisent que l'impact de sa dominance dans les écrits engendre un courant constructiviste propice à la pratique réflexive en sciences infirmières.

De plus, l'analyse de Mann et ses collègues (2009) révèle que toutes les études recensées abordent les effets de la pratique réflexive d'une façon auto-rapportée, c'est-à-dire à partir des perceptions des praticiens sur les changements dans leur pratique. Cependant, plusieurs des résultats renseignent et démystifient la pratique réflexive, et les perceptions sont

consistantes d'une étude à l'autre, quelle que soit la méthode de recherche utilisée, le ou les groupes à l'étude et la profession concernée (Mann, et al., 2009). Ce dernier élément est très important, car il témoigne d'une certaine validité scientifique et permet de considérer les répercussions identifiées de la pratique réflexive. Entre autres, la réflexion est reconnue pour remplir maintes fonctions, telles qu'aider à comprendre les situations complexes et susciter l'apprentissage à partir de l'expérience. Il semble que les infirmières et les médecins utilisent la réflexion dans le même but, soit pour éclairer leur pratique (Mann, et al., 2009).

Finalement, Mann et ses collègues (2009) conviennent de l'état préliminaire de la recherche face à l'efficacité de stratégies pour le développement de la pratique réflexive. La majorité des études recensées était de nature observationnelle, incluait rarement un groupe de comparaison et aucune ne présentait un contrôle randomisé. Toutefois, les recherches qualitatives fournissaient des conceptualisations théoriques fondées sur des méthodes appropriées à leurs questions de recherches et conduisaient à des hypothèses raisonnables et des résultats de qualité. Selon eux, compte tenu de cette situation, les recherches qualitatives et exploratoires s'avèrent justifiées afin de développer une compréhension commune du concept, des définitions et de la terminologie sur la réflexion. La recension des écrits et l'analyse riche et rigoureuse qu'en font les auteurs nous fut très aidante pour comprendre le processus de réflexion et ses variables.

Ce souci de clarification du concept était justement présent chez Gustafsson et ses collaboratrices (2007). Les auteures aspiraient à analyser l'état actuel de la recherche

qualitative sur la pratique réflexive afin d'en synthétiser les connaissances et la compréhension qu'en ont les infirmières. Gustafsson et al. (2007) ont interprété 64 recherches, notamment 36 empiriques, 27 théoriques et une thèse de doctorat, provenant majoritairement du Royaume-Uni. Leur examen des écrits, des années 1980 à 2004, les a d'abord amenées à préciser la terminologie en usage. Une multitude de termes liés à la réflexion sont utilisés et peuvent porter à confusion. Ainsi, les concepts de réflexion, réflexivité, technique réflexive, réflexion sur l'action, réflexion guidée ou structurée, réflexion dans la pratique, processus réflexif, pratique réflexive, réflexion critique et pensée critique, raisonnement critique réflexif s'interprètent comme des synonymes dans la littérature scientifique (Gustafsson, et al., 2007).

Gustafsson et al. (2007) présentent donc les résultats de leur méta-analyse des données recueillies dans les études recensées. Les auteures y retrouvent trois patterns qu'elles organisent en trois catégories, dont les deux premières se centrent sur le processus de réflexion lui-même (agent et outils) et la dernière consiste en une critique. D'abord, dans les écrits, la pratique réflexive est parfois considérée comme un « agent » auquel le processus cognitif interne et individuel de la réflexion lui est attribué, en mettant l'accent sur les valeurs, attitudes, croyances et la conscience de soi de l'infirmière. À cet égard, Gustafsson et ses collègues (2007) résumant en affirmant que la pratique réflexive est une activité métacognitive pouvant prendre place avant, pendant et après une expérience ou le simple déclenchement d'émotions dans la pratique. Quelques études (Gustafsson & Fagerberg, 2004; Johns, 2007) suggèrent que, généralement, les infirmières choisissent les situations de soins problématiques en accordant peu d'attention aux situations positives. En

effet, la plupart des praticiens ont malheureusement une propension naturelle à ne prêter attention qu'aux situations problématiques de leur pratique, laissant ainsi inexplorée la richesse du quotidien sous tous ses aspects (Johns, 2007).

La deuxième catégorie se dégageant de la littérature scientifique identifiée par Gustafsson et al. (2007) reconnaît la pratique réflexive comme un « outil » qui, bien que le processus de départ de la réflexion soit interne, peut prendre place avec les autres et s'extérioriser en groupe par exemple. Il est aussi convenu que les habilités individuelles pour mener une réflexion sur sa pratique est garante du succès de la pratique réflexive (Gustafsson, et al., 2007; Mann, et al., 2009). Enfin, la troisième catégorie qui émerge des écrits expose une « critique » de la pratique réflexive, et ce, principalement en raison du manque d'évidences empiriques sur ses impacts, entre autres, envers les patients. Cette constatation sur le manque d'évidences empiriques se note dans la plupart des écrits sur la pratique réflexive, dont certains sont plus récents (Duffy, 2009; Mann, et al., 2009).

Par ailleurs, la méta-analyse de Gustafsson et ses collègues (2007) indique que la pratique réflexive en sciences infirmières demeure un processus dynamique centré sur l'apprentissage des infirmières. Cette dernière remarque est congruente avec les propos de plusieurs auteurs dont les articles (Gustafsson & Fagerberg, 2004; Paget, 2001; Peden-McAlpine, Tomlinson, Forneris, Genck, & Meiers, 2005) ont été sélectionnés dans cette présente recension. Les bénéfices et les impacts de la pratique réflexive sont discutés, selon la perspective des infirmières.

Perception des impacts et bénéfices de la pratique réflexive dans la pratique infirmière

Cette subdivision se concentre sur trois recherches empiriques. La première, ayant une fois de plus Gustafsson comme auteure principale (Gustafsson & Fagerberg, 2004), aborde l'implication de la réflexion pour les infirmières. Celle de Peden-McAlpine et ses collègues (2005) discute des bienfaits de la réflexion sur la perception des infirmières face aux soins à la famille. Celle de Paget (2001), la seule étude de cette recension critique présentant des résultats quantitatifs, se concentre sur la valeur de la pratique réflexive chez les infirmières, ainsi que sa transférabilité à plus long terme.

D'abord, Gustafsson & Fagerberg (2004) présentent une approche qualitative, la phénoménographie, fondée sur la recherche pédagogique. Leur étude visait à décrire et comprendre l'expérience de réflexion des infirmières, en relation avec les situations de soins de leur travail quotidien. À l'aide d'entrevues semi-structurées auprès d'un petit échantillon de quatre infirmières, il faut le souligner, les auteures dégagent trois catégories de résultats. Ceux portant sur « les conséquences d'une pratique réflexive » nous intéressent particulièrement. Les quatre infirmières suédoises reconnaissent que la réflexion leur permet de devenir plus matures professionnellement, que cela se fasse en parvenant à percevoir l'unicité de chaque patient, en faisant preuve d'empathie par une communication avec ses sentiments, ou en développant sa pratique clinique. Gustafsson & Fagerberg (2004) constatent que la réflexion aide les infirmières à faire preuve de courage, en dépassant leurs limites et en posant de nouvelles actions. Cet élément ressort comme étant vital au développement professionnel des infirmières rencontrées. La réflexion personnelle

encourage l'apprentissage des infirmières en s'appuyant sur leurs accomplissements, ce qui favorise leurs aptitudes à enseigner (Gustafsson & Fagerberg, 2004).

Une deuxième recherche phénoménologique, mais cette fois américaine, a voulu investiguer l'efficacité d'une intervention de pratique réflexive quant à une plus grande sensibilité face aux familles, chez huit infirmières travaillant en soins intensifs pédiatriques. Peden-McAlpine et ses collaboratrices (2005) ont fondé leur intervention sur les « théories de l'action » de Schön et Argyris (1974). Leur intervention comprenait trois stratégies éducatives, soit une première où les infirmières avaient à lire un récit et son interprétation d'une situation illustrant le sens et les bénéfices d'une intervention infirmière adaptée aux besoins uniques d'une famille. La deuxième stratégie impliquait que l'infirmière clinicienne spécialisée de l'unité modèle une intervention auprès d'une famille, pendant qu'une infirmière l'observait. Puis, la dernière, englobant les deux précédentes, consistait en une discussion réflexive interactive, entre l'infirmière et la clinicienne spécialisée, sur le récit, ainsi que sur le dialogue réel entretenu avec la famille.

Suivant l'intervention de pratique réflexive, les infirmières furent étonnées d'identifier leurs idées préconçues, mais aussi de découvrir de nouvelles informations cruciales concernant les familles, ce qui les incitait à la réflexion. C'est ce que Schön (1983) soutient en indiquant que la réflexion est souvent déclenchée par la surprise ou l'inconfort. Tout comme dans la recherche précédente de Gustafsson & Fagerberg (2004), il en résulta une attention au contexte et à l'unicité du patient et sa famille pour éventuellement modifier ses attitudes et approches. Les répercussions de l'étude dévoilent un apprentissage en double

boucle (Schön, 1983), une pensée critique améliorée par le développement d'un pont entre le contenu théorique abstrait sur les soins à la famille et son application concrète dans les situations familiales uniques. Selon les auteures, cette recherche expose des stratégies d'opérationnalisation de la pratique réflexive. L'intervention de pratique réflexive exposée dans cette étude offre une approche innovatrice pour la formation continue ou les milieux académiques, en présentant la faisabilité d'un transfert de la théorie à la pratique. Ces stratégies prometteuses favorisant l'apprentissage en double boucle pourraient être adaptées à d'autres milieux et auprès d'infirmières novices à expertes (Peden-McAlpine, et al., 2005). Cependant, puisque l'impact individuel de chacune des stratégies n'est pas mesuré, nous pouvons questionner leur efficacité respective et la nécessité de leur combinaison.

La troisième étude investigate, pour sa part, l'impact d'un processus éducationnel réflexif dans la pratique infirmière. La recherche selon un devis mixte de Paget (2001) procède à cette évaluation de façon rétrospective. Ce chercheur du Royaume-Uni s'est intéressé au fait de savoir si les infirmières ayant reçu une formation formelle et mesurable sur la pratique réflexive, pendant ou après leurs études, percevaient des changements attribuables à cette formation dans leur pratique ultérieure. Puisque quatre formations spécifiques furent ciblées, un échantillon stratifié de 200 infirmières a pu être créé. La collecte de données a ensuite été effectuée auprès de groupes de discussion, par un questionnaire postal et des entrevues téléphoniques individuelles (Paget, 2001). Bien que cette recherche ne soit pas récente, il nous semblait primordial d'illustrer ses résultats appuyés par des données quantitatives puisqu'elles sont plus rares.

Dans un premier temps, les résultats de l'étude de Paget (2001) révèlent une forte impression générale de l'utilité et de la valeur de la pratique réflexive, avec 83% des participantes qui la considèrent utile ou très utile. Il est intéressant de constater qu'à l'instar d'autres auteurs (Bailey & Graham, 2007; Daley, 2001; Duffy, 2008; Johns, 1995; Johns & Freshwater, 2005; McGrath & Higgins, 2006; Platzer, et al., 2000a, 2000b; Williams & Walker, 2003), l'approche en groupe pour l'apprentissage de la pratique réflexive demeure la plus valorisée chez 79% des participantes. À cet égard, le rôle de facilitatrice à la pratique réflexive apparaît comme étant d'une importance majeure pour la majorité (81%). D'ailleurs, les quatre candidates ayant classé leur facilitatrice comme non efficace, soit le plus bas niveau d'évaluation, ont également classé la pratique réflexive comme ayant peu ou pas de valeur (Paget, 2001). Nous reviendrons plus en profondeur sur ces données dans la section traitant de l'application de pratique réflexive en groupe.

En ce qui a trait aux changements dans la pratique, seulement quatre infirmières, dans l'étude de Paget (2001), ne purent en identifier, alors qu'en contrepartie 78% reconnaissaient qu'un changement spécifique avait pris place et ce, de façon intégrée. Voilà qui témoigne de modifications non seulement sur un aspect de la pratique infirmière mais, à plus grande échelle, à long terme et possiblement de façon permanente chez ces personnes. Les données qualitatives recueillies par Paget (2001) semblent corroborer les données quantitatives. En effet, presque tous les énoncés des participantes mettent en relief les bénéfices positifs liés à l'application de la pratique réflexive en présentant des exemples concrets ou d'une nature plus interne comme des changements d'attitudes, de façons d'interagir avec les autres et même de perceptions envers leurs patients. Ces données sont

cohérentes avec les études qualitatives plus récentes précédemment discutées (Gustafsson, et al., 2007; Peden-McAlpine, et al., 2005). D'autres transformations importantes notées par les participantes concernent l'application de données probantes dans différents aspects précis de leur pratique que d'autres auteurs (Forneris & Peden-McAlpine, 2009) qualifient de pont entre la théorie et la pratique. L'effet cathartique ressenti grâce à l'application de la pratique réflexive est aussi soulevé (O'Connor, 2008; Paget, 2001).

De plus, ces bienfaits semblent se transférer au-delà du contexte formel de formation indiquant, qu'une fois acquises, les habiletés de réflexion demeurent un médium pour l'introspection continue dans la pratique. Ceci s'illustre par le fait que 75% des participantes précisent avoir utilisé la pratique réflexive avec d'autres sujets et contextes que ceux abordés en milieu académique. Par ailleurs, l'étude de Paget (2001) ne rapporte pas de corrélation entre les années d'expérience, le niveau académique ou la spécialité des infirmières et la perception de l'utilité de la pratique réflexive. Ceci suggère que la pratique réflexive peut être bénéfique à tous les niveaux d'expertise, de novice à experte. Aux yeux de l'auteur, les environnements de soins actuels guidés par la recherche de qualité à coûts modiques devraient être sensibles au potentiel d'efficacité qu'offre la pratique réflexive. Celle-ci peut clairement engendrer des changements positifs dans la pratique infirmière et son développement professionnel ou académique. Néanmoins, il faudrait davantage de recherches pour soutenir ces propos (Paget, 2001).

Enfin, Paget (2001) met en évidence le fait que le rôle de facilitatrice pour la pratique réflexive s'avère crucial et exige des habiletés interpersonnelles reconnues, et ce, pour faire

en sorte que son application soit efficace, mais aussi pour pouvoir gérer les émotions naissantes. La réflexion ne devrait pas être une activité solitaire (Duffy, 2008). Cette remarque se dégage de plusieurs études valorisant l'application de la pratique réflexive en groupe en indiquant que la réflexion partagée s'avère plus riche et favorable à un apprentissage significatif (Bailey & Graham, 2007; Duffy, 2008; Johns, 1995; McGrath & Higgins, 2006; Platzer, et al., 2000a, 2000b; Williams & Walker, 2003). En effet, bénéficier d'un regard critique extérieur pour explorer différentes perspectives ainsi que des actions alternatives semble soutenir et guider le processus de réflexion (Duffy, 2008).

La pratique réflexive en groupe

Au premier abord, Carter & Walker (2008) énoncent que la pratique réflexive en groupe présente un potentiel remarquable auprès des infirmières afin de les aider à développer leur expertise et connaissances, que cela soit en milieu clinique ou académique. Les formes de groupes de réflexion varient d'un style plutôt informel vers un style plus structuré, tels que les groupes d'apprentissage centrés sur l'action (*action learning sets*). Bien que les groupes de réflexion exigent des rencontres face-à-face, les rencontres virtuelles à l'aide des nouvelles technologies sont prometteuses. Quel que soit le format choisi, l'approche de réflexion en groupe n'offre pas de garantie de succès face à l'atteinte de son objectif primaire : le développement de compétences à la réflexion (Carter & Walker, 2008).

Cette section aborde donc les bénéfices, mais aussi les facteurs favorisant l'application de la pratique réflexive en groupe ainsi que ceux susceptibles de la contrecarrer. Il est à

signaler que malgré le fait que de nombreux auteurs recommandent la réflexion en groupe (Bailey & Graham, 2007; Daley, 2001; Duffy, 2008; Johns, 1995; Johns & Freshwater, 2005; McGrath & Higgins, 2006; Platzer, et al., 2000a, 2000b; Williams & Walker, 2003), les études empiriques à ce sujet paraissent plutôt rarissimes. À vrai dire, une seule étude qualitative, nommément celle de Platzer et al., (2000a, 2000b), dont les résultats sont exposés en deux articles, soulève que la pratique réflexive en groupe est un processus positif; les auteurs rapportent aussi les entraves à sa mise en application. Bien que ces articles empiriques datent de plus de dix années, quatre écrits théoriques et un chapitre de livre plus récents, tous riches en recommandations complètent notre recension dans cette section. Il est à noter que toutes les publications sélectionnées proviennent du Royaume-Uni et de l'Irlande.

La recherche de Platzer et ses collaborateurs (2000a, 2000b), en Angleterre, s'étendant sur deux années, cherchait à évaluer l'efficacité de groupes d'apprentissage pour soutenir le développement de la pratique réflexive. Ces groupes, composés de six à dix participantes, furent formés auprès de 30 infirmières diplômées poursuivant la deuxième année d'un programme de formation au baccalauréat à temps partiel. Les chercheurs précisent qu'une ou deux facilitatrices accompagnaient les groupes lors de chacune de leurs rencontres bimensuelles, totalisant approximativement 15 sessions au cours de l'année académique. Platzer et al. (2000a, 2000b) ont préconisé un modèle de facilitatrice, avec une approche non-directive, sans structure et centrée sur les infirmières. À priori, l'objectif ultime des rencontres en groupe, soit d'explorer et de réfléchir sur sa pratique dans le but d'apprendre de ses expériences auprès de ses collègues, fut mis au premier plan. Subséquemment, les

principes de participation volontaire, de gestion de l'agenda par le groupe et la non-évaluation du contenu des sessions de pratique réflexive furent également explicités.

Suivant cette évaluation qualitative, Platzer et ses collaborateurs (2000a, 2000b) illustrent les processus facilitant l'apprentissage, ainsi que les changements d'attitude et de comportements engendrés par la réflexion en groupe. Les auteurs concluent que différents mécanismes affectifs prennent place dans le groupe et convergent en une forme de soutien entre les participantes. Les auteurs soulignent que ce soutien fut possible, grâce aux règles de fonctionnement du groupe préalablement adoptées. Les participantes avaient l'assurance d'être écoutées sans être jugées, tout en ayant confiance que les propos abordés demeureraient confidentiels. Ce dernier constat est aussi obtenu, plus récemment, par d'autres auteurs (Bailey & Graham, 2007; Carter & Walker, 2008). Bien que cela ne soit pas toujours facile, le caractère constructif des rétroactions à l'intérieur du groupe incite au dépassement de soi (Bailey & Graham, 2007; Platzer, et al., 2000b). Un autre processus identifié par Platzer, et al. (2000a, 2000b) concerne la richesse des perspectives partagées, cela engendrant un apprentissage chez les infirmières. En effet, plusieurs auteurs s'accordent pour affirmer que la réflexion et le développement de la pensée critique apparaissent stimulés par la variété des expériences et points de vues échangés, grâce à la pratique réflexive en groupe (Carter & Walker, 2008; Platzer, et al., 2000b). De plus, tel que Schön (1983) le stipule, la prise de conscience de ses propres pensées et actions permet éventuellement d'effectuer des changements dans sa pratique.

Sachant que les infirmières de l'étude de Platzer et al. (2000a, 2000b) suivaient un programme de formation au baccalauréat au moment de l'étude, il est impossible d'attribuer tous les bienfaits de leur développement aux groupes de pratique réflexive. Néanmoins, ces infirmières reconnaissent des changements attribuables à leur expérience en groupe, telle l'augmentation de leurs capacités à comprendre les perceptions des autres, tout en étant plus enclines à affronter le statu quo et ce, de façon moins agressive qu'elles auraient eu tendance à le faire. D'autres chercheurs (Carter & Walker, 2008; Clouder & Sellars, 2004) font les mêmes observations quant à la lutte au statu quo. De plus, puisque les exercices de questionnement et de confrontation envers les membres du groupe s'appliquent également envers soi-même, cela encourage à endosser ses propres besoins de connaissances (Platzer, et al., 2000b). Les infirmières participant à la recherche de Platzer et al. (2000a, 2000b) disent se sentir plus tolérantes à l'égard des autres, mais aussi envers l'incertitude. Il semble que leur empathie et leur professionnalisme se soient développés envers leurs collègues, peu importe le niveau hiérarchique de ceux-ci (Platzer, et al., 2000b). Les sessions réflexives en groupe peuvent aussi favoriser la résolution de problèmes, le développement de la pensée critique et la conscience de soi (*self-awareness*) (McGrath & Higgins, 2006).

Toutefois, quelques difficultés non négligeables sont identifiées par Platzer et ses collègues (2000a) qui soulignent la confusion ressentie par certaines de leurs participantes quant au style d'apprentissage en groupe. Effectivement, la plupart des infirmières de cette étude affirment que leur formation antérieure ne les a pas préparées à cette forme d'apprentissage par la réflexion, étant plutôt familières avec le modèle d'enseignement

traditionnel, où la connaissance est constituée d'une accumulation de faits. Schön (1983) et Benner (2009) critiquent du reste ce modèle de rationalité technique en formation. Par ailleurs, Platzer et al. (2000a) remarquent que quelques infirmières ne se sentaient pas en confiance ou ont eu besoin de plus de temps pour partager certains aspects de leur pratique. Ce sentiment de confiance touche principalement au concept de confidentialité, d'où l'importance d'en discuter en priorité dans l'adoption des règles de fonctionnement du groupe. La confidentialité apparaît effectivement comme un élément primordial à la réflexion en groupe, comme le rapportent plusieurs auteurs (Bailey & Graham, 2007; Carter & Walker, 2008; Duffy, 2008; Johns, 1995; McGrath & Higgins, 2006; Platzer, et al., 2000a, 2000b; Williams & Walker, 2003) .

D'autres formes de résistance à la réflexion en groupe concernent, d'une part, l'impression de pouvoir être jugé ou psycho-analysé quant à son professionnalisme ou sa compétence, par les autres et par soi-même (Platzer, et al., 2000a), ce qui serait susceptible de causer un inconfort momentané ou de vivre de l'anxiété par anticipation (Carter & Walker, 2008). D'autre part, il semble qu'un nombre de participants trop élevé, soit supérieur à dix personnes, puisse affecter négativement le fonctionnement du groupe (McGrath & Higgins, 2006). De plus, la présence de certaines personnalités dominantes exprimant continuellement leurs opinions, de façon verbale ou non, peut amener certains individus à rester silencieux. Par contre, les personnes plutôt réservées peuvent parfois s'autocensurer, croyant que leurs commentaires ne méritent pas l'attention du groupe (Platzer, et al., 2000a). Carter & Walker (2008) synthétisent en précisant que toutes formes d'abus ou d'utilisation inappropriée de pouvoir, de manière passive ou active, est

préjudiciable à la dynamique de groupe. Toutefois, une facilitatrice compétente devrait être en mesure de gérer ces situations. Celle-ci pourrait, par exemple, identifier avec les membres du groupe de réflexion les résistances possibles à leur développement et les partager avec ces derniers, dans le but de les responsabiliser (Platzer, et al., 2000a, 2000b).

À l'évidence, la gestion des dynamiques de groupe pose un défi certain à la facilitatrice (McGrath & Higgins, 2006) et nécessiterait une attention qu'il serait impossible d'accorder dans ce présent travail en raison du répertoire exhaustif que comporte ce sujet. Nous tiendrons compte de cette observation dans notre proposition théorique. Par ailleurs, le rôle de la facilitatrice, fondamental pour de nombreux auteurs, (Duffy, 2008; McGrath & Higgins, 2006; Williams & Walker, 2003) sera traité.

Le rôle de la facilitatrice

Le rôle de la facilitatrice consiste principalement à faciliter le processus de réflexion des participantes, en posant des questions pour générer une discussion et provoquer de nouvelles façons de penser, en guidant vers la découverte de sens nouveaux, en donnant des rétroactions constructives et en représentant un modèle de rôle (McGrath & Higgins, 2006). Carter & Walker (2008) ajoutent distinctement que la facilitatrice doit encourager l'engagement des participantes et les préparer à développer un environnement de soutien dans le groupe. Cependant, plusieurs auteurs (Bailey & Graham, 2007; Duffy, 2008; Titchen, 2003) remarquent que peu d'informations existent quant au rôle de facilitatrice et son application, surtout dans les milieux cliniques. Seuls quelques auteurs (Carter &

Walker, 2008; Duffy, 2008) mentionnent les besoins d'appui, de formation et de développement chez la facilitatrice.

Bien qu'elle se centre sur la réflexion guidée entre deux personnes, une facilitatrice et une infirmière « réfléchitrice » (*reflector*), Duffy (2008) souligne, en citant Titchen (2003), que le processus se transpose tout autant aux groupes, surtout dans les contextes de facilitation d'apprentissage en milieu de soins. Dans son article théorique, Duffy (2008) suggère quatre étapes pour guider les facilitatrices novices à la réflexion guidée; 1) « trouver le bon guide », qui respecte les principes éthiques essentiels guidant la pratique de la facilitatrice et qui présente les caractéristiques personnelles et habiletés de supervision recherchées chez la facilitatrice (inspirée de Rogers (1961), Duffy (2008) cite: l'ouverture, la flexibilité, l'engagement, la congruence, la curiosité et la facilité d'approche) ; 2) la nécessité de « choisir un modèle de réflexion » afin d'inscrire l'expérience dans une structure qui assure une profondeur et une rigueur à l'exercice, sans pour autant s'appliquer de façon rigide, ce que d'autres auteurs soutiennent également (Bailey & Graham, 2007; Johns & Freshwater, 2005); 3) « être prêt à gérer ce qui sera dévoilé », soit les émotions et toute autre conséquence découlant du processus de réflexion (à ce sujet, McGrath & Higgins (2006) spécifient que la littérature scientifique n'indique pas comment gérer les problématiques que la pratique réflexive soulève, surtout en ce qui a trait au manquements éthiques ou à la pratique non sécuritaire des infirmières); 4) « porter une réflexion sur la réflexion » qui met en évidence l'importance de faire un retour sur la séance ayant eu lieu, par exemple, grâce à la prise de notes durant la rencontre qui seront analysées

ultérieurement, ce qui soutient la réflexion de la facilitatrice, en lui permettant de s'autoévaluer pour s'améliorer.

Recommandations sur l'application de pratique réflexive en groupe

Plusieurs recommandations se dégagent des écrits théoriques analysés en ce qui concerne l'application concrète de sessions de réflexion. L'article de Bailey & Graham (2007) traite de l'implantation d'une pratique réflexive en groupe, dans une unité de soins palliatifs. Ces auteures exposent les différentes phases logistiques qu'elles ont traversées pour y arriver, soit la préparation, le processus même et l'évaluation; nous les décrivons.

Dans la première phase, il importe de solliciter le soutien de la directrice des soins infirmiers, afin que les infirmières qui souhaitent s'engager dans un groupe de réflexion puissent être libérées de leurs tâches en milieu clinique durant les sessions; cette phase aborde également la promotion du projet et le recrutement des participantes. Dans le processus, les auteures décrivent la mise en pratique, en discutant de la durée et fréquence des rencontres (2.5 heures aux six semaines), du style d'environnement physique propice à la pratique réflexive en groupe, du positionnement en demi-cercle des participantes, des activités pour « briser la glace », des règles de fonctionnement du groupe (Carter & Walker, 2008; Duffy, 2008; McGrath & Higgins, 2006; Platzer, et al., 2000b), de la sélection des dates et heures de rencontres, des objectifs (du groupe et des participantes), de l'importance de l'engagement des participantes, du choix d'un modèle ou d'une structure facilitant l'application de la pratique réflexive, de la dimension de l'écriture (par exemple à l'aide d'un journal de bord), du choix de deux présentations de cas par séance, puis, de

l'importance de la synthèse de la séance. Enfin, dans la phase d'évaluation, les auteurs exposent leur stratégie qui est celle d'utiliser un questionnaire anonyme, à réponses ouvertes, initialement développé par Clark et Graham en 1996. Bien que cet article n'expose pas certains détails pertinents, tels que les heures propices aux rencontres, selon les différents quarts de travail des infirmières, il offre une bonne vue d'ensemble, ainsi que des balises encadrant l'application de la pratique réflexive en groupe dans un milieu clinique.

De leur côté, Williams & Walker (2003) se centrent sur la démarche de réflexion en groupe et sur sa structure. Les auteurs visaient à décrire comment les perceptions et l'imagination d'infirmières participant à un groupe de pratique réflexive sont utilisées dans le but de générer une compréhension approfondie de leur pratique et ainsi les préparer à effectuer des changements appropriés. Ces deux chercheuses tirent un exemple de leurs expériences dans un groupe de réflexion, où l'on comprend qu'elles agissent en tant que facilitatrices, auprès d'infirmières exerçant dans des milieux cliniques variés. Williams & Walker (2003) décrivent cette situation clinique vécue qui, au fil de la pratique réflexive, est déconstruite, analysée, redéfinie et transformée en changement éventuel, dans la pratique des infirmières.

Bien que cela ne soit pas explicité par Williams & Walker (2003), huit étapes, similaires à l'analyse de cas à deux colonnes proposée par Argyris & Schön (1974), se profilent dans leur texte soit; 1) la présentation au groupe d'une situation par une infirmière participante, 2) la clarification de la situation qui consiste en une période de questionnement, de

validation, de mise en évidence des différentes perspectives ou réalités, par les membres du groupe et la facilitatrice. À cet effet, les auteures recommandent l'utilisation d'un tableau de conférence (*flip chart*) pour illustrer au groupe la variété des interprétations, les patterns comportementaux et les émotions ressenties par l'infirmière qui présente la situation, 3) le regroupement ou la catégorisation des différentes interprétations et éléments constitutifs de la situation, afin de faciliter l'exploration des thèmes et engendrer un apprentissage, 4) l'exploration, par la « réflectrice » (*reflector*), de nouveaux comportements ou actions alternatives, dans l'éventualité où une situation semblable se présenterait, 5) la projection des meilleures options identifiées qui suggère que la « réflectrice » imagine et teste de nouveaux scénarios et leurs conséquences. Cette transformation du cadre initial de la problématique fait référence à l'apprentissage en double-boucle (Argyris & Schön, 1974), 6) le choix d'une option comprend l'élimination des scénarios inefficaces pour se centrer sur ceux qui le semblent, 7) la planification au changement, pour sa part, se présente comme une plus-value pour le processus de réflexion. Elle exige de la préparation, avec la participation du groupe, pour développer un plan d'action, 8) puis enfin, l'initiation au changement qui consiste à l'application du plan d'action (Williams & Walker, 2003). L'exemple présenté au fil de ces étapes clairement définies facilite notre compréhension du processus.

En terminant cette section sur la pratique réflexive en groupe, il apparaît nécessaire de discuter des implications identifiées par différents auteurs. D'abord, l'environnement dans lequel les groupes de réflexion prennent place détermine en grande partie leur succès. En effet, les écrits abordent l'importance du confort ou bien-être ressenti par les participantes,

le climat de confiance et de soutien (Bailey & Graham, 2007; Duffy, 2008; Williams & Walker, 2003), ainsi que le temps alloué pour permettre la réflexion (Bailey & Graham, 2007; Duffy, 2008). Cependant, peu d'indications concernent les durées et fréquences nécessaires à l'efficacité des séances de réflexion. L'information est précisée, sans que l'on explicite comment s'est effectuée la prise de décision. De plus, une implication majeure découlant de l'étude de Platzer et ses collègues (2000a, 2000b) met en relief le besoin de rapprochement entre le milieu de l'éducation et le milieu clinique, puisqu'il semble que les participantes ayant déjà été en contact avec une forme d'apprentissage valorisant la réflexion soient plus réceptives à son application ultérieure. L'influence positive d'un tel mode d'apprentissage sur la culture des organisations pourrait contrecarrer plusieurs obstacles identifiées pour la réflexion en groupe (Platzer, et al., 2000a, 2000b).

Par ailleurs, les coûts engendrés pour l'implantation de la pratique réflexive en groupe ne sont pas indiqués dans les écrits, que cela soit en termes de ressources humaines, financières ou matérielles. Enfin, bien que les articles présentés soient explicites quant au processus d'application de la réflexion en groupe, ils demeurent théoriques. Plus d'évidences empiriques s'avèrent nécessaires pour valider leurs recommandations.

La pratique réflexive et le préceptorat

Bien qu'à partir du stade de « compétente », les infirmières sont prédisposées à la réflexivité (Benner, et al., 2009), très peu d'articles associent la pratique réflexive au rôle

de préceptrices qui sont également reconnues comme « compétentes » dans la littérature scientifique. En effet, sur cinq articles identifiés portant sur le développement professionnel des préceptrices, deux seulement font mention de la réflexion et du préceptorat comme sujets centraux de leur recherche. Bien que nous présentions les cinq recherches, nous approfondirons les plus pertinentes qui concernent la relation d'apprentissage entre la préceptrice et la préceptorée. La première étude met l'accent sur la réflexion perçue comme un outil d'enseignement et d'apprentissage, alors que la deuxième se concentre sur le lien entre la réflexion et le développement de la pensée critique. Enfin, la dernière étude insiste sur le caractère tacite de l'enseignement des préceptrices en milieu clinique en revendiquant l'importance de prendre conscience de ces processus tacites et ce, grâce à la pratique réflexive.

D'abord, Duffy (2009) souligne le manque de recherches empiriques sur l'application de la réflexion dans la pratique infirmière, en affirmant que les préceptrices sont dans une position idéale pour y remédier. En présentant une étude qualitative descriptive, l'auteure s'est intéressée à saisir la perspective et l'expérience de sept préceptrices sur l'utilisation de la réflexion comme outil d'apprentissage en milieu clinique. La formation préparatoire des préceptrices n'incluant pas de volet sur la pratique réflexive, les participantes de cette étude n'avaient donc peu ou pas d'expérience en matière d'aide et de soutien des préceptorées. Par contre, il faut spécifier, qu'au moment de la recherche, les participantes poursuivaient, de leur propre gré, un programme académique de perfectionnement en sciences infirmières comprenant un module sur la réflexion dans la pratique. Les préceptrices considéraient que

cette formation sur la réflexion les aidait à faire le pont entre la théorie et la pratique et qu'elle leur serait subséquentement utile auprès des préceptorées.

L'impact positif de ce module de formation est identifié comme une opportunité importante pour les préceptrices de développer et appliquer la pratique réflexive dans la relation de préceptorat. Plus concrètement, Duffy (2009) considère que, pour les préceptrices, guider les préceptorées dans la pratique réflexive favoriserait une meilleure compréhension de leur expérience de préceptorat, le développement d'une relation de confiance ainsi que leur responsabilisation en ce qui concerne le soutien de l'apprentissage et sa réalisation. Les résultats de cette étude révèlent également que la réflexion a permis l'identification et surtout la compréhension de difficultés passées et présentes dans la pratique des préceptrices, générant ainsi des attentes futures pour l'utilisation de la réflexion guidée. La pratique réflexive ressort comme une approche de résolution de problèmes à l'apprentissage, un outil positif d'enseignement instrumental au préceptorat. Entre autres, elle contribue à développer les habiletés cognitives de haut niveau chez les étudiantes. Les préceptrices considèrent toutefois qu'elles requièrent davantage de formation et de soutien pour son utilisation et sa promotion dans le processus du préceptorat (Duffy, 2009).

Duffy (2009) reconnaît le stade de développement préliminaire dans lequel se retrouvent les préceptrices quant à l'utilisation de la pratique réflexive auprès des étudiantes. L'auteure souligne le manque flagrant de recherches pour guider les préceptrices dans l'utilisation de la réflexion. Elle recommande que la formation des préceptrices inclue les

aspects professionnels, cliniques et théoriques du rôle, la gestion du temps et du stress, la gestion des étudiants en difficulté, puis, de la formation continue sur le développement des habiletés de réflexion et la pratique réflexive structurée. Duffy (2009) affirme que le préceptorat exige davantage que d'assister à une ou deux journées de formation; il s'agit plutôt d'un processus de formation expérientiel continu en milieu de travail, grâce à la collaboration et au soutien des réseaux en place. Cette dernière remarque est congruente avec les constats de l'analyse critique des écrits sur le préceptorat abordés plus tôt. Un plus grand nombre de recherches empiriques sont nécessaires pour évaluer les bénéfices de la réflexion dans le processus du préceptorat, ainsi que pour déterminer quelles sont les aptitudes idéales pour être et devenir un guide en pratique réflexive (Duffy, 2009).

Pour leur part, les articles de Forneris & Peden-McAlpine (2006, 2007, 2009) se centrent sur la réflexion et le développement de la pensée critique. Dans le cadre d'une recherche conduite en 2004 aux États-Unis, auprès d'un échantillon de 6 dyades de préceptrices-préceptorées, les auteures ont développé un modèle d'intervention contextualisée réflexif fondé sur les courants théoriques et philosophiques en éducation de la réflexion dans la pratique de Freire (1970), Schön & Argyris (1974), Schön (1983, 1987) Mezirow (1978, 1990, 2000), Brookfield (1993, 1995, 2000) et Tennyson & Breuer (1997). À partir de l'analyse des écrits des théoriciens, les auteures de la recherche ont fait ressortir quatre attributs à la pensée critique, soit la réflexion, le contexte, le dialogue et le temps. Le projet comprenait, à priori, l'implantation d'une formation pour les préceptrices afin qu'elles puissent subséquemment encadrer leurs préceptorées dans l'utilisation des quatre attributs permettant le développement de leur pensée critique. Bien qu'il soit théorique, l'article de

2006 explicite le modèle et ses fondements. Quant à l'étude de 2007, elle visait à évaluer l'efficacité du modèle sur la pensée critique des infirmières débutantes en analysant les données par période de 2 mois d'intervalle sur un total de 6 mois (3 périodes). L'analyse des résultats démontre l'efficacité d'instaurer la réflexion en milieu pratique auprès des nouvelles infirmières. L'étude de 2009 voulait pour sa part déterminer l'impact de cet encadrement auprès des préceptorées, durant leurs premiers six mois de pratique.

Puisque les résultats de Forneris & Peden-McAlpine en 2009 se concentrent sur la préceptrice et la relation d'apprentissage, la présentation de cette étude de cas qualitative instrumentale est privilégiée. Les données obtenues par les auteures indiquent qu'en se centrant sur les attributs du modèle, les six préceptrices ont complètement transformé leur perception de la pensée critique. Du premier au sixième mois, leur conception de la pensée critique a évolué d'une forme d'organisation et d'exécution de tâches vers une forme de pensée réflexive délibérée. Les préceptrices ont reconnu un changement dans leur style d'enseignement. Elles ont remarqué que leur dialogue avec leur préceptorée est devenu plus réflexif, en examinant et validant les perspectives, ce qui, conséquemment, a contribué au développement de la pensée critique des préceptorées. Les auteures suggèrent que la formation des préceptrices devrait inclure, entre autres, des exercices pour le développement d'un dialogue qui invite au questionnement réflexif et critique, puis la stimulation de la pensée par le partage de perspectives (Forneris & Peden-McAlpine, 2009).

Quant à l'étude australienne de Stockhausen (2006), de type ethnographique, elle se consacrait à comprendre comment 11 infirmières d'expérience enseignent les soins

infirmiers aux étudiantes pendant leur stage. Stockhausen (2006) constate que la réflexion fait partie intégrante de l'enseignement clinique des infirmières. Bien que l'auteur ne qualifie pas ces infirmières de « préceptrices », il semble qu'un rapprochement puisse être fait. Cette recherche présente une vision du soin inspirée par l'« art » (artistry), selon Benner (1983, 1984), Benner & Wrubel (1982), Carper (1978), Polanyi (1958) et Schön (1983), comme une forme de connaissances implicites et intuitives qu'une personne développe via ses expériences.

Le travail de Stockhausen (2006) offre donc une nouvelle dimension à la « réflexion dans l'action » (*reflection-in-action*) de Schön (1983) en la qualifiant de « métier d'art ». Stockhausen (2006) affirme que l'« art » se dévoile durant les sessions d'enseignement entre les infirmières expertes et les étudiantes. Bien qu'elles le fassent inconsciemment, les préceptrices modèlent la « réflexion-dans-l'action » en fondant leurs actions sur un vaste répertoire d'expériences. Selon Stockhausen (2006), ce phénomène machinal et intuitif requiert une attention particulière, afin de le rendre visible et ainsi plus efficace, tant auprès des infirmières que des étudiantes. Le défi revient aux éducateurs d'utiliser le potentiel de la pratique réflexive, afin de révéler l'art infirmier présent dans l'enseignement en milieu clinique. Les initiatives permettant de découvrir et de faire prendre conscience de la « réflexion-dans-l'action » pour célébrer et partager l'art infirmier sont nécessaires. Les formations permettant aux infirmières de partager leurs expériences entre elles peuvent y contribuer (Stockhausen, 2006), ce que recommandent également Benner, et al., (2009) et qui est congruent avec les écrits valorisant la pratique réflexive en groupe.

Résumé de la recension des écrits sur la pratique réflexive

Notre critique des articles sur le thème de la pratique réflexive nous a permis d'identifier plusieurs points centraux, dont le fait que les modèles de réflexion sont en majorité fondés sur les écrits de Schön. Bien que toutes les formes d'expériences puissent présenter un prétexte à la réflexion, il semble que les situations problématiques, contradictoires ou d'écart entre la théorie et la pratique stimulent le processus. Ce dernier peut prendre forme avant, pendant ou après l'action, en englobant une analyse critique d'une situation afin d'apprendre. Pour y parvenir, les stratégies actives de réflexion, tels que le choix et l'utilisation d'un modèle de réflexion, l'exercice d'écriture, soit de prendre le temps de rédiger une situation significative (dans un journal de bord par exemple), puis la réflexion guidée en groupe se révèlent efficaces car elles ajoutent de la rigueur et de la profondeur au processus.

La pratique réflexive en groupe est en effet ressortie comme un choix idéal puisqu'elle offre l'association des stratégies actives ci-haut mentionnées. La pratique réflexive en groupe permet également à la « réfléchitrice » de valider ses perceptions avec les autres, de considérer plusieurs points de vue sur une situation, tout en analysant ses émotions, réactions et comportements. L'exercice d'analyse en groupe engendre des rétroactions constructives rendant l'expérience d'apprentissage plus riche que de façon individuelle. De plus, la pratique réflexive en groupe stimule le développement de compétences à la réflexion.

Les bénéfices rapportés de l'application de la pratique réflexive chez les infirmières et les infirmières préceptrices sont multiples, mais ceux-ci demeurent néanmoins des perceptions. Quelques écrits portent plus particulièrement sur les préceptrices et mettent en lumière les impacts positifs reconnus quant à leur développement professionnel et personnel, dont leurs compétences pédagogiques et cliniques accrues. La figure 1, en annexe 4, présente de façon visuelle les impacts identifiés de la mise en application de la pratique réflexive auprès des infirmières et des préceptrices.

Par ailleurs, l'environnement dans lequel s'exerce la pratique réflexive détient une influence substantielle. En effet, les milieux ouverts à la réflexion et qui offrent du soutien dans un climat organisationnel respectueux sont favorables. À cet égard, le rôle de la facilitatrice apparaît comme fondamental et constitue une condition d'application essentielle à la pratique réflexive en groupe. La facilitatrice doit démontrer de multiples habiletés interpersonnelles afin de faciliter le processus de réflexion en groupe, en plus de soutenir les multiples émotions pouvant être suscitées. La figure 2, en annexe 5, expose les conditions d'application idéales à l'implantation de la pratique réflexive, retrouvées dans les écrits.

À partir de cette recension des écrits, ce survol de pistes d'interventions, de recommandations et de résultats potentiels prometteurs inspire donc une proposition théorique sur le sujet. Nous utiliserons les principaux éléments de la recension en les mettant en valeur dans une proposition théoriquement applicable en milieu clinique.

Discussion

Avant d'entamer une démarche portant sur le développement professionnel des préceptrices, il importe d'en resituer le contexte. Les milieux de santé québécois sont sensibilisés à l'importance de la formation préparatoire et du soutien des préceptrices, grâce aux recommandations émises par le Programme national de soutien clinique créé en 2008 (Québec, 2008). La revue de la littérature scientifique fait également état de nombreuses recherches consacrées à la formation préparatoire des préceptrices (Altmann, 2006; Heffernan, et al., 2009; Henderson, et al., 2006; Kaviani & Stillwell, 2000; Québec, 2008; Speers, et al., 2004; Warren & Denham, 2010). Cependant peu d'indications guident les milieux en ce qui concerne leur formation continue. Quelques auteurs mentionnent ou suggèrent la réflexion comme source potentielle de développement professionnel (Duffy, 2009; Forneris & Peden-McAlpine, 2009; Hallin & Danielson, 2008; Kaviani & Stillwell, 2000; Luhanga, et al., 2010; Öhrling & Hallberg, 2001; Smedley, et al., 2010). À la lumière de cette piste préliminaire ainsi que du cadre de référence composé des écrits de Benner et de Schön, nous avons présenté et critiqué des écrits recensés des dix dernières années, dans le but de considérer la pratique réflexive comme une stratégie de développement professionnel chez les préceptrices.

Proposition d'une stratégie de développement professionnel

L'analyse des savoirs théoriques et empiriques permet de soumettre une stratégie de développement professionnel à implanter auprès des infirmières préceptrices, soit des

sessions régulières de pratique réflexive, en groupe de six à huit participantes, accompagnées d'une facilitatrice et appuyées pour le processus par le modèle de réflexion de Schön (1983). Le contenu de la réflexion porte sur la pratique même des préceptrices qui œuvrent auprès de nouvelles infirmières ou étudiantes. Voyons dans un premier temps quels sont les différents aspects de cette proposition puis, comment elle s'articule et s'applique.

Le présent travail dirigé identifie les impacts multiples associés au développement professionnel et personnel des infirmières et des préceptrices qu'engendre la pratique réflexive. De plus, la pratique réflexive en groupe ressort comme un facteur pouvant particulièrement favoriser le développement de compétences pédagogiques et cliniques qui sont recherchées pour accomplir le rôle de préceptrice. Afin d'explicitier ces concepts et leurs relations, nous présenterons deux schémas qui représentent les assises de notre proposition théorique.

D'abord, la figure 1, en annexe 4, illustre les éléments clés ressortis de notre analyse des écrits quant aux impacts de la pratique réflexive. Ensuite, la figure 2, en annexe 5 résume les conditions d'application et de contextes favorables à l'implantation de la pratique réflexive dégagées des études à ce propos. Ce deuxième schéma met l'accent sur l'application de la pratique réflexive en groupe et sur l'importance de la présence d'une facilitatrice. Puisque ces deux conditions se situent au cœur de notre proposition théorique, nous y exposerons les recommandations prédominantes émanant des écrits. Nous poursuivrons avec une section sur le déroulement de la mise en application de la pratique

réflexive en groupe et de nos recommandations pragmatiques pour les milieux de santé. Enfin, nous concluons en exposant les forces, les défis et les limites de notre proposition théorique.

Impacts de la mise en application de la pratique réflexive auprès des infirmières et des préceptrices

Les différents éléments qui composent la figure 1 (voir annexe 4) sur les impacts de la mise en application de la pratique réflexive auprès des infirmières en général et des préceptrices en particulier sont présentés dans cette section. Ce tableau sera utile à la phase préparatoire pour présenter, en une page, les multiples impacts.

La pratique réflexive

Les situations complexes, troublantes ou surprenantes sont souvent à l'origine du processus de réflexion et donc de l'apprentissage (Mann, et al., 2009; Schön, 1983; Smith, 2011). Les circonstances où nous avons le plus à apprendre restent celles avec lesquelles nos intentions demeurent insatisfaites et qui nous laissent perplexes, ne sachant trop ce que nous aurions pu faire différemment (Smith, 2011). Comme il le fut déjà mentionné, plusieurs modèles de réflexion proposent des méthodes pour reconnaître nos agissements, les valeurs qui les soutiennent et leurs conséquences. Le modèle retenu dans ce travail est celui de Schön (1983) qui décrit la pratique réflexive comme un processus cognitif comprenant une analyse critique de nos comportements dans une situation donnée, soit nos théories de l'action (théories professées et d'usage), en considérant également nos

sentiments et émotions impliqués (Schön, 1983). Cette analyse critique peut se réaliser avant que la situation ne survienne (réflexion par anticipation), pendant la situation (réflexion-dans-l'action), ou après la situation (réflexion-sur-l'action) (Gustafsson, et al., 2007; Mann, et al., 2009; Schön, 1983).

Des auteurs (Mann, et al., 2009) remarquent que les aptitudes ou compétences à la réflexion diffèrent entre les individus et en fonction du type d'environnement où ils évoluent. Toutefois, parmi les facteurs qui peuvent stimuler et promouvoir les compétences à la réflexion, nous retenons la pratique réflexive en groupe (Mann, et al., 2009).

La pratique réflexive en groupe

Le but ultime poursuivi par la pratique réflexive en groupe consiste à développer des compétences à la réflexion (Carter & Walker, 2008). La pratique réflexive en groupe permet d'examiner et d'explorer sa pratique professionnelle, afin d'apprendre de ses expériences passées, présentes ou futures et cela, auprès de ses collègues (Platzer, et al., 2000b). En plus de permettre une forme de soutien aux participantes, la pratique réflexive en groupe semble assurer plus de rigueur et de profondeur dans le processus de réflexion que la réflexion individuelle. En effet, la richesse des perspectives partagées en groupe, ainsi que le regard critique extérieur s'avèrent pour de nombreux auteurs garants d'un apprentissage réel (Bailey & Graham, 2007; Daley, 2001; Duffy, 2008; Johns, 1995; Johns & Freshwater, 2005; McGrath & Higgins, 2006; Platzer, et al., 2000a, 2000b; Williams & Walker, 2003). Nous reviendrons sur la pratique réflexive en groupe dans la section sur les conditions de sa mise en application et de contextes favorables à son implantation.

Développement personnel

La mise en application de la pratique réflexive a, entre autres, comme conséquence de stimuler l'introspection continue chez les infirmières (Paget, 2001). Ce phénomène de conscience de soi (*self-awareness*) fait en sorte que les infirmières identifient leurs valeurs, attitudes et sentiments impliqués dans divers contextes (Duffy, 2009; Gustafsson, et al., 2007; McGrath & Higgins, 2006). En plus d'avoir un effet cathartique (O'Connor, 2008; Paget, 2001), cela les amène à faire preuve de plus d'empathie envers leurs patients, familles ou collègues (Gustafsson & Fagerberg, 2004; Peden-McAlpine, et al., 2005; Platzer, et al., 2000a, 2000b). Par ailleurs, des auteurs (Bailey & Graham, 2007; Clouder & Sellars, 2004; Gustafsson & Fagerberg, 2004; Platzer, et al., 2000a, 2000b) ont identifié chez plusieurs infirmières une propension au dépassement de soi, visible par leur courage et dans la lutte contre le statu quo.

Développement professionnel

Lorsque les compétences inhérentes à la réflexion se développent, celles-ci ont le potentiel de susciter, à leur tour, le développement de compétences pédagogiques et cliniques, soutenant ainsi le développement professionnel des préceptrices. Nous avons regroupé en catégories les retombées qui se distinguent selon qu'elles se rapportent : 1) à l'apprentissage, cela, autant chez les infirmières préceptrices que chez les préceptorées, 2) à l'enseignement, 3) à la relation d'apprentissage entre la préceptrice et la préceptorée, 4) à la responsabilisation de l'infirmière, ou, 5) à sa pratique clinique. Voyons de quoi se constitue chacune des catégories ayant parfois des composantes communes.

Apprentissage. La réflexion est, pour plusieurs auteurs (Duffy, 2009; Forneris & Peden-McAlpine, 2009; Mann, et al., 2009; Ruth-Sahd, 2003), directement associée à l'apprentissage, auquel l'expérience et la composante affective sont intégrées (Mann, et al., 2009). En effet, la réflexion aurait une influence sur le développement de la métacognition (Duffy, 2009; Gustafsson, et al., 2007) et de la pensée critique (Carter & Walker, 2008; Forneris & Peden-McAlpine, 2007, 2009; McGrath & Higgins, 2006; Platzer, et al., 2000a, 2000b), que cela soit par l'application de données probantes à sa pratique (Paget, 2001), la résolution et l'analyse de problèmes complexes pour éclairer sa pratique (Duffy, 2009; Mann, et al., 2009; Platzer, et al., 2000a, 2000b), la validation de perceptions (Forneris & Peden-McAlpine, 2009; Peden-McAlpine, et al., 2005) ou la création de liens entre la théorie et la pratique (Duffy, 2009; Peden-McAlpine, et al., 2005).

Enseignement. Puisque la réflexion stimule l'apprentissage en amenant la prise de conscience des processus cognitifs ainsi que les réalisations des infirmières (Gustafsson & Fagerberg, 2004), elle favorise aussi les compétences pour enseigner (Duffy, 2009; Forneris & Peden-McAlpine, 2007, 2009). Manifestement, le développement des habiletés de communication générées par la pratique réflexive (Forneris & Peden-McAlpine, 2007, 2009; Gustafsson & Fagerberg, 2004; Paget, 2001) semble essentiel chez tout pédagogue. De plus, il est remarqué dans le cas des préceptrices qu'elles acquièrent une vision plus globale et critique de l'enseignement en s'opposant à une attention exclusive envers les tâches (Forneris & Peden-McAlpine, 2007, 2009). Par ailleurs, Stockhausen (2006) considère que la pratique réflexive favorise l'application du concept de « modèle de rôle » par un enseignement fondé sur le répertoire d'expériences des préceptrices. Cette auteure

promeut la pertinence d'explicitier les processus sous-jacent à l'enseignement qui souvent se mettent en branle de façon inconsciente, afin de révéler l'« art infirmier » qu'il comporte (Stockhausen, 2006).

Relation d'apprentissage. Celle-ci comprend le rapport entre la préceptrice et la préceptorée qui, faut-il le préciser, ne peut qu'être favorisé par le développement des habilités de communication associées à la pratique réflexive (Forneris & Peden-McAlpine, 2007, 2009; Gustafsson & Fagerberg, 2004; Paget, 2001). Duffy (2009) reconnaît également que la pratique réflexive engendre le développement d'une relation de confiance entre la préceptrice et la préceptorée, cela contribuant au climat favorable à l'apprentissage mutuel et même, à une compréhension accrue de l'expérience de préceptorat.

Responsabilisation. Lorsque Gustafsson & Fagerberg (2004) affirment que la pratique réflexive permet aux infirmières d'être plus matures professionnellement, d'autres auteurs (Duffy, 2009; Platzer, et al., 2000b) précisent qu'elle incite à critiquer leur propre pratique pour prendre en charge leurs besoins de connaissances. Il ressort aussi des écrits que la pratique réflexive incite les préceptrices à soutenir l'apprentissage de leurs préceptorées (Duffy, 2009).

Pratique clinique. Pour de nombreux auteurs (Carter & Walker, 2008; Forneris & Peden-McAlpine, 2007, 2009; Gustafsson, et al., 2007; Gustafsson & Fagerberg, 2004; Mann, et al., 2009; Paget, 2001; Peden-McAlpine, et al., 2005; Platzer, et al., 2000b), la pratique réflexive exerce une influence notable sur la pratique clinique des infirmières. Des

études (Duffy, 2009; Gustafsson, et al., 2007; Paget, 2001; Peden-McAlpine, et al., 2005; Platzer, et al., 2000b) relèvent, entre autres, que les infirmières parviennent à identifier leurs forces et leurs faiblesses, en critiquant leur pratique. En plus d'être davantage aptes à affronter le statu quo (Carter & Walker, 2008; Platzer, et al., 2000b), les infirmières font preuve d'un professionnalisme accru en se centrant davantage sur les intérêts de leurs patients (Platzer, et al., 2000b).

Par ailleurs, le développement des habiletés de communication chez les préceptrices (Forneris & Peden-McAlpine, 2007, 2009; Gustafsson & Fagerberg, 2004; Paget, 2001) aurait aussi des retombées en faveur des patients, des familles et des collègues. En ce qui a trait aux patients et leurs familles, la reconnaissance de leur unicité et du contexte dans lequel les soins sont prodigués développe l'empathie des infirmières (Gustafsson & Fagerberg, 2004; Peden-McAlpine, et al., 2005; Platzer, et al., 2000b). Quant aux collègues, Mann et al. (2009) soulèvent que la pratique réflexive agirait favorablement sur les aptitudes au travail multidisciplinaire.

*Conditions de mise en application et de contextes favorables à l'implantation de la
pratique réflexive*

Afin de maximiser les impacts de l'application de la pratique réflexive, plusieurs auteurs (Bailey & Graham, 2007; Duffy, 2008, 2009; Johns, 1995; Johns & Freshwater, 2005; Mann, et al., 2009; McGrath & Higgins, 2006; Paget, 2001; Platzer, et al., 2000a, 2000b; Williams & Walker, 2003) se prononcent sur les conditions et environnements qui en favorisent la réalisation. Deux aspects obtiennent plus d'attention et ressortent comme étant

particuliers au succès de la pratique réflexive : son application en groupe et la présence d'une facilitatrice. Avant de les approfondir, il est essentiel de souligner l'importance des autres facteurs contribuant. Nous les présentons dans la figure 2 (voir annexe 5) et les décrivons dans cette section.

Climat organisationnel respectueux. Un climat organisationnel ouvert et respectueux représente la fondation pour l'implantation de la pratique réflexive. Tel que l'explique Mann et ses collaborateurs (2009), les contextes authentiques où l'on reconnaît les différents style d'apprentissage, où la liberté d'expression et la confidentialité règnent, permettent l'exercice d'une pratique réflexive.

Perceptions positives concernant la réflexion. Il semble que d'avoir une perception favorable de la réflexion, telle qu'une expérience antérieure concluante, puisse encourager son application chez les infirmières (Mann, et al., 2009). Cette perception positive pourrait être stimulée par une initiation à la réflexion en milieux académiques (Mann, et al., 2009).

Rapprochement entre les milieux cliniques et académiques. Une affiliation possible des milieux de santé avec les milieux académiques, comme Platzer et ses collègues (2000a, 2000b) le soulignent, est souhaitée. En effet, ce besoin d'alliance entre les milieux de l'éducation et les milieux cliniques se justifie, en raison de la propension à la réflexion démontrée par les infirmières ayant été en contact avec cette forme d'apprentissage lorsqu'elles étaient étudiantes (Platzer, et al., 2000a, 2000b).

Soutien pour la réflexion. Bien que l'on mentionne le soutien intellectuel ou émotionnel (Mann, et al., 2009) comme des éléments importants, le temps nécessaire à la réflexion apparaît encore plus déterminant à l'application de la pratique réflexive (Bailey & Graham, 2007; Duffy, 2008; Mann, et al., 2009).

L'application de la pratique réflexive en groupe

La majorité des auteurs sur la pratique réflexive conviennent que son application en groupe est indiquée (Bailey & Graham, 2007; Daley, 2001; Duffy, 2008; Johns, 1995; Johns & Freshwater, 2005; McGrath & Higgins, 2006; Paget, 2001; Platzer, et al., 2000a, 2000b; Williams & Walker, 2003). Comme nous l'avons expliqué précédemment, le fait que la pratique réflexive s'exerce en groupe apporte une plus grande envergure à la démarche de réflexion (Bailey & Graham, 2007; Daley, 2001; Duffy, 2008; Johns, 1995; Johns & Freshwater, 2005; McGrath & Higgins, 2006; Platzer, et al., 2000a, 2000b; Williams & Walker, 2003). Voyons d'abord ce que les écrits préconisent pour sa réalisation.

Formation des groupes. Afin d'assurer un bon fonctionnement aux groupes de pratique réflexive, les écrits proposent un nombre variant entre six à dix participantes, en spécifiant l'importance de ne pas dépasser le maximum de dix participantes (McGrath & Higgins, 2006; Platzer, et al., 2000a). Par souci d'éviter les entraves courantes associées à la pratique réflexive en groupe (Platzer, et al., 2000b), il s'avère fondamental de souligner l'importance de la participation volontaire. Une incitation forcée à rejoindre un groupe irait à l'encontre des principes de base d'andragogie stipulant que les adultes doivent avoir un

certain intérêt et de la motivation face à l'apprentissage proposé. De plus, des auteurs (Platzer, et al., 2000b) proposent la formation d'un style de groupe plutôt informel (Carter & Walker, 2008), où la facilitatrice présente une approche centrée sur les préceptrices et sans structure rigide. Il est possible qu'en laissant les infirmières s'inscrire aux rencontres, un effet d'entraînement permette de rejoindre un grand nombre d'entre elles.

Les rencontres en groupe. Au-delà de l'explicitation des objectifs visés par la pratique réflexive en groupe et de la non-évaluation du contenu des sessions, il importe d'adopter des règles de fonctionnement (Bailey & Graham, 2007; Carter & Walker, 2008; Platzer, et al., 2000b). Ces règles comprennent, d'une part, l'engagement requis par les participantes, soit d'être présentes aux rencontres, d'être motivées à écouter les autres et à participer par une approche constructive (Bailey & Graham, 2007). D'autre part, la confidentialité ressort comme une règle primordiale qui permet le développement d'un sentiment de confiance facilitant le partage de ses réflexions (Bailey & Graham, 2007; Carter & Walker, 2008; Duffy, 2008; Johns, 1995; McGrath & Higgins, 2006; Platzer, et al., 2000a, 2000b; Williams & Walker, 2003).

La présence d'une facilitatrice pour l'application de la pratique réflexive en groupe
Aux yeux de différents auteurs, la contribution d'une facilitatrice stimule définitivement la démarche de réflexion, qu'elle s'applique en groupe ou non (Duffy, 2008; Mann, et al., 2009; McGrath & Higgins, 2006; Paget, 2001; Platzer, et al., 2000a, 2000b; Williams & Walker, 2003).

Rôle. À priori, le rôle de la facilitatrice consiste à développer, à l'aide des membres du groupe, un environnement empreint de confiance, de respect et de soutien (Duffy, 2008). Elle doit stimuler les participantes à la réflexion, de façon plus active dans les premières rencontres, en étant elle-même un modèle de ce processus en partageant ses expériences et ses émotions liées à ses expériences, en posant des questions aux participantes, en explorant de nouvelles perspectives et façons de penser et en proposant des rétroactions constructives (McGrath & Higgins, 2006). Elle assure le bon fonctionnement en respectant les heures et durées des rencontres (Bailey & Graham, 2007), en gérant la dynamique de groupe, en faisant échec à la complaisance, par exemple en donnant la parole à tous et à chacun ou en modérant les personnes plus volubiles (Carter & Walker, 2008; Platzer, et al., 2000a).

Éventuellement, la facilitatrice devrait intervenir moins fréquemment et laisser le groupe s'autogérer par lui-même (Carter & Walker, 2008). Par ailleurs, pour faciliter le processus de réflexion, mais aussi lui assurer une application rigoureuse et profonde, il est recommandé d'utiliser une structure ou un modèle de réflexion, tel que « Les théories de l'action » (*theories of action*) d'Argyris et Schön (1974) ou « Le modèle de réflexion structurée » (*The model for structured reflection*) de Johns (1999) en sciences infirmières par exemple (Bailey & Graham, 2007; Duffy, 2008; Johns & Freshwater, 2005).

Parfois, la facilitatrice doit soutenir la libération d'émotions tout en gérant celles engendrées par les discussions (Duffy, 2008; O'Connor, 2008; Paget, 2001). Elle peut certainement prévoir l'expression de frustrations, de colère, de tristesse, de culpabilité et d'autres types d'émotions que les défis quotidiens et multiples de nos milieux cliniques

engendrent. Plus rarement, mais possiblement, la facilitatrice pourrait être confrontée à des situations dévoilant des manquements éthiques ou des pratiques non sécuritaires, qui pourraient éventuellement compromettre la sécurité des patients ou des collègues (McGrath & Higgins, 2006). Bien que peu d'écrits guident à ce sujet, nous considérons que le code de déontologie des infirmières et infirmiers demeure la ressource privilégiée pour poser les actions appropriées face à ces enjeux. Devant de telles responsabilités, il s'avère donc essentiel de discuter de la sélection de la facilitatrice.

Sélection. L'étape la plus importante dans l'application de la pratique réflexive en groupe est sans équivoque la sélection judicieuse d'une facilitatrice (Duffy, 2008; McGrath & Higgins, 2006; Williams & Walker, 2003). Celle-ci étant tenue de respecter les principes éthiques de confidentialité, de justice, de non-malfaisance et de bienveillance, elle se doit d'être digne de confiance, facile d'approche, ouverte, engagée, prête à écouter et confronter les participants du groupe et cela, de façon sensible et consistante. La relation qui se développe entre la facilitatrice et le groupe se fonde sur l'honnêteté plutôt que sur la gentillesse et l'amitié (Duffy, 2008). Cette personne devrait avant tout présenter d'excellentes habiletés en communication (Duffy, 2008) et idéalement posséder de l'expérience en gestion de groupes ou d'équipes, comme par exemple en enseignement.

Déroulement de la mise en application de la pratique réflexive en groupe

Suivant l'exposition des conditions favorables à l'application de la pratique réflexive, il convient maintenant d'aborder comment cette application pourrait prendre forme concrètement. Cette dernière section se veut complémentaire aux précédentes en englobant

une phase de préparation d'un projet portant sur la mise en application de la pratique réflexive en groupe avec une facilitatrice. La phase d'implantation suit avec des recommandations concrètes émises par la présente auteure. Nous incluons également la présentation de la méthode d'application de l'analyse d'un cas à deux colonnes de Schön qui sera explicitée et appuyée par un exemple. Enfin, une brève phase d'évaluation conclut notre discussion.

Phase de préparation

Le questionnement sur l'envergure du projet ainsi que l'évaluation des ressources financières, humaines et matérielles disponibles ayant été établi, une rencontre avec la directrice des soins infirmiers et autres parties prenantes aura été effectué. Considérant que ces personnes concernées aient donné leur aval à l'implantation du projet de pratique réflexive dans leur milieu et se soient montrés réceptifs à libérer les préceptrices intéressées pour les périodes de réflexion, une planification s'impose. Nous recommandons d'abord la sélection d'une facilitatrice pour initier un groupe de préceptrices à la pratique réflexive. Cette sélection s'accomplira probablement par l'instigatrice du projet et de concert avec la directrice des soins infirmiers.

Sélection de la facilitatrice. La sélection de la facilitatrice du groupe de pratique réflexive apparaît comme la première étape. Tel que discuté auparavant, la définition du rôle de la facilitatrice ainsi que les caractéristiques essentielles recherchées guideront le milieu dans le choix d'une candidate idéale. Il semble à propos d'opter pour une personne occupant un poste de leadership qui connaît, comprend et s'intéresse à la réalité de la

pratique des infirmières, des préceptrices et idéalement à la pratique réflexive. D'ailleurs, les personnes détenant un rôle de leader dans les milieux de santé sont souvent amenées à gérer ou superviser des employés, des comités, des projets et réunions d'équipes.

Cependant, une facilitatrice ayant un lien d'autorité, existant ou potentiel, avec les participantes pourrait possiblement gêner la discussion en groupe (Bailey & Graham, 2007). Pour cette raison, nous éviterions de choisir une infirmière en poste de gestion. Nous pensons plutôt aux rôles d'infirmières conseillères en formation ou en clinique qui sont près des infirmières et reconnues comme des personnes ressources ayant de l'expérience en enseignement clinique. À cet effet, la personne se voyant attribuer le rôle de facilitatrice devrait pouvoir l'exercer dans le cadre de ses fonctions régulières. Toutefois, le temps qu'elle investira à la préparation, aux rencontres mêmes, puis à leurs comptes rendus et analyses ultérieures, devra être considéré dans l'ensemble de ses tâches et responsabilités.

Promotion du projet et recrutement des participantes. Tel que notre proposition le stipule, la pratique réflexive en groupe se présente comme une stratégie de développement professionnel chez les préceptrices. Ces éléments se doivent d'être mis en avant plan pour la promotion de projet afin de sensibiliser les préceptrices spécifiquement, mais également toutes les infirmières ayant le potentiel de s'acquitter de ce rôle. Des auteurs (Bailey & Graham, 2007) préconisent le recours à des tournées de présentations (*roadshow*) où sont partagées des informations sur la pratique réflexive en groupe. Des dépliants informatifs peuvent également être distribués dans les unités de soins (Bailey & Graham, 2007). Il nous semble que cette approche flexible soit réalisable dans les milieux de soins, bien que nous

ayons trop peu d'informations au sujet de la durée et le contenu des tournées de présentations ou des documents utilisés.

Phase d'implantation

La formation des groupes. Puisque la gestion des dynamiques de groupe apparaît comme un défi (McGrath & Higgins, 2006; Platzer, et al., 2000a, 2000b), nous suggérons un maximum de huit participantes par groupe de pratique réflexive. Par contre, il ne semble pas qu'un nombre en deçà de six participantes cause problème, puisque la pratique réflexive guidée peut s'effectuer, avec autant de rigueur, entre une « réfléchitrice » et une facilitatrice (Duffy, 2008). La richesse des perspectives engendrées apparaît toutefois plus intéressante avec un groupe de six à huit participantes.

La durée et la fréquence des rencontres. À partir des écrits, mais conscients de la réalité des milieux cliniques et de l'impact financier engendré par la libération des préceptrices, nous préconisons une durée de rencontre de 1.5 heures plutôt que les 2.5 heures indiquées par Bailey & Graham (2007). Ce temps alloué de 90 minutes semble suffisant pour satisfaire l'exercice de réflexion d'un groupe de six à huit participantes, sans être trop fastidieux. Bien que les moments de rencontres soient à négocier avec les participantes (Bailey & Graham, 2007; Platzer, et al., 2000a, 2000b), nous considérons que le temps idéal pour les sessions demeure entre les quarts de travail, soit avant un quart de soir (de 13h30 à 15h00) ou possiblement lors d'une journée de congé. Il faut préciser que le temps ajouté à l'horaire de travail régulier des préceptrices se devra d'être rémunéré ou accumulé, tel que la politique de l'institution le permet.

Quant aux fréquences des rencontres, nous optons pour une fréquence aux mois, plutôt qu'au six semaines, tel qu'exposé dans l'article de Bailey & Graham (2007), ou que de façon bimensuelle comme le propose l'étude de Platzer et al. (2000a). Encore soucieux de l'impact généré par la libération des infirmières préceptrices, nous pensons également qu'une fréquence à chaque mois permet des rencontres suffisamment rapprochées pour assurer un réel impact. De plus, de sorte que l'on n'oublie pas, les participantes pourraient déterminer leurs sessions de pratique réflexive le deuxième jeudi du mois ou troisième vendredi. Les semaines de rencontres devront tenir compte des périodes des fêtes, estivales et de pics d'embauches où les ressources humaines sont limitées en milieu clinique, en raison des vacances, mais aussi de la sollicitation accrue des préceptrices. Il est donc approprié de fournir un calendrier annuel

Les rencontres en groupe. Les sessions de pratique réflexive en groupe devraient avoir lieu dans un environnement confortable et propice à la discussion, soit en positionnant les participantes en cercle ou demi-cercle (Bailey & Graham, 2007; McGrath & Higgins, 2006). Bien que les rencontres puissent prendre place dans le milieu de travail des préceptrices, nous avons quelques réticences à utiliser des locaux à proximité ou dans les unités de soins mêmes, puisque les interruptions sont probables. Au besoin, des ajustements quant au lieu peuvent être faits en cours de route.

L'application d'une structure ou d'un modèle de réflexion. Afin de faciliter le processus de réflexion, plusieurs auteurs suggèrent l'application d'un modèle (Bailey & Graham, 2007; Duffy, 2008; Johns & Freshwater, 2005). Nous présenterons un aperçu d'application

avec l'étude de cas à deux colonnes d'Argyris & Schön (1974). Un des objectifs de la démarche de ces auteurs est d'illustrer le plus exactement possible ce que la « réfléchtrice » a dit, fait et ressenti. Pour ce faire, elle est invitée à choisir un épisode significatif qu'elle doit décrire en restant le plus possible près de la réalité, sans utiliser de vrais noms ou endroits impliqués, afin de respecter la confidentialité. Précédée de quelques phrases explicatives sur le contexte et ses intentions, la « réfléchtrice » inscrit d'un côté l'interaction avec une ou plusieurs personnes 1) qui a déjà eu lieu ou 2) qu'elle anticipe, puis, de l'autre, ce qu'elle pensait et ressentait durant l'interaction (Argyris & Schön, 1974). Suivant la rédaction de ce dialogue, la « réfléchtrice » est invitée à effectuer une première analyse personnelle. Pour en faciliter la compréhension, voici un court exemple fictif construit par la présente auteure:

Ce que je pensais et ressentais, mais que je n'ai pas dit	Ce que j'ai dit et l'autre (ou les autres) ont vraiment dit
<p><i>Pensée / Émotions ressenties, mais que je n'ai pas exprimées.</i></p> <p><i>Écrivez dans cette colonne :</i></p> <p><i>Mon dieu son patient ne va pas bien, j'aurais dû être là, je me sens coupable et responsable, j'ai le cœur qui fait un bond et l'adrénaline à fond. Je dois garder mon calme et donner l'exemple.</i></p> <p><i>Tout va bien? Pas si sûr... je vais vérifier par moi-même et puis on ne va pas faire un ECG comme ça sans le dire à personne, je suis fâchée, elle se prend pour qui la p'tite, elle veut toujours faire les choses par elle-même, elle me prend pour qui au juste, je suis sa préceptrice.</i></p>	<p>Moi: (Ce que j'ai dit) Autre: (Ce qu'il ou elle a dit)</p> <p><i>Écrivez votre conversation dans cette colonne :</i></p> <p>Moi (préceptrice) : Où vas-tu comme ça?</p> <p>Préceptrice : Je vais faire un ECG à mon pt. Tout va bien, le MD veut seulement qu'on en fasse un de routine.</p>

<p><i>Je sais qu'elle ne m'aime pas, mais elle doit se conformer aux règles et m'écouter, nous devons travailler ensemble.</i></p> <p><i>Elle me confronte encore...</i></p> <p><i>Je me sens prise au dépourvu, je perds la face, malaise, frustration, elle a gagné, j'ai perdu...</i></p>	<p>Moi : Tu aurais pu me le demander avant</p> <p>Préceptoree : Tu étais occupée...</p> <p>Moi : Il y a 3 autres infirmières d'expérience qui travaillent aujourd'hui auxquelles tu aurais pu demander de l'aide.</p> <p>Préceptoree : Je voulais essayer par moi-même et j'en ai déjà fait un dans mon stage précédent.</p> <p>Moi : C'est très important que tu m'avises quand même</p> <p>Préceptoree : Oui...</p>
--	---

L'exercice ne nécessite que quelques pages. De plus, il s'avère important de choisir une interaction significative (ou ses parties les plus révélatrices, advenant qu'elle soit trop longue) et surtout de ne pas la résumer, ce qui affecterait la qualité des données à analyser. Suivant la rédaction de la situation, la « réfléchtrice » la présente à un groupe de participantes qui la liront avant d'entamer une discussion (Argyris & Schön, 1974). Ainsi, une situation à la fois, et autant que le temps le permet, la « réfléchtrice » et les participantes (qui sont aussi des « réfléchtrices ») travaillent ensemble à analyser et rendre explicites les valeurs et les variables qui ont déterminé les comportements efficaces et inefficaces de la « réfléchtrice ». À l'aide de la facilitatrice, les participantes du groupe évaluent pareillement leurs propres perceptions et suggèrent des stratégies d'action alternatives. (Argyris & Schön, 1974; Williams & Walker, 2003).

Développement professionnel de la facilitatrice. Bien qu'il y ait peu d'informations à ce sujet, la facilitatrice possède aussi des besoins de formation (Carter & Walker, 2008; Duffy, 2008). Elle doit prendre le temps de s'autoévaluer dans son rôle et de porter une réflexion sur sa propre pratique (Duffy, 2008). Nous estimons que toutes les formations ayant trait à la pratique réflexive s'avèrent indispensables. D'autres formations sur la gestion des dynamiques de groupe sont également pertinentes et recommandées. De plus, dans le cas où plusieurs groupes de pratique réflexive seraient formés dans une organisation, il serait propice que les facilitatrices puissent se rencontrer pour partager leurs expériences et se soutenir.

Phase d'évaluation

Le processus d'évaluation apparaît comme faisant partie intégrante de l'implantation même d'un projet, donc indispensable. Surtout que la majorité des études sur la pratique réflexive soulèvent le manque de données empiriques quant à son efficacité (Duffy, 2009; Mann, et al., 2009; Paget, 2001; Ruth-Sahd, 2003; Wilkinson, 1999). Toutefois, bien que nous y soyons attentifs, les écrits recensés sur la pratique réflexive en groupe restent fragmentaires au sujet de l'évaluation. Bailey & Graham (2007) sont les seules qui nous informent. Les auteures énoncent qu'à la suite de huit sessions de pratique réflexive en groupe, elles ont procédé à une évaluation formelle à l'aide d'un court questionnaire anonyme à questions ouvertes. Nous adhérons également à cette approche s'inscrivant dans le paradigme de la pratique réflexive qui se concentre sur les processus plutôt que sur des résultats quantifiables. En effet, Mann et ses collègues (2009) confirment que les études

qualitatives et exploratoires sur la pratique réflexive sont pertinentes pour l'avancement de la recherche.

Ainsi, pour parvenir à évaluer notre stratégie, les questions devront explorer les impacts de la pratique réflexive en regard de la démarche individuelle, de celle en groupe, des bénéfices et des difficultés rencontrées, de sa pertinence pour le développement professionnel des préceptrices. Les données amassées pourront ensuite être analysées sous forme de thèmes afin de déterminer la rencontre des objectifs du projet. Considérant qu'après onze ou douze rencontres aux mois, une année se soit écoulée, il serait à propos de développer une étude longitudinale pour évaluer les effets de la pratique réflexive en groupe dans le temps. À cet égard, nous préconisons une affiliation avec des personnes familières et compétentes avec la démarche de recherche, soit exerçant dans le milieu clinique ou académique afin d'assurer la rigueur tant au processus de recherche que d'analyse.

Conclusion

Les organisations de santé partagent, avec les infirmières elles-mêmes, la responsabilité d'assurer leur développement professionnel incluant les préceptrices qui y jouent un rôle crucial. Dans un contexte de quête d'efficience, le potentiel que présente la pratique réflexive pour le développement professionnel continu des infirmières justifie l'intérêt que la recherche y porte. Le présent travail dirigé constitue une démarche dans cette direction.

D'abord, la recension des écrits présentée dresse un portrait global de l'état des connaissances sur le développement professionnel des préceptrices. Dans ces écrits, nous attirons l'attention sur le fait que peu d'études, outre sur la formation préparatoire des préceptrices, ont été menées à ce sujet. Par ailleurs, nous avons réalisé une recension critique des écrits novatrice, puisque nous avons poursuivi des pistes de recherches portant sur les bénéfices de la réflexion auprès des préceptrices. Le cheminement parcouru amène à analyser et à exposer, d'une part, les impacts de l'application de la pratique réflexive sur le développement professionnel et personnel des infirmières et des préceptrices. D'autre part, les éléments constituant un environnement favorable à l'application de la pratique réflexive sont également ciblés. Cette synthèse illustrée dans deux schémas contribue ainsi à l'avancement des connaissances sur la pratique réflexive et le préceptorat en se voulant une inspiration pour des recherches sur le sujet.

En effet, puisque l'intégration de la pratique réflexive dans les milieux cliniques de soins et de surcroît en groupe pose certains défis, il serait intéressant d'en mesurer les impacts

auprès des préceptrices et cela, de façon longitudinale. Des recherches en ce qui a trait au rôle et au développement des facilitatrices ainsi qu'à la gestion des groupes de pratique réflexive seraient également pertinentes. De plus, il serait à propos d'explorer d'autres stratégies ou approches que l'application de la pratique réflexive en groupe qui permettraient le développement de compétences pour la réflexion.

Les exigences du rôle de préceptrice dans nos environnements de soins actuels nécessitent de la réflexion afin d'assurer des prises de décisions et des interventions efficaces tout autant auprès de la relève infirmière que des patients. Toutefois, exercer une pratique réflexive exige du temps et de l'espace qu'il peut être ardu de trouver dans le quotidien trop souvent chaotique des infirmières. Nous avons effectivement l'habitude de laisser le travail et ses problèmes derrière, sans se questionner et approfondir sur notre propre participation à ces embûches. Le courant constructiviste qui sous-tend la pratique réflexive esquisse une participation active des infirmières fondée sur leurs expériences. En offrant une stratégie de développement professionnel où chaque acteur est au centre de ses apprentissages, comme la pratique réflexive en groupe, nous espérons soutenir les préceptrices et indirectement contribuer à l'avancement de notre profession.

Références

- [AIIC], Association des infirmiers et infirmières du Canada (2004). *Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession - Guide sur le préceptorat et le mentorat*. Ottawa.
- Alspach, G. (2008). Editorial. Calling all preceptors: how can we better prepare and support you? *Critical Care Nurse*, 28(5), 13.
- Altmann, T. K. (2006). Preceptor Selection, Orientation, and Evaluation in Baccalaureate Nursing Education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 3(1).
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1974). *Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass, Inc., Publishers.
- Ashby, C. (2006). The benefits of reflective practice. [Article]. *Practice Nurse*, 32(9), 35-37.
- Baggot, D. M., Hensinger, B., & Parry, J. (2005). The New Hire/Preceptor Experience: Cost-Benefit Analysis of One Retention Strategy. *Journal of Nursing Administration*, 35, 138-145.
- Bailey, M. E., & Graham, M. M. (2007). Introducing guided group reflective practice in an Irish palliative care unit. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(11), 555-560.
- Baltimore, J. J. (2004). The hospital clinical preceptor: essential preparation for success. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 35(3), 133-140.
- Beecroft, P., McClure Hernandez, A., & Reid, D. (2008). Team Preceptorships. A New Approach for Precepting New Nurses. *Journal for nurses in staff development*, 24(4), 143-148.
- Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-407.
- Benner, P. (1983). Uncovering the Knowledge Embedded in Clinical Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 15(2), 36-41.
- Benner, P., Tanner, C., & Chelsa, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice, Caring, Clinical Judgment, and Ethics* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Biggs, L., & Schriener, C. L. (2010). Recognition and support for today's preceptor. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(7), 317-322. doi: 10.3928/00220124-20100401-05
- Billay, D., & Myrick, F. (2008). Preceptorship: An integrative review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 8(4), 258-266.

- Billay, D., & Yonge, O. (2004). Contributing to the theory development of preceptorship. *Nurse Education Today*, 24, 566-574.
- Bourbonnais, F. F., & Kerr, E. (2007). Preceptoring a student in the final clinical placement: reflections from nurses in a Canadian Hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1543-1549.
- Boyer, S. A. (2008). Competence and Innovation in Preceptor Development: Updating our Programs. *Journal for Nurses in Staff Development*, 24, E21-E26.
- Carter, B., & Walker, E. (2008). Using group approaches to underpin reflection, supervision and learning. In C. Bulman & S. Schutz (Eds.), *Reflective Practice in Nursing* (4th ed., pp. 248). Oxford: Blackwell Publishing.
- Clouder, L., & Sellars, J. (2004). Reflective practice and clinical supervision: an interprofessional perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 262.
- Daley, B. J. (2001). Learning in clinical nursing practice. *Holistic Nursing Practice*, 16(1), 43-54.
- DeCicco, J. (2008). Developing a Preceptorship/Mentorship Model for Home Health Care Nurses. *Journal of Community Health Nursing*, 25(1), 15 - 25.
- Dibert, C., & Goldenberg, D. (1995). Preceptor' perceptions of benefits, rewards, supports and commitment to the preceptor role. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1144-1151.
- Duffy, A. (2008). Guided reflection: a discussion of the essential components. *British Journal of Nursing* 17(5), 334-339.
- Duffy, A. (2009). Guiding students through reflective practice - The preceptors experiences. A qualitative descriptive study. *Nurse Education in Practice*, 9(3), 166-175.
- Edwards, G., & Thomas, G. (2010). Can reflective practice be taught? *Educational Studies*, 36(4), 403-414.
- Ekebergh, M. (2007). Lifeworld-based reflection and learning: a contribution to the reflective practice in nursing and nursing education. *Reflective Practice*, 8(3), 331-343.
- Faculté des sciences infirmières, FSI. (2009). *Vue d'ensemble du référentiel de compétences pour la formation au préceptorat (Document de travail)*. Montréal: Université de Montréal.

- Forneris, S. G., & Peden-McAlpine, C. (2006). Contextual learning: a reflective learning intervention for nursing education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 3(1), 18.
- Forneris, S. G., & Peden-McAlpine, C. (2007). Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 410-421.
- Forneris, S. G., & Peden-McAlpine, C. (2009). Creating context for critical thinking in practice: the role of the preceptor. *Journal of Advanced Nursing*, 65(8), 1715-1724.
- Freshwater, D., Horton-Deutsch, S., Sherwood, G., & Taylor, B., J. (2005). The scholarship of reflective practice. Retrieved from
- Gustafsson, C., Asp, M., & Fagerberg, I. (2007). Reflective practice in nursing care: embedded assumptions in qualitative studies. *International Journal of Nursing Practice*, 13(3), 151-160.
- Gustafsson, C., & Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 271-280.
- Hallin, K., & Danielson, E. (2008). Being a personal preceptor for nursing student: Registered Nurses' experience before and after introduction of a preceptor model. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 161-174.
- Hautala, K. T., Saylor, C. R., & O'Leary-Kelley, C. (2007). Nurses' Perception of Stress and Support in the Preceptor Role. *Journal for Nurses in Staff Development*, 23, 64-70.
- Heffernan, C., Heffernan, E., Brosnan, M., & Brown, G. (2009). Evaluating a preceptorship programme in South West Ireland: perceptions of preceptors and undergraduate students. *Journal of Nursing Management*, 17(5), 539-549.
- Henderson, A., Fox, R., & Malko-Nyhan, K. (2006). An evaluation of preceptors' perceptions of educational preparation and organizational support for their role. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 37(3), 130-136.
- Hyrkäs, K., & Shoemaker, M. (2007). Changes in the preceptor role: re-visiting preceptors' perceptions of benefits, rewards, support and commitment to the role. *Journal of Advanced Nursing*, 60(5), 513-524.
- Hyrkäs, K., Tarkka, M.-T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). Teacher candidates' reflective teaching and learning in a hospital setting – changing the pattern of practical training: a challenge to growing into teacherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 503-511.

- Johns, C. (1995). The value of reflective practice for nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 4(1), 23.
- Johns, C. (2007). Deep in reflection. *Nursing Standard*, 21(38), 24-25.
- Johns, C., & Freshwater, D. (2005). *Transforming Nursing Through Reflective Practice* (2nd ed.). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Kaviani, N., & Stillwell, Y. (2000). An evaluative study of clinical preceptorship. *Nurse Education Today*, 20(3), 218-226.
- Kinsella, E. A. (2010). Professional knowledge and the epistemology of reflective practice. *Nursing philosophy*, 11(1), 3-14.
- Lee, T.-Y., Tzeng, W.-C., Lin, C.-H., & Yeh, M.-L. (2009). Effects of a preceptorship programme on turnover rate, cost, quality and professional development. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1217-1225.
- Lillibrige, J. (2007). Using clinical nurses as preceptors to teach leadership and management to senior nursing students: A qualitative descriptive study. *Nurse Education in Practice*, 7(1), 44-52.
- Luhanga, Dickieson, & Mossey. (2010). Preceptor preparation: an investment in the future generation of nurses. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 7(1), 1p.
- Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in Health Sciences Education* 14(4), 595-621.
- McCarthy, B., & Murphy, S. (2010). Preceptors' experiences of clinically educating and assessing undergraduate nursing students: an Irish context. *Journal of Nursing Management*, 18(2), 234-244.
- McGrath, D., & Higgins, A. (2006). Implementing and evaluating reflective practice group sessions. *Nurse Education in Practice*, 6(3), 175-181.
- Morley, M. (2007). Building Reflective Practice through Preceptorship: the Cycles of Professional Growth. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(1), 40-42.
- Myrick, F., Caplan, W., Smitten, J., & Rusk, K. (2011). Preceptor/mentor education: A world of possibilities through e-learning technology. *Nurse Education Today*, 31(3), 263-267. doi: DOI: 10.1016/j.nedt.2010.10.026
- Myrick, F., & Yonge, O. (2004). Enhancing critical thinking in the preceptorship experience in nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 371-380.

- Neumann, J. A., Brady-Shluttner, K., McKay, A. K., Roslien, J. J., Twedell, D. M., & James, K. M. G. (2004). Centralizing a Registered Nurse Preceptor Program at the Institutional Level. *Journal for Nurse in Staff Development*, 20(1), 17-24.
- O'Connor, A. (2008). The use of reflective practice on critical incidents, in a neonatal setting, to enhance nursing practice. *Journal of Neonatal Nursing*, 14(3), 87-93.
- Öhrling, K., & Hallberg, I. R. (2001). The meaning of preceptorship: nurse' lived experience of being a preceptor. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 530-540.
- Omansky, G. L. (2010). Staff nurses' experiences as preceptors and mentors: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 18(6), 697-703. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01145.x
- Paget, T. (2001). Reflective practice and clinical outcomes: practitioners' views on how reflective practice has influenced their clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 10(2), 204-214.
- Paton, B. (2010). The professional practice knowledge of nurse preceptors. *Journal of Nursing Education*, 49(3), 143-149.
- Paton, B., Robertson, T., Thirsk, L., & Mckiel, E. (2006). Who are nurse preceptors? A profile of nurse preceptors in Southern Alberta. *Alberta RN*, 62(9), 18-22.
- Paton, B., Thompson-Isherwood, R., & Thirsk, L. (2009). Educational innovations. Preceptors matter: an evolving framework. *Journal of Nursing Education*, 48(4), 213-216.
- Peden-McAlpine, C., Tomlinson, P. S., Forneris, S. G., Genck, G., & Meiers, S. J. (2005). Evaluation of a reflective practice intervention to enhance family care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(5), 494-501.
- Platzer, H., Blake, D., & Ashford, D. (2000a). Barriers to learning from reflection: a study of the use of groupwork with post-registration nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1001-1008.
- Platzer, H., Blake, D., & Ashford, D. (2000b). An evaluation of process and outcomes from learning through reflective practice groups on a post-registration nursing course. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 689-695. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01337.x
- Québec, Gouvernement du Québec (2008). *Programme national de soutien clinique - Volet préceptorat. Cadre de référence*. MSSS.

- Rogan, E. (2009). Preparation of Nurses Who Precept Baccalaureate Nursing Students: A Descriptive Study. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 40*(12), 565-570.
- Ruth-Sahd, L. A. (2003). Reflective Practice: A Critical Analysis of Data-Based Studies and Implication for Nursing Education. *Journal of Nursing Education, 42*(11), 488-497.
- Ryan-Nicholls, K. D. (2004). Preceptor recruitment and retention: The preceptor partnership is the most effective means of ensuring that students integrate professional theory with clinical practice, but a growing lack of nurse preceptors may threaten the process. *The Canadian Nurse, 100*, 118-122.
- Schön, D. A. (1983). *The Reflective Practitioner*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Smedley, A., Morey, P., & Race, P. (2010). Enhancing the Knowledge, Attitudes, and Skills of Preceptors: An Australian Perspective. *Journal of Continuing Education in Nursing, 41*(10), 451-461.
- Smedley, A., & Penney, D. (2009). A partnership approach to the preparation of preceptors. *Nursing Education Perspectives, 30*(1), 31-36.
- Smith, R. A. (2011). A reflective practice approach to professional development. *Practically speaking: A sourcebook for instructional consultants in higher education* 2nd ed.
- Speers, A. T., Strzyzewski, N., & Ziolkowski, L. D. (2004). Preceptor Preparation, An Investment in the Future. *Journal for Nurses in Staff Development, 20*, 127-133.
- Stockhausen, L. (2006). Métier Artistry: Revealing reflection-in-action in everyday practice. *Nurse Education Today, 26*(1), 54-62. doi: DOI: 10.1016/j.nedt.2005.07.005
- Stone, C. L., & Rowles, C. J. (2002). What reward do clinical preceptors in nursing think are important. *Journal for Nurses in Staff Development, 18*, 162-166.
- Taylor, B., J. (2000). *Reflective practice: A guide for nurses and midwives*. Buckingham: Open University Press.
- Timmins, F. (2006). Critical practice in nursing care: analysis, action and reflexivity. *Nursing Standard, 20*(39), 49-54.
- Titchen, A. (2003). Critical companionship: part 1. *Nursing Standard, 18*(9), 33-40.

- Usher, K., Nolan, C., Reser, P., Owan, J., & Tollefson, J. (1999). An exploration of the preceptor role: preceptors' perceptions of benefits, supports and commitment to the role. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 506-514.
- Warren, A. L., & Denham, S. A. (2010). Relationships between formalized preceptor orientation and student outcomes. *Teaching and Learning in Nursing*, 5(1), 4-11.
- Wilkinson, J. (1999). Implementing reflective practice. *Nursing Standard*, 13(21), 36-40.
- Williams, B., & Walker, L. (2003). Facilitating perception and imagination in generating change through reflective practice groups. *Nurse Education Today*, 23, 131-137.
- Yonge, O., Hagler, P., Cox, C., & Drefs, S. (2008a). Listening to Preceptors: Part B. *Journal for Nurses in Staff Development*, 24, 21-26.
- Yonge, O., Hagler, P., Cox, C., & Drefs, S. (2008b). Time to Truly Acknowledge What Nursing Preceptors Do for Students. *Journal for Nurses in Staff Development*, 24(3), 113-116.
- Yonge, O., Hagler, P., Cox, C., & Drefs, S. (2008c). Listening to Preceptors: Part B. *Journal for Nurses in Staff Development*, 24, 21-26.
- Yonge, O., Krahn, H., Trojan, L., Reid, D., & Haase, M. (2002b). Supporting Preceptors. *Journal for Nurses in Staff Development*, 18, 73-79.
- Yonge, O., Krahn, H., Trojan, L., Reid, D., & Haase, M. (2002a). Being a preceptor is stressful! *Journal for Nurses in Staff Development*, 18, 22-27.

Annexes
Tableaux et figures

Annexe 1 : Tableau 1

Résumé comparatif des études empiriques portant sur le développement professionnel des
préceptrices

Annexe 1 : Tableau 1. Résumé comparatif des études empiriques portant sur le développement professionnel des préceptrices

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
(Billay & Myrick, 2008) Preceptorship: An integrative review of the literature CANADA	1# Décrire comment le préceptorat est défini dans la littérature en sciences de la santé entre 1994-2005 et 2# Identifier quelles nouvelles connaissances et information ont émergées sur le sujet durant cette période		Recension des écrits intégrative Non-expérimentale Articles entre 1994-2005 avec critères d'inclusion N=313 -Sc. Inf. =65(28%) -Médecine= 40 -Pharmacie=13 -Sc. Dentaires=7 N=31 Les articles furent analysés avec un outil de collecte de données à 21 items adapté de Sparbel & Anderson (2000)	Majorité des écrits publiés après 2000 Considérant la quantité d'articles en SI, il peut être assumé que le préceptorat est valorisé comme un modèle légitime d'enseignement-apprentissage pour la préparation professionnelle Un modèle aussi perçu comme permettant de réduire l'écart entre la théorie et la pratique Des entraves récurrentes au préceptorat sont constatées : manque de temps et de préparation adéquate Les résultats des recherches en médecine et en pharmacie sont similaires La majorité des auteurs ayant publié plus d'une fois provenait des SI, ce qui illustre la valeur importante du préceptorat dans la profession. La plus grande proportion des articles provenait du Canada et des États-Unis, suivi par le Royaume-Uni et l'Australie Consensus émergeant quant à la terminologie et conceptualisation du	Le manque d'évaluation psychométrique sur les outils de collecte de données à utiliser avec cette population (préceptorat) Un échantillonnage 1/10 article peut avoir contribué à l'exclusion d'articles clés et augmenté les chances d'erreurs d'échantillonnage La sauvegarde de phrases clés des articles dans les bases de données peut avoir été inconsistante, cela produisant un échantillon non représentatif Biais potentiel de l'auteur	Cette revue de littérature démontre des implications significatives pour la pratique, dont que le préceptorat demeure une méthode d'enseignement et d'apprentissage courante en SI, médecine, pharmacie et dentisterie En SI il s'agit de l'approche principale pour socialiser les étudiantes à la profession, Le besoin de partenariat et collaboration entre les milieux académiques et de soins ressort, un programme d'étude (curriculum) bien développé est garant du succès d'un modèle de préceptorat, Il y a des attitudes et approches reconnues chez les préceptrices comme favorisant l'apprentissage Des recherches ethnographique et à action participatives pourraient procurer de différentes perspectives non effectuées

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
				<p>préceptorat</p> <p>Les buts des articles recensés illustrent le désir de comprendre un phénomène. 42% n'indiquaient pas de questions de recherche ou d'hypothèses, cela rendant difficile une réplication potentielle. 62% n'identifiaient pas de limites, la majorité ne spécifiaient pas non plus leur méthode de collecte de donnée et 29% n'ont pas émis de recommandations</p>	<p>Limites de temps ayant possiblement influencé le processus de révision</p>	<p>jusqu'à maintenant</p>
<p>(Billay & Yonge, 2004) Contributing to the theory development of preceptorship CANADA</p>	<p>Clarifier et analyser le concept de préceptorat tel que vécu par les préceptrices. Ajouter des connaissances à celles déjà existantes sur le préceptorat dans la profession infirmière</p>		<p>Recension des écrits dans les domaines des SI, médecine, éducation, travail social, réhabilitation, dentisterie, droit et pharmacie sur la conceptualisation du préceptorat entre janvier 2000 à avril 2004, en anglais</p> <p>Plusieurs ressources furent utilisées dont deux dictionnaires étymologiques</p> <p>Un total de N=45 articles se rattachant aux SI</p>	<p>Analyse de concept selon 8 étapes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>Sélection du concept</u> : préceptorat 2) <u>But et utilité de l'analyse</u> : favoriser une application appropriée, approfondir la compréhension en milieu académique et en milieu clinique 3) <u>Identifier toutes les utilisations du concept</u> : les concepts de préceptorat et de mentorat se chevauchent à certains égards 4) <u>Déterminer les attributs définissant le concept</u> : les étudiantes relèvent de façon consistante les caractéristiques devant être présentes chez les enseignantes 5) <u>Construire un modèle</u> : un 	<p>L'analyse de concept n'est pas simple</p> <p>L'analyse d'articles en anglais et se rattachant aux SI seulement a pu entraver les résultats</p> <p>Les contraintes de temps des chercheuses</p> <p>Le manque de compréhension et de terminologies communes dans les différentes</p>	<p>Les résultats anticipés de cette étude veulent faciliter la compréhension du concept de préceptorat, ses fonctions, celles des préceptrices et l'importance d'une définition pour clarifier l'application dans la profession</p> <p>Les attributs courants de la préceptrice découverts dans la littérature</p> <p>Les disciplines des SI, de la médecine et de la pharmacie possèdent des écrits scientifiques sur le préceptorat</p> <p>Le préceptorat demeure une activité complexe, exigeante et pleine de défis.</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
			exclusivement furent retenus sur un total de 225 recherches. Pour les autres disciplines les articles se limitent au rôle d'enseignante et d'apprenante dans le milieu clinique	exemple concret de préceptorat avec ses attributs 6) <u>Construire un modèle de contre-exemple</u> : afin d'illustrer ce qui ne serait pas qualifié de préceptorat 7) <u>Identifier les antécédents et les conséquences</u> : les conditions requises au préceptorat menant à son accomplissement tel que le pont entre la théorie et la pratique, la satisfaction personnelle et professionnelle, etc. 8) <u>Définir les référents empiriques</u> : classes ou catégories du phénomène qui se démontrent par l'existence même du préceptorat	disciplines Cette analyse se limite à l'application du concept dans le domaine de l'éducation des SI en non à l'intégration de nouvelles employées dans le milieu clinique	Plus de recherches sont nécessaires. Plusieurs questions émergent de cette étude, dont devrait-il y avoir une forme d'accréditation ou de formations continue obligatoires pour les préceptrices? Quelle est la meilleure façon de soutenir les étudiantes et les préceptrices durant cette expérience?
Articles qui se centrent sur les préceptrices						
(Altmann, 2006) Preceptor Selection, Orientation, and Evaluation in Baccalaureate Nursing Education ÉTATS-UNIS	Déterminer l'existence de lacunes dans l'utilisation du préceptorat comme stratégie d'enseignement et d'apprentissage Explorer la	Non déterminé	Exploratoire, descriptive et comparative Réplique de l'étude canadienne de Myrick & Barrett (1992) N=226 doyens et directeurs de premier cycle Bacc. en sciences	Les programmes de préceptorat sont une méthode courante d'enseignement au Bacc. aux É-U (augmentation de 70% à 85.9%) Malgré qu'une augmentation des critères de sélection des préceptrices quant à leur formation initiale soit notée (62.5% exige le Bacc. vs 30% en 1992), la diminution de l'expérience clinique exigée est considérable (30.8% accepte une année d'expérience vs 10%)	Questionnaire avec fiabilité faible utilisant des questions avec un niveau d'analyse limité. Données de comparaison provenant d'un autre pays (Canada), où les exigences en	La préparation des préceptrices influence positivement l'apprentissage des préceptrices et étudiantes, tout en contribuant à la croissance professionnelle des préceptrices L'étude démontre qu'une durée insuffisante est allouée à l'orientation des préceptrices Besoin d'améliorer les

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
	direction de recherches et d'utilisation futures au préceptorat clinique		infirmières aux É-U Taux de réponse 79.2%	Les compétences et l'expérience en enseignement n'étaient pas considérés comme un critère de sélection important Malgré la quantité d'informations et la formation requise pour être préceptrice, la durée moyenne du programme d'orientation, soit 2.5h, apparaît inadéquate L'évaluation des préceptrices est à la hausse (68.4% vs 30%)	éducation peuvent différer	programmes de préceptorat succincts et intéressants usant de stratégies éducatives alternatives (modules, vidéos, instructions en ligne), sans oublier de les évaluer Augmenter le soutien aux préceptrices Altman réfère aux stades de Benner, afin de sélectionner les infirmières préceptrices les plus appropriées
(Hyrkäs & Shoemaker, 2007) Changes in the preceptor role: re-visiting preceptors' perceptions of benefits, rewards, support and commitment to the role ÉTATS-UNIS et CANADA	Explorer la relation entre la perception des bénéficiaires, reconnaissance, soutien et l'engagement au rôle de préceptrice avec un groupe d'étudiantes finissantes en sciences infirmières et des nouvelles infirmières embauchées	Définitions des concepts clés (bénéficiaires et reconnaissance, soutien, engagement) adoptées de Dibert & Goldenberg (1995)	Descriptive corrélationnelle, méthode similaire aux études de Dibert & Goldenberg (1995) et Usher, Nolan, Reser, Owan, & Tollefson (1999) N=82 préceptrices divisées en 2 groupes : A) auprès d'étudiantes N= 55 et B) auprès de nouvelles infirmières embauchées N=27, 4 questionnaires	Les résultats de cette étude sont analogues à celles de Dibert & Goldenberg (1995) auprès de 59 préceptrices Ontariennes et Usher, Nolan, Reser, Owan, & Tollefson (1999) auprès de 134 préceptrices Australiennes L'étude confirme que les préceptrices s'engagent dans le rôle, surtout lorsque les bénéficiaires (principalement non matériel) sont disponibles, tels que les formations essentielles à leur développement. Le soutien continu est constaté comme un besoin essentiel que la formation préparatoire seule ne peut pas combler. D'ailleurs le soutien	Taux de réponse faible gr. A : 32.4% et gr. B : 48.2% (réponse moyenne 82/226 = 36.3%) Résultats possiblement biaisés par : -Probabilité que les préceptrices les plus actives et enthousiastes aient participé aux formations préparatoires et complété les questionnaires	Les préceptrices de nouvelles embauches devraient être soutenues au même titre que celles d'étudiantes Les formations aux préceptrices demeurent un point de départ vers un programme plus vaste Plus d'attention est requise pour développer des systèmes de soutien efficaces tel que le réseautage entre préceptrices de nouvelles embauches et d'étudiantes

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
			furent utilisés : 1) échelle de perception de bénéfiques et reconnaissance 2) échelle de perception du soutien 3) échelle d'engagement au rôle 4) informations démographiques	envers les préceptrices de nouvelles embauches spécifiquement demande plus d'attention de la part des éducatrices et organisations	-Préceptrices actuellement en relation de préceptorat avec une étudiante et recevant du soutien du milieu académique	
(Henderson, Fox, & Malko-Nyhan, 2006) An evaluation of preceptors' perceptions of educational preparation and organizational support for their role AUSTRALIE	Identifier la pertinence et l'utilité du soutien de formation et managérial chez les préceptrices de l'organisation	Non déterminé	Longitudinale descriptive N=36 préceptrices participant à des focus groupe à 2-3 mois et 6-9 mois suivant leur formation sur le préceptorat	Les résultats classés par thèmes sont identiques à 2-3 mois et 6-9 mois <u>Satisfaction de la formation préparatoire</u> (2 jours) <u>Satisfaites du rôle</u> qu'elles associent à leur développement personnel et à l'opportunité d'apprendre <u>Insatisfaction du soutien</u> : dans l'exercice de leur rôle, le manque de reconnaissance, temps, assistance Stratégies de soutien identifiées, dont soutien d'apprentissage pour les préceptrices via réseau de soutien	Étude dans un milieu hospitalier spécifique ne permettant pas la généralisation, Participants volontaires Pas de recommandations spécifiques quant au temps et soutien requis pour rencontrer les besoins des préceptrices	Démonstration de la valeur de la formation préparatoire et continue, en tant que forme de soutien, reconnaissance, satisfaction et rétention, Manque de soutien et de temps libéré entre préceptrices et nouvelles représentent barrières majeures, Rétroactions sur la performance des préceptrices et réseautage représentent formes de soutien
(Luhanga, Dickieson, & Mossey, 2010)	Explorer et décrire le rôle, le soutien et le		Qualitative descriptive et exploratoire	En lien avec le soutien et le développement des préceptrices, les similitudes se divisent en 4 thèmes :	Échantillon limité à un seul hôpital et une université	La majorité des préceptrices veulent des ressources matérielles concises, « user

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
<p>Preceptor preparation: an investment in the future generation of nurses.</p> <p>CANADA</p>	<p>développement de la préceptrice, dans un contexte rural du nord canadien</p> <p>Explorer la perception de l'utilité du PRM (Preceptor Resource Manual) en tant que guide préparatoire au rôle</p>		<p>N=22 préceptrices</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- <u>Accessibilité des ressources</u> (améliorer la communication et partage d'informations avec les facultés) 2- <u>Complexité du rôle</u> (clarifier les rôles et attentes, préceptrices novices ou expérimentées ont besoin d'aide avec l'évaluation) 3- <u>Partenaires</u> (manque de communication et soutien face aux cas difficiles, suggestion de contacts en personne et formations en groupes prodiguées par les facultés) 4- <u>Développement du rôle</u> (recommandation d'un processus de sélection, manque de formation, expert clinique n'égale pas expert en enseignement, suggestion de sujets de formation (objectifs, rôle et attentes, rétroactions constructives, résolution de conflits, gestion de situations d'échec et pratique dangereuse), séminaire de formation préparatoire, groupe de soutien-forums-mentorat entre pairs 	<p>du nord-est canadien,</p> <p>Spécificité de la formation des participants,</p> <p>Connaissance et utilisation minimale du PRM a engendré peu de rétroactions sur son utilité</p>	<p>friendly » et accessibles</p> <p>Importance d'offrir du soutien tôt dans l'expérience du préceptorat de la part des éducateurs, gestionnaires et collègues</p> <p>Développer des outils d'évaluation pour les préceptrices</p> <p>Établir une structure de communication claire avec les facultés</p> <p>Développer des stratégies de soutien pour les préceptrices</p> <p>Suite à cette étude la Faculté des SI de l'université Laurentian a débuté un programme de développement des préceptrices (PDP) avec une variété de ressources individuelles et en groupe, en ligne et matérielle offrant un aperçu du programme de Bacc., rôles et responsabilités des étudiantes et préceptrices, facilitation d'apprentissage clinique, évaluation et une pratique réflexive fondée sur les données probantes</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
(McCarthy & Murphy, 2010) Preceptors' experiences of clinically educating and assessing undergraduate nursing students: an Irish context IRLANDE	Explorer les perceptions et expériences des préceptrices d'étudiants en Irlande		Mixte descriptive exploratoire N=970 préceptrices, à l'aide de questionnaires (22 questions avec échelle de Likert et deux questions ouvertes) Taux de réponse 49% (470/970), entre janvier et mars 2006	<p><u>Thème 1 : Préceptrice-étudiante:</u> Manque de temps et sentiment de culpabilité et de frustration ressenti par les préceptrices. La plupart apprécient de travailler avec les étudiantes et expriment une grande satisfaction.</p> <p><u>Thème 2 : Rôle de la préceptrice :</u> Dans cette étude les préceptrices ne se sentaient pas en confiance, soutenus et reconnues pour leur apport. La majorité a dénoncé la durée trop courte de formation préparatoire. Elles ont suggéré de prolonger la formation et d'obtenir un soutien continu. Elles ont exprimé un désir de s'améliorer en recevant de la rétroaction, elles veulent se développer personnellement et professionnellement</p> <p>Offrir de la rétroaction régulièrement suggère un empowerment chez les préceptrices</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Rôle complexe 2. Préparation initiale cruciale, mais ne garantissant pas de rencontrer les besoins des préceptrices 3. Manque de temps pour enseigner et surcharge de travail demeurent des facteurs dominants. 4. Manque flagrant de soutien 5. Offrir de la rétroaction régulièrement suggère un empowerment chez les préceptrices 6. Peur vis-à-vis les étudiants faibles ou en situation d'échec 7. Stress et épuisement professionnel <p>Soutenir et assurer le développement professionnel par : diminution de la charge de travail, prix de reconnaissance, rétroaction-évaluation, formation continue</p>
(Öhring & Hallberg, 2001) The meaning of preceptorship:	Illuminer l'expérience et le sens du préceptorat vécu par des		Phénoménolo-gique N=17 préceptrices d'étudiantes	Plusieurs thèmes, sous-thèmes et dimensions associées émergent de l'étude : 1) <u>Protection de l'étudiante :</u>		Le processus de préceptorat doit être analysé dans un contexte incluant les connaissances et l'expérience des préceptrices

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
<p>nurse' lived experience of being a preceptor</p> <p>SUÈDE</p>	<p>infirmières suédoise</p>		<p>Avec utilisation de récits narratifs des préceptrices et entrevues individuelles</p>	<p>a. Négociation des objectifs, discussion, choix d'actions, évaluation des compétences</p> <p>2) <u>Facilitation de l'apprentissage de l'étudiante</u> :</p> <p>a. Converser, réflexion, utilisation de différentes méthodes, offrir des exemples</p>		<p>Pour soutenir les préceptrices et augmenter leurs compétences la création de réseaux entre préceptrices, et l'implication des facultés avec les préceptrices dans des rencontres réflexives régulières seraient pertinents</p>
<p>(Omansky, 2010)</p> <p>Staff nurses' experiences as preceptors and mentors: an integrative review</p>	<p>Décrire l'expérience des infirmières dans le rôle de préceptrices ou mentors pour les étudiantes infirmières</p>	<p>Le modèle d'épisode de rôle (role episode model) de la recherche sur le stress organisationnel de Kahn et al. (1964)</p>	<p>Revue de littérature des études publiées entre 1999-2009</p> <p>Critères d'inclusion : langue anglaise et étude référant l'expérience de l'infirmière comme une préceptrice d'étudiante</p> <p>Critères d'exclusion : les études se centrant sur l'expérience des étudiantes ou établissant un programme d'orientation pour les préceptrices</p> <p>N=30 articles, dont</p>	<p><u>Description des études</u> : variété de définitions, méthodes mixtes (4), quantitatives (10) et qualitatives (6), en provenance des É-U, Canada, Australie, Suède, Royaume-Unis</p> <p>Toutes les études rapportent des effets positifs et négatifs au préceptorat (+) plaisir d'enseigner, de faire la différence, possibilité d'apprendre, développement personnel (-) manque de soutien, conflit d'horaire (manque de temps) et surcharge de travail</p> <p>Ambiguïté du rôle : plusieurs études remarque le manque de clarté quant à la définition du rôle résultant à son ambiguïté</p> <p>Conflit de rôle : peu de reconnaissance, peu ou non défini dans les descriptions de tâches,</p>		<p>Formation préparatoire et continue centrée sur les besoins des préceptrices. Considérer de la formation avancée</p> <p>Offrir du soutien et de la reconnaissance</p> <p>Plus de clarté dans la définition du rôle et dans la description de tâches</p> <p>Possibilités d'avancement de carrière ou évaluations annuelles avec mention qui reconnaît le travail de préceptrice</p> <p>Reconnaissance qu'une préceptrice jumelée avec une préceptorée implique du temps et que la dyade ne devrait pas être considérée comme 2</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
			20 recherches empiriques et 10 articles théoriques	Surcharge : de travail et manque de temps		personnes travaillant ensemble, mais plutôt ¾ d'une personne. La dyade devrait donc avoir moins de pt sous sa charge
(Paton, Robertson, Thirsk, & Mckiel, 2006) Who are nurse preceptors? A profile of nurse preceptors in Southern Alberta CANADA	Expliciter les formes de connaissances pratiques, professionnelles et expérientielles intégrées par les préceptrices pour mieux reconnaître la pratique professionnelle des préceptrices OU Rechercher les types de connaissances que les infirmières acquièrent et intègrent afin	Benner (1984); Benner, Tanner & Chelsa (1996); Diekelmann (2001); Moules (2002)	2 études furent conduites combinant des méthodes quantitatives et qualitatives, avec phase initiale descriptive, à l'aide d'un sondage auprès de N=770 préceptrices des régions sud du Canada (taux de réponse 46%). Cette 1 ^{ère} analyse a permis de définir le profil de la préceptrice Albertaine (Paton & al., 2006)	La formation des infirmières préceptrices des régions Chinook et Palliser expose une majorité au collégial (45%) tandis que la région de Calgary est plus diversifiée (collégial 34%), (universitaire 33%) (en milieu hospitalier 33%). Les années d'expérience varient entre 2-34 ans Le recrutement des préceptrices s'effectue par les gestionnaires Le soutien requis chez les préceptrices est principalement recherché chez leurs collègues, ce qui souligne l'importance de créer des communautés (groupe) de préceptrices. Le rôle est décrit comme stressant et demandant beaucoup de temps 69% des préceptrices se sentent non préparées pour le rôle, malgré que la		Le rôle de la préceptrice est crucial pour le transfert de la théorie à la pratique et l'évaluation des infirmières qui entrent dans la profession Les préceptrices sont pour la plupart engagées et enthousiastes en plus d'être des expertes cliniques. Cependant les compétences pédagogiques requises pour exercer le rôle sont sous-estimées Les préceptrices nécessitent de soutien et de la formation de façon continue Un site web fut créé pour offrir des ressources aux préceptrices et assurer un réseau entre les milieux cliniques et académiques

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
	d'apprécier, évaluer et enseigner efficacement aux étudiantes finissantes en milieux cliniques			majorité ait eu une formation d'une journée		
(Paton, 2010) The professional practice knowledge of nurse preceptors ALBERTA	Expliciter les formes de connaissances pratiques, professionnelles et expérientielles intégrées par les préceptrices pour mieux reconnaître la pratique professionnelle des préceptrices OU Rechercher les types de connaissances que les infirmières acquièrent et	Benner (1984); Benner, Tanner & Chelsa (1996); Diekelmann (2001); Moules (2002)	2 études furent conduites combinant des méthodes quantitatives et qualitatives, avec phase initiale descriptive, à l'aide d'un sondage auprès de N=770 préceptrices des régions sud du Canada (taux de réponse 46%). Cette 1 ^{ère} analyse a permis de définir le profil de la préceptrice Albertaine (Paton & al., 2006) La 2 ^{ème} phase englobe une interprétation qualitative de 5	L'analyse interprétative met en relief les véritables connaissances acquises par les préceptrices et ce dans 4 domaines de leur pratique. Les préceptrices décrivent leur pratique comme ouverte, critique et réflexive. L'aspect réflexif du rôle implique une introspection. 1- <u>Une forme de « connexion artistique »</u> faisant appel aux connaissances intuitives et expérientielles que les préceptrices acquièrent et intègrent dans leurs relations auprès des étudiantes. Décrite aussi comme la prise de conscience de la sensibilité de l'étudiante, par le partage des connaissances et l'inclusion dans la réflexion sur les expériences. 2- <u>La création d'une culture de respect</u> où la préceptrice reconnaît les besoins de l'étudiantes, mais aussi du		En étant modèles de rôle les préceptrices démontrent une pratique de caring respectueuse qui est inclusive, réflexive et collégiale qui fera partie du répertoire de compétences de l'étudiante Les connaissances véritables dont font preuve les préceptrices et dont bénéficient les étudiantes et futures infirmières demeurent négligées et sous-estimées 4 domaines de pratique peuvent être utilisés comme structure, par les préceptrices, afin de réfléchir sur leur expertise en enseignement, avancement de carrière et contribution à la profession Le défi pour les préceptrices est d'enseigner dans un

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
	intègrent afin d'apprécier, évaluer et enseigner efficacement aux étudiantes finissantes en milieux cliniques		entrevues individuelles et de 15 groupes de discussion (focus group) avec 3-5 participants.	<p>patient. La préceptrice engage l'étudiante à prendre le contexte en considération, en la questionnant dans le but de partager les valeurs de notre profession</p> <p>3- <u>Reconnaissance des réalités contextuelles</u> par l'intégration des connaissances nécessaire au fonctionnement de l'unité avec celles de l'étudiantes acquises en théorie</p> <p>4- <u>Préservation des idéaux d'une pratique éthique, compétente et sécuritaire</u> représenté par la responsabilité et la fiabilité des préceptrices à s'assurer des capacités et habiletés des étudiantes</p>		<p>environnement imprévisible. Malgré cette réalité, elles sont sélectionnées pour leurs compétences cliniques plutôt que pédagogiques</p> <p>Le besoin de les soutenir, guider et reconnaître leur contribution est important</p> <p>L'expertise et le défi relié à la connexion artistique avec les étudiantes demeure inconnus de la préceptrice, mais est crucial à l'évaluation juste du niveau de connaissances, compétences et de confiance des étudiantes</p> <p>Important de considérer l'anxiété inhérente au développement d'une relation (préceptrice-étudiantes) compte tenu de l'autorité et du rôle évaluatif que la préceptrice a sur l'étudiante</p>
(Rogan, 2009) Preparation of Nurses Who Precept Baccalaureate Nursing Students: A	Explorer la perception de préparation des préceptrices d'étudiante au baccalauréat et	La théorie de réalisation du rôle de Mercer (Mercer's role attainment	Quantitative descriptive N=75 infirmières de 2 centres hospitalier, sélectionnées avec critères inclusifs	Le contenu de préparation considéré comme essentiel par les préceptrices est en ordre d'importance : 1- Les responsabilités des préceptrices 2- Le rôle	Milieu spécifique dans une ville des É-U Pour une utilisation ultérieure du	Peu importe le nombre d'années d'expérience en SI les préceptrices de cette étude reconnaissent l'importance d'évaluer les besoins des étudiantes Même si la perception du

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
Descriptive Study ÉTATS-UNIS	investiguer s'il subsiste une différence de perception fondée sur les années d'expérience de travail des préceptrices, domaine de pratique, niveau académique et années d'expérience en tant que préceptrice	theory)	Court questionnaire démographique Questionnaire modifié de Alspach (2005) sur la préparation des préceptrices d'étudiantes au baccalauréat 77/138=56% taux de réponses des questionnaires	3- L'enseignement de la pensée critique 4- Évaluation constructive 5- Fixation d'objectifs réalisables pour les étudiantes 6- Supervision 7- Évaluation des besoins 8- Planification pour l'atteinte des objectifs 9- Qualification des préceptrices Ces contenus varient en ordre d'importance selon le domaine de pratique des préceptrices (médecine-chirurgie, soins critiques, autre). Il est possible qu'en raison des coûts impliqués les institutions n'offre pas la préparation essentielle aux préceptrices En plus du soutien des collègues et des superviseures les préceptrices ont besoin de celui des conseillères en formation (staff development nurses). Ces dernières peuvent assurer la préparation adéquate des préceptrices ainsi que leur formation continue	questionnaire, une échelle de Likert à 5 points serait plus appropriée pour une comparaison fiable des données La méthode utilisée pour cette étude n'était pas robuste et ne permet pas de fortes conclusions ou généralisations	contenu essentiel à la préparation varie auprès des préceptrices, elles veulent toutes connaître leurs responsabilités et s'assurer de performer adéquatement dans le rôle Un investissement dans la préparation adéquate des préceptrices en est également un auprès des nouvelles graduées, donc un investissement dans la profession
(Warren & Denham, 2010) Relationships between formalized	Identifier la relation entre l'orientation des préceptrices et		Recension des écrits N=13 recherches furent analysées quant aux	Les thèmes principaux des 13 études se divisent en deux catégories: <u>Préparation des préceptrices</u> : 3 recherches discutent du manque de		La préparation des préceptrices a un impact positif chez les étudiantes tout en contribuant à l'apprentissage et la

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
preceptor orientation and student outcomes.	ses effets chez les étudiantes		participants, outils, préparation des préceptrices, soutien et devis utilisés (Dibert & Goldenberg, 1995; Usher, et al., 1999), (Altmann, 2006; Yonge, Krahn, Trojan, Reid, & Haase, 2002a), (Bourbonnais & Kerr, 2007; Lillibridge, 2007), (Öhrling & Hallberg, 2001), (Kaviani & Stillwell, 2000),	préparation et soutien, 5 adressent l'importance de la préparation comme reliée aux habiletés essentielles des préceptrices <u>Soutien des préceptrices</u> : 3 formes sont identifiées (bénéfiques tangibles, par les milieux académiques, par l'employeur)		croissance professionnelle des préceptrices, Des standards sont nécessaires pour définir le contenu des formations initiales. Une attention doit être portée au développement des compétences des préceptrices Des suggestions pour les programmes d'orientation des préceptrices comprennent des guides créés par les universités du Wisconsin-Milwaukee et d'Illinois Des recherches sont nécessaires afin de justifier la pertinence et les résultats d'interventions particulières, de types, de durée programmes, ainsi que les formes de soutien aux préceptrices qui garantiraient leur développement et leur rétention.
(Yonge, Hagler, Cox, & Drefs, 2008a) Time to Truly Acknowledge What Nursing	Explorer les complexités et défis associés au rôle de préceptrice dans plusieurs	Non déterminé	Descriptive, via sondage validé auprès des d'étudiants et leurs préceptrices, N=86, en pharmacie,	Les résultats indiquent que seulement 16.3% des préceptrices de sentaient très bien préparée à l'exercice de leur rôle Les deux formes de reconnaissance		Il y a une corrélation positive entre la qualité de l'expérience et le niveau de soutien reçu pendant le préceptorat Ce système de « soutien »

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
Preceptors Do for Students CANADA	disciplines des sciences de la santé		médecine de réhabilitation et sciences infirmières Les données quantitatives et qualitatives furent analysées	les plus convoitées sont 1) l'accès à des programmes de DP et 2) de la formation continue en lien avec le préceptorat		devrait être exploré d'avantage Les résultats de cette étude démontrent que les préceptrices valorisent les opportunités de formation comme formes de reconnaissances
(Yonge, Hagler, Cox, & Drefs, 2008b) Listening to Preceptors: Part B CANADA	Explorer les complexités et défis associés au rôle de préceptrice dans plusieurs disciplines des sciences de la santé (Rapporter les constatations de l'analyse qualitative)	Non déterminé	Descriptive via sondage validé auprès des étudiants et leurs préceptrices, N=86, en pharmacie, médecine de réhabilitation et sciences infirmières Les données quantitatives et qualitatives furent analysées	Bien que plus de la moitié des préceptrices se déclarent adéquatement préparée pour le rôle, plusieurs (27/78) attribuent cette préparation à leurs expériences passées de préceptorat Parmi les facteurs influençant la décision de continuer à être préceptrice, le développement professionnel est à nouveau énuméré		Les besoins de préparation pour le rôle de préceptrices, pour les compétences en enseignement et en évaluation en plus de soutien en général sont largement admis dans la littérature. Ironiquement, malgré ces besoins clairement identifiés, ils demeurent sans réponse
Articles qui se centrent sur les programmes de préceptorat						
(DeCicco, 2008) Developing a Preceptorship/ Mentorship Model for home Health Care Nurses	Analyser en profondeur l'état actuel du programme de préceptorat du Saint Elizabeth Health Care	Non déterminé	Évaluative qualitative sommative en utilisant trois méthodes de collecte de données et d'interprétation des résultats	Bénéfices multiples au programme de préceptorat, entre autre pour l'organisation en termes de recrutement et rétention, puis pour les préceptrices en leur procurant une responsabilisation accrue, une plus grande satisfaction au travail par la fierté de leur contribution dans	Milieu de soins communautaire unique	Les questionnaires se sont fait attribuer la responsabilité ultime de l'application du programme dans leur environnement Rôle de l'éducatrice : formation et soutien des

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
CANADA	(SEHC) et subséquemment en créer un modèle transformé et viable de préceptorat / mentorat pour les infirmières de cette organisation		1- Groupes de discussion (<i>Focus group</i>), 2- Entrevues avec informateurs clés, 3- Analyse des processus (<i>workflow</i>) Par échantillonnage intentionnel : N=27 (préceptrices, préceptorées, gestionnaires, infirmières clinique ressources, superviseurs de services de santé) en Ontario	l'équipe, un développement de carrière grâce aux opportunités d'avancement dans l'organisation. Les nouvelles infirmières pour leur part ressentent un soutien et un engagement évident 5 aspects nécessitant une amélioration : 1) variation dans le processus d'application du préceptorat, (manque de constance- revoir formation) 2) responsabilité du programme (peu ou non définie) 3) reconnaissance envers les préceptrices 4) continuité des préceptrices 5) temps « protégé », charge allégée		préceptrices, mentor pour les nouvelles embauches et aussi les préceptrices, Création d'une trousse de valorisation pour la préceptrice incluant (2 jours de formation, certificat et macaron de la préceptrice, lettre de bienvenue, formation continu, rémunération augmentée, réseautage des préceptrices de la province via formation d'une communauté d'apprentissage en ligne)
(Hallin & Danielson, 2008) Being a personal preceptor for nursing student: Registered Nurses' experience before and	Comparer l'expérience, en milieu hospitalier, des préceptrices d'étudiantes de 2000 avec celles de 2006 et explorer la relation entre l'expérience	Le modèle de préceptorat utilisé est inspiré par les fondements théoriques et philosophiques en éducation de John Dewey	Descriptive transversale, avec questionnaires administrés à 2 groupes de préceptrices (2000 et 2006) Échantillons indépendants N=160 (2000) avec	<u>Caractéristiques personnelles et cliniques</u> : quelques différences (ex : niveau de scolarité +élevé en 2006, inf. +jeunes, -d'expérience) <u>Préparation</u> : différences significatives positives constatées entre 2000 et 2006. Suivant l'introduction du modèle de préceptorat, les préceptrices se sentaient davantage préparées en 2006, ce qui indique que le	Il fut impossible de comparer l'expérience de préceptorat des mêmes infirmières de 2000 à 2006 (seulement 24, ce qui explique que les échantillons soient indépendants)	Les milieux de travail doivent développer des environnements d'apprentissage de qualité facilité par un programme de préceptorat en partenariat qui porte attention aux besoins des étudiantes et préceptrices Le temps pour la réflexion et discussions avec les étudiantes est nécessaire et doit être

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
<p>after introduction of a preceptor model</p> <p>SUÈDE</p>	<p>des préceptrices et leurs caractéristiques personnelles / cliniques</p>	<p>(1964) qui intègre la théorie, la pratique, la réflexion et l'action</p>	<p>taux de réponse 113/160, 70.7% et N=154 (2006) avec taux de réponse 109/154, 70.8%</p>	<p>programme de préparation a été un succès</p> <p>Le programme offrait 4hrs par semaine comme forme de compensation pour la formation continue et l'échange de connaissances avec les étudiantes, mais le temps réel qui y a été consacré n'a pas été mesuré</p> <p><u>Soutien (des enseignantes, collègues, infirmières)</u> : améliorations notées surtout avec les enseignantes offrant du soutien pour l'évaluation des étudiantes</p> <p>Les préceptrices ont évalué le lien entre la recherche et la pratique clinique comme « pauvre ». 30% n'avaient jamais participé à un atelier de formation et 23% utilisaient les lignes directrices à un niveau faible ou très faible</p> <p>Les préceptrices reçoivent beaucoup de soutien des pairs, mais peu des autres infirmières et gestionnaires</p> <p><u>-Relation entre les expériences de préceptorat et les caractéristiques des préceptrices</u> : corrélation (+) entre les expériences de préceptorat et le niveau d'intérêt envers le préceptorat</p>	<p>Le questionnaire de 2006 manquait d'éléments sur le soutien des préceptrices en chef (head preceptor)</p> <p>Un % élevé de choix de réponses « pas d'opinion », en égard au soutien</p> <p>Les préceptrices les plus enthousiastes ont peut-être participé à l'étude dans ce milieu hospitalier unique</p> <p>Les préceptrices avec moins de 2 expériences de préceptorat furent exclues de l'étude</p> <p>Pas de groupe de contrôle</p> <p>La première auteure est une</p>	<p>soutenu par les gestionnaires</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
				La préparation des préceptrices les aide à se sentir plus confiante dans le rôle	enseignante clinique dans l'hôpital de l'étude	
<p>(Heffernan, Heffernan, Brosnan, & Brown, 2009) Evaluating a preceptorship program in South West Ireland: perceptions of preceptors and undergraduate students IRLANDE</p>	Évaluer la perspective des parties prenantes à la préparation et aux attributs des préceptrices	Non déterminé	<p>Approche évaluative, formative incorporant 2 phases au processus de recherche :</p> <p><u>Phase 1-</u> Exploratoire : via analyse documentaire (520 formulaires d'évaluations du programme de préceptorat sur 3 ans furent colligés) et 2 entrevues « focus group » N=12 préceptrices et N=12 étudiantes furent analysées qualitativement</p> <p><u>Phase 2-</u> Validation : utilisation de données de la phase 1 pour construction d'un questionnaire</p>	<p>Plus de la moitié des préceptrices (62.7%) considèrent la durée du programme comme suffisante (16hres) et acquiescent en majorité (94.3%) sur la nécessité de séances régulières de perfectionnement.</p> <p>Ces données témoignent de la reconnaissance de leurs besoins de développement professionnel continus</p> <p>4 thèmes émergent des données recueillies qui suggèrent l'efficacité du programme :</p> <p>1) <u>L'importance des caractéristiques des préceptrices</u> (accessibilité, soutien aux étudiantes et habilités de communication ressortent comme les plus importantes)</p> <p>2) <u>La démonstration des caractéristiques générales des préceptrices</u></p> <p>3) <u>Les connaissances spécifiques démontrées par les préceptrices</u> (le concept de réflexion fut évalué au plus bas par les étudiante, les préceptrices ont relevé qu'elles</p>		<p>La promotion d'une culture de soutien et d'environnement favorable à l'apprentissage est la responsabilité des gestionnaires</p> <p>La préparation des préceptrices demeurent un processus continu qui requiert un réseau de soutien, du suivi, des sessions de perfectionnement et d'évaluation de façon régulière</p> <p>La mise en place de structure de soutien continu doit être considérée</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
			<p>validé, puis distribué auprès de N=568 préceptrices et N=310 étudiantes.</p> <p>Taux de réponse 33.63% et 67.1% des questionnaires furent analysés</p>	<p>étaient incapables de contribuer en raison de la structure par écrit dans le portfolio, ce qui nous met en garde d'assumer que le portfolio engendre une réflexion dans l'action)</p> <p>4) <u>Les habiletés spécifiques démontrées par les préceptrices</u></p>		

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
(Kaviani & Stillwell, 2000) An evaluative study of clinical preceptorship NOUVELLE-ZÉLANDE	Examiner, sous la perspective des préceptrices, des préceptorées et des gestionnaires du milieu clinique et académique, l'efficacité d'un programme de préparation au préceptorat	Non déterminé	Recherche évaluative N=21 (6 préceptrices, 13 étudiantes de 3 ^{ème} année et 2 questionnaires) 2 entrevues de « focus group » avec les préceptrices et les étudiantes ainsi que des entrevues individuelles avec les questionnaires furent analysées qualitativement	Plusieurs thèmes émergent de l'analyse et ont contribué au développement d'un modèle évaluatif au préceptorat mettant en relief les facteurs intrinsèques et extrinsèques affectant l'efficacité de la préceptrice 1) <u>Catégorie organisationnelle</u> : enseignement clinique et supervision sont des compétences. Les préceptrices nécessitent de la préparation et un soutien continu sous forme d'éducation, partage de la charge de travail, communication régulière avec milieux académiques. Le besoin de réseautage continu avec d'autres préceptrices et sessions de perfectionnement a été identifié 2) <u>Catégorie préceptrice</u> : Les caractéristiques personnelles idéales, processus de sélection et rôle sont discutés. Idée de groupe de soutien entre pairs de façon formelle ou non avec perfectionnement est à nouveau soumise 3) <u>Catégorie préceptorée</u>		Il y a un besoin de ressources additionnelles afin d'assurer aux préceptrices un temps de réflexion sur leur pratique et celle de leur étudiante De la formation continue devrait être prodiguée aux préceptrices en milieu de travail et en collaboration avec les milieux académiques La formation d'un groupe de préceptrices devrait être soutenue par des rencontres régulières en milieu de travail
(Smedley, Morey, & Race, 2010) Enhancing the	Suivant l'achèvement d'un programme de	Apprentissage par l'action, apprentissage-	Quantitative, avec questionnaire anonyme auprès de N=117 infirmières	Programme de préceptorat accrédité comme cours de maîtrise en SI, sur une durée d'un trimestre (15 semaines) avec une approche	Échantillon petit et provenant d'un seul milieu de santé privé	Il se dégage de l'étude un intérêt particulier des préceptrices sur la compréhension de

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
<p>Knowledge, Attitudes, and Skills of Preceptors: An Australian Perspective</p> <p>AUSTRALIE</p>	<p>formation préparatoire au préceptorat, mesurer les impacts de l'augmentation des connaissances sur les processus d'enseignement, d'apprentissage, de compréhension et d'utilisation des habilités des préceptrices, du sentiment «self-efficacy» et d'attitudes positives envers les étudiantes</p>	<p>ge expérientiel (Mezirow, 1981; Schön, 1973)</p>	<p>ayant complété le programme entre 2004 et 2007 (taux de participation de 53.8% (63/117))</p> <p>Plus spécifiquement le questionnaire évalue la perception d'augmentation des connaissances sur : les styles et modèles d'enseignement et d'apprentissage, apprentissage aux adultes, la réflexion, la pensée critique et la résolution de problème</p>	<p>d'apprentissage dans l'action (action learning)</p> <p>Objectifs atteints pour majorité des infirmières de l'étude, + du ¾ ont perçu augmentation de connaissances en enseignement et processus d'apprentissage, ½ sur compréhension et utilisation des habilités des préceptrices, 8.3% indique que le programme n'a pas modifié leur perception d'elles-mêmes en tant que préceptrices (self-efficacy), l'attitude des préceptrices envers les étudiantes est influencée par leur développement et perception de self-efficacy</p> <p>Les données suggèrent que les programmes efficaces devraient se centrer sur les habiletés de communication, la compréhension de l'apprentissage, processus d'évaluation, pensée logique, utilisation de pratique réflexive et utilisation de la rétroaction</p>		<p>l'apprentissage chez adultes, application de pratique réflexive aux scénarios clinique et rétroactions constructives</p> <p>Il est fortement recommandé que les institutions qui utilisent le modèle de préceptorat entament des recherches pour identifier si leur programme actuel prépare adéquatement les préceptrices et sous quelles formes la formation et le soutien continu peuvent être prodigués</p>

Annexe 2 : Tableau 2
Résumé comparatif d'études empiriques portant sur la pratique réflexive

Annexe 2 : Tableau 2. Résumés comparatifs d'études empiriques portant sur la pratique réflexive

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
<p>(Gustafsson, Asp, & Fagerberg, 2007) Reflective practice in nursing care: embedded assumptions in qualitative studies SUÈDE</p>	<p>Analyser l'état actuel de la recherche qualitative sur la PR afin de créer et synthétiser les connaissances et la compréhension de la PR pour les infirmières</p>	<p>Cet article est fondé sur le concept de base du « soin » élaboré par Eriksson, (1997), dans la science du caring</p>	<p>Méta-étude (<i>meta-study</i>) interprétative qualitative impliquant une analyse et synthèse de la recherche qualitative en PR destinée aux infirmières</p> <p>Échantillonnage intentionnel (<i>purposive sampling</i>), entre les années 1980-2004</p> <p>N=36 recherches empiriques, N=27 recherches théoriques et N=1 thèse de doctorat, dont une majorité provenait du Royaume-Uni, suivi par l'Australie, É-U, Suède, Belgique, Norvège, Nouvelle Zélande</p>	<p>Identification par les auteurs de concepts et hypothèses sur la PR en pratique clinique qui oriente la conceptualisation.</p> <p><u>La méta analyse des méthodes</u> expose que malgré que les recherches utilisent des données empiriques, les hypothèses sont principalement fondées sur la théorie, ce qui limite la production d'évidences empiriques</p> <p><u>La méta analyse des théories</u> : la majorité des recherches se réfèrent à Schön (1983), Kolb (1984), Benner (1996), et Carper. Dans cette construction active du savoir, la réflexion occupe une place centrale dans l'apprentissage des infirmières</p> <p><u>La méta analyse des données</u> dégage 3 thèmes 1- la PR comme un agent (qui reconnaît le processus cognitif interne et individuel), 2- La PR comme un outil (bien que le processus de départ soit interne, il peut s'extérioriser en groupe) et 3- La critique de la PR (comprenant les critiques et les problématiques entourant la PR surtout quant au manque d'évidences sur son impact envers les patients). Ces thèmes sont</p>	<p>Cette présente analyse et conceptualisation ne prétend pas saisir toute la complexité du phénomène de la PR en sciences infirmières</p> <p>Cette méta-étude n'a pas considéré les bases de données des services sociaux</p> <p>L'échantillon comprend des recherches empiriques mais inclus aussi des recherches théoriques, ce qui est justifié par le fait qu'elles se concentrent sur les soins cliniques infirmiers</p> <p>La présence d'une dominance culturelle de recherches en</p>	<p>En raison du courant constructiviste qui sous-tend la PR, les infirmières ont une responsabilité vis-à-vis leur apprentissage. Elles doivent développer leurs habilités métacognitives. Cependant cette construction de savoirs expérientiels n'est pas reconnue dans les organisations qui attribuent de la validité aux connaissances scientifiques</p> <p>Cette méta-étude révèle une grande quantité de recherches fondées sur des hypothèses théoriques ainsi qu'une multitude d'infirmières qui confirment la valeur considérable de la PR dans leur pratique. En dépit de ces démonstrations positives, il subsiste un manque d'évidences empiriques démontrant les améliorations cliniques et élucidant la perspective des patients</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
				<p>également divisés en 4 sous-thèmes (clinique infirmière, connaissances infirmière, profession infirmière)</p> <p><u>La méta synthèse</u> : la PR est une activité métacognitive prenant place avant, pendant et après le déclenchement d'émotions dans la pratique</p> <p>La vague de PR en SI à principalement des fondements constructivistes</p> <p>La PR en SI est centrée sur l'apprentissage. La réflexion a une dimension interne (introvertie) et extravertie. Bien que le processus soit dynamique, le point de départ de la réflexion reste interne pour ensuite pouvoir s'extérioriser</p>	<p>provenance du Royaume-Uni et des alentours, ce qui est justifié par le fait que l'application de la PR y est obligatoire</p>	
<p>(Gustafsson & Fagerberg, 2004) Reflection, the way to professional development? SUÈDE</p>	<p>Décrire l'expérience de réflexion des infirmières en relation avec les situations de soins pour comprendre comment les infirmières utilisent la</p>	<p>Le concept de « soin » dans la science du caring (Eriksson, 1997), ainsi que la définition d'une situation infirmière</p>	<p>Approche qualitative de la phénoménographie, basée sur la recherche pédagogique, à l'aide d'entrevues semi-structurées de 45-60 minutes</p> <p>N=4 infirmières reconnues pour leur</p>	<p>Les résultats se présentent sous trois catégories principales, avant d'être intégrées dans un modèle de développement professionnel :</p> <p>1- <u>La réflexion des infirmières sur les situations de soins</u> : apparaît dans 4 sous catégories où les descriptions proviennent d'un processus individuel, mais aussi d'une réflexion avec les autres</p> <p>a) Le retour : Les entrevues révèlent que les infirmières portent une</p>	<p>La réalité est plus complexe qu'un modèle théorique peut décrire et ses différentes sections sont difficiles à garder séparées</p> <p>L'approche qualitative choisie ne permet pas la</p>	<p>L'objectif du modèle de DP est d'offrir une structure au contenu des réflexions des infirmières. Il peut être utilisé comme un outil mettant emphase sur le sens des réflexions des infirmières sur leurs soins.</p> <p>La PR accroît l'autonomisation (empowerment) des</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
	réflexion dans leur travail quotidien	par Orlando (1961) qui soutient cette étude	utilisation de PR, dont 2 qui participent systématiquement à des séances de supervision clinique	<p>réflexion sur les situations de soins problématiques en portant peu d'attention aux positives. La PR implique de concevoir les événements sous toutes formes (relations avec les patients, rencontres, incidents, techniques, situations de soins) avec de nouvelles perspectives. (b) Technique du miroir et supervision clinique. (c) La réflexion avant et après l'action. (d) L'utilisation d'expériences.</p> <p>2- <u>Le contenu des situations de soins</u> :</p> <p>a) Considérations éthiques : la découverte de situations où les infirmières n'ont pas agi selon leurs convictions. (b) Courage : le changement et la prise de risques amènent les infirmières à développer leur confiance en soi. (c) Utilisation de son imagination : démontrer de l'ouverture et se rapporter à ses émotions</p> <p>3- <u>Les conséquences d'une pratique réflexive</u> : Les infirmières reconnaissent que la réflexion leur permet de mûrir professionnellement</p> <p>(a) La rencontre de l'unique : les infirmières décrivent qu'elles ne parviendraient pas à percevoir</p>	généralisation Échantillon petit N=4	<p>infirmières et contribue au développement clinique de leurs soins. La qualité de ceux-ci dépend souvent du DP de l'infirmière</p> <p>La réflexion assiste les infirmières à faire usage de courage. Cet élément ressort comme vital au DP des infirmières de cette étude</p> <p>Malgré que la réflexion puisse s'exercer avant ou pendant une situation, elle le succède la plupart du temps.</p> <p>La réflexion personnelle favorise l'apprentissage des infirmières en s'appuyant sur leurs accomplissements, cela contribuant à leurs capacités à enseigner aux autres.</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
				<p>l'unicité de chaque patient sans la réflexion. (b) L'empathie (c) Le développement</p> <p>Les infirmières admettent que la réflexion concoure à leur maturation professionnelle. Elles peuvent décrire ce qu'elles croient être les conséquences de ne pas l'appliquer dans leur pratique</p>		
<p>(Mann, Gordon, & MacLeod, 2009) Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review</p>	<p>Comprendre les variables clés influençant le processus de réflexion</p>	<p>Schön (1983, 1987), Boud et al. (1985) Mezirow (1991), Dewey (1933), Hatton & Smith (1995) et Moon (1999)</p>	<p>Recension systématique des écrits et analyse des sur la réflexion et la pratique réflexive, en éducation des professions de la santé,</p> <p>Entre 1995-2005</p> <p>N= 29 recherches, médecine (14), SI (11), autres professions de la santé (4), en provenance principalement du Royaume-Uni</p>	<p>Les résultats sont structurés et synthétisés sous 6 questions et par discipline (médecine, SI, autre).</p> <p>1) <u>Est-ce que les professionnels de la santé s'engagent dans la PR?</u> Les auteurs rapportent 2 études en SI sur la réflexion dans la pratique, dont la recherche de Gustafsson & Fagerberg, 2004</p> <p>Les résultats dévoilent que les infirmières et les médecins utilisent la réflexion pour éclairer leur pratique</p> <p>2) <u>Quelle est la nature de la pensée réflexive des étudiants?</u> Les études auprès d'étudiants impliquent un grand nombre de participants. Comme les praticiens, les étudiants présentent différentes orientations à la réflexion et niveaux de pensée réflexive. Les niveaux de réflexion plus profonds apparaissent</p>		<p>Cette revue de littérature révèle que les études empiriques recensées abordent les effets de la pratique réflexive d'une façon auto-rapportée, donc des perceptions de changements dans la pratique. Cependant, plusieurs résultats se retrouvent systématiquement et ce, malgré les différentes méthodes, groupes à l'étude ou professions. Entre autres :</p> <p>La réflexion est reconnue pour remplir maintes fonctions comme aider à comprendre les situations complexes et susciter l'apprentissage à partir de l'expérience. Dans la pratique professionnelle, la réflexion peut prendre forme pendant ou après l'action, mais l'anticipation de</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
				<p>comme les plus difficiles à accomplir</p> <p>3) <u>Est-ce que la pensée réflexive peut-être évaluée?</u> Selon la recension, il semble que la réflexion puisse être évaluée et même les niveaux de réflexion discernés</p> <p>4) <u>Est-ce que la pensée réflexive peut-être développée?</u> Les résultats suggèrent que la pensée réflexive peut être développée avec certaines interventions. Cependant, une seule de ces études avait un groupe de comparaison rendant la transférabilité discutable</p> <p>5) <u>Quels contextes influencent favorablement ou défavorablement le développement de la réflexion et la capacité d'être réflexif?</u> En SI l'étude de Gustafsson & Fagerberg, 2004 est citée démontrant l'influence positive de la supervision clinique pour favoriser la réflexion</p> <p>Selon les 12 études analysées, les éléments les plus influents au développement de la réflexion demeurent un environnement offrant du soutien intellectuel et émotionnel, un contexte authentique, la reconnaissance des différents styles d'apprentissage, mentorat, les</p>		<p>situations problématiques pourrait également stimuler le processus. Ce processus apparaît variable entre les individus et selon le contexte où ils évoluent. L'habileté de réflexion pourrait se développer avec le temps, la pratique et certains stimuli tels que la réflexion en petits groupes. L'environnement d'apprentissage apparaît comme pouvant encourager ou inhiber la pensée réflexive et la réflexion, à cet égard le rôle du guide, mentor ou superviseur semble un facteur important</p> <p>Quant aux modèles de réflexion, celui de Schön est fréquemment soutenu dans la littérature et ce même dans des études où il n'est pas spécifié. Cela suggère une certaine validité au modèle conceptuel</p> <p><u>Implications pour la recherche :</u></p> <p>Plusieurs questions sont offertes</p> <p><u>Implications en éducation :</u></p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
				<p>groupes de discussions et la liberté d'expression. D'autres facteurs tels que la perception de la pertinence de la réflexion, une expérience positive préalable, un climat organisationnel respectueux offrant du temps pour la réflexion</p> <p>6) <u>Quels sont les effets potentiels positifs et négatifs à la promotion de la réflexion?</u></p> <p>Plusieurs études relèvent des bénéfices vis-à-vis les apprenants et aussi en regard de la relation enseignant-apprenant. Les plus grands bénéfices rapportés concernent la perception d'améliorations dans la pratique, rendant les praticiens plus réfléchis, et les faisant remarquer qu'il n'y a pas qu'une seule bonne réponse ou solution</p> <p>Peu d'effets négatifs potentiels ressortent</p> <p><u>Discussion</u></p> <p>L'état de la recherche sur les stratégies pour promouvoir la réflexion et PR est dans ses premiers stades de développement. La majorité des 29 études étaient de nature observationnelle. Les études qualitatives ont démontré des</p>		<p>La réflexion serait des plus utiles comme stratégie d'apprentissage, afin de faciliter l'assimilation de nouvelles connaissances à celles déjà existantes. Plus particulièrement dans le milieu clinique, la réflexion assisterait à intégrer la composante affective des apprentissages. Le processus demeurant tacite, il s'avère important pour les enseignants de pouvoir agir en modèles de rôles et donc d'explicitier leur réflexion. Ce faisant par cette réflexion en collaboration où l'on partage son expérience en invitant la rétroaction de l'autre, la réflexion pourrait préparer le professionnel au travail interdisciplinaire.</p> <p>La littérature répète le bien fondé de guider et superviser la réflexion, surtout dans la phase d'initiation. Les auteurs concluent que lorsqu'utilisé de façon appropriée, la réflexion comme stratégie d'apprentissage ne présente aucun désavantage ou préjudice. Dans le pire des</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
				<p>conceptualisations théoriques fondées avec des méthodes appropriées aux questions de recherches conduisant à des hypothèses et résultats raisonnables</p> <p>Un défi rencontré pour cette recension fut la variété de terminologies utilisées entre les différentes études et domaines cela rendant difficile les interprétations, comparaisons et synthèses des résultats. Plusieurs études ne présentaient la définition de réflexion utilisée par les auteurs</p>		<p>cas, elle ne serait qu'une méthode d'enseignement équivalente aux autres.</p>
<p>(Paget, 2001) Reflective practice and clinical outcomes: practitioners' views on how reflective practice has influenced their clinical practice ROYAUME-UNI</p>	<p>Fournir des résultats empiriques sur les impacts cliniques de la PR</p>		<p>Évaluative quantitative et qualitative, par sondage rétrospectif d'un processus éducationnel, construite en 3 phases :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Phase inductive par la collecte de données en groupes de discussion (focus group) 2) Questionnaire postal, avec pré-test (taux 	<p><u>Résultats des données quantitatives</u> : l'utilité et la valeur de la PR ressortent, ainsi que la PR en groupe. Le rôle de facilitatrice apparaît comme majeure. La composante écrite de la PR est reconnue comme positive</p> <p><u>Changements dans la pratique</u> : une majorité exprime une perception de changement dans leur pratique attribuable à la PR, avec des participantes indiquant un changement intégré. Une sous question a exploré ces résultats de façon qualitative :</p> <p>Les résultats qualitatifs corroborent les quantitatifs par des exemples</p>	<p>Étant à l'époque la 1^{ère} recherche empirique sur la mesure des résultats de la PR, il n'existait pas d'outils de mesure en place ou d'approche à répliquer.</p> <p>Taux de réponse à 35%</p> <p>Généralisation à être considéré avec prudence</p> <p>L'étude mesure</p>	<p>La vision de la PR chez celles ayant été initiées est très positive. Ces infirmières affirment constater des changements dans leur pratique à long terme</p> <p>Le rôle de facilitatrice à la PR s'avère crucial et exige des habiletés interpersonnelles reconnues afin de faire en sorte que la PR soit efficace, mais aussi afin pouvoir gérer les émotions émergeantes</p> <p>Les contextes de soins actuels guidés par la recherche de qualité à coût modique devraient être sensibles au</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
			<p>de réponse à 35%, 72/200)</p> <p>3) Entrevues téléphoniques individuelles et volontaires (10 entrevues, (38 volontaires), 12 mois suivant le questionnaire)</p> <p>Échantillon stratifié N=200 étudiantes ayant reçus une formation formelle et mesurable en PR</p>	<p>concrets ou de nature plus interne. D'autres changements concernent l'application de données probantes dans différents aspects de la pratique et l'effet cathartique ressenti grâce à l'application de la PR. Ces bénéfiques semblent se transférer au-delà du milieu académique. Plusieurs clament poursuivre l'application de PR de façon informelle, d'autres utilisent le journal de bord et/ou font même la promotion de PR auprès de leurs collègues</p> <p>L'étude ne démontre pas de corrélation positive entre les années d'expérience ou le niveau académique des infirmières avec leur vision de la PR. Ceci suggérant que la PR peut être bénéfiques à tous les niveaux de novice à experte.</p> <p>Les résultats de la phase téléphonique soutiennent les précédents, confirmant à plus long terme l'influence positive de la PR dans pratique infirmière</p>	<p>des données auto-rapportées et donc des perceptions de changements dans la pratique. Les changements réels sont sous-entendus</p>	<p>potentiel d'efficience qu'offre la PR.</p> <p>La PR peut clairement engendrer des changements positifs dans la pratique infirmière et son développement professionnel et académique. Plus de recherche est nécessaire pour soutenir ces propos</p>
(Peden-McAlpine, Tomlinson, Forneris, Genck, & Meiers, 2005) Evaluation of a	Investiguer l'efficacité d'une intervention de PR (IPR) quant à l'augmenta-	L'intervention de pratique réflexive (IPR) des travaux sur les « théories de l'action »	Phénoménologique N=8 infirmières d'un hôpital pour enfants aux É-U sur une unité de soins critiques (32 lits)	3 thèmes interreliés reflétant l'expérience pédagogique des infirmières se dégagent de l'étude : 1- <u>Identification et recadrage d'idées préconçues sur les familles</u> :	Contexte particulier avec culture éducationnelle et organisationnelle ne permettant pas la généralisation	Un petit nombre d'études ont démontré avec succès les répercussions d'un apprentissage en double boucle par l'utilisation de PR pour emmener au changement

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
<p>reflective practice intervention to enhance family care</p> <p>ÉTATS-UNIS</p>	<p>tion de la sensibilité aux familles chez des infirmières de soins intensifs pédiatriques</p>	<p>de Schön et Argyris (1974), Schön (1983, 1987), Argyris (1992)</p>	<p>L'IPR comprenait trois stratégies éducatives, soit 1) récits, 2) modèle de rôle et 3) PR. La PR englobe les stratégies qui furent dessinées pour lier le contenu théorique sur la famille à la pratique clinique d'infirmières novices dans les soins aux familles</p> <p>La collecte de données procédait par entrevues individuelles 3-4 semaines suivant l'IPR</p>	<p>Suivant l'IPR, les infirmières furent étonnées de découvrir de nouvelles informations sur la famille, ceci les incitant à la réflexion. Il en résulta une attention au contexte et à l'unicité de la famille pour éventuellement modifier leurs attitudes et approches envers elle.</p> <p>2- <u>Reconnaissance du sens des stressseurs vécus par les familles</u> : Les infirmières ont aussi pu reconnaître et saisir le sens du stress associé à la maladie et à l'hospitalisation chez la famille. Elles ont réalisé l'importance de la continuité des soins, de même que le développement d'une relation de confiance avec les parents.</p> <p>3- <u>Introduction à l'incorporation des familles aux soins</u> : Les infirmières se sont mises à interagir davantage avec les familles et échanger plus d'informations et ce dans des délais plus courts. Elles ont porté une réflexion sur les bénéfices d'un tel changement dans leur pratique en commençant à l'intégrer systématiquement.</p> <p>L'étude démontre des changements visibles dans l'approche des soins aux familles grâce à l'IPR. Les</p>		<p>Cette recherche expose une opérationnalisation de la PR</p> <p>L'IPR présentée dans cette étude offre une approche innovatrice pour les milieux académique et la formation continue en démontrant la faisabilité d'un transfert de théorie à la pratique. Ces stratégies prometteuses favorisant l'apprentissage en double boucles pourraient être adaptées à d'autres milieux et auprès d'infirmières novices à expertes.</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
				résultats révèlent : un apprentissage en double boucle (Schön, 1983), une augmentation de la pensée critique par le développement d'un pont entre le contenu théorique abstrait sur les soins à la famille et son application concrète dans les situations familiales uniques		
(Ruth-Sahd, 2003) Reflective Practice: A Critical Analysis of Data-Based Studies and Implication for Nursing Education	Examiner les recherches des bases de données et offrir une vue d'ensemble de la PR. Discuter des thèmes communs émergents et identifier les implications de la PR pour la formation des sciences infirmières		Recension critique des écrits N=20 articles, 12 dissertations et 6 livres Critère inclusifs Entre les années 1992-2002	Les résultats exposent une application de la PR dans plusieurs milieux (éducation, sciences infirmières, travail social, sciences pastorales, gestion et formation de leaders) et représentée surtout par des recherches qualitatives (87%). Les bénéfices multiples reconnus aux États-Unis, Canada, Royaume-Uni, Nouvelle Zélande, Australie, Finlande et Hong Kong se résument à 1) L'intégration de la théorie à la pratique, 2) Apprentissage accru par l'expérience, 3) Confiance en soi accrue via l'apprentissage, 4) Croissance professionnelle continue et acceptation des responsabilités professionnelles, 5) Pensée critique accrue et prise de décision en situations complexes, 6) Autonomisation des praticiens, 7) Émancipation sociale et politique accrue, 8) Amélioration de la pratique 9) Aide au développement des		L'analyse des résultats entrevoit que les infirmières en enseignement détiennent un rôle déterminant pour la facilitation de la PR auprès de leurs étudiantes, mais aussi pour elles-mêmes. Pour ce faire, elles doivent d'abord estimer la PR et l'appliquer dans leur pratique. D'une part, en étant en mesure d'identifier ce qui guide leur pratique, les éducatrices peuvent ainsi agir comme modèles de rôle pour leurs étudiantes. En effet, Ruth-Sahad nous dit que plusieurs études de sa recension exposent l'impact significatif dans la pratique des modèles de rôles en PR D'autre part, les enseignantes ont un rôle à jouer quant à la

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
				<p>connaissances et habiletés cliniques des étudiants,</p> <p>Les thèmes communs émergeant sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Condition de succès en milieu académique (caractéristiques individuelles et environnements facilitant la réflexion, barrières) -La réflexion comme processus continu (déclenché par un événement, un sentiment ou inconfort) -Temps et valeur accordés à la PR -Stratégie d'enseignement et responsabilité de l'enseignant pour la facilitation -Niveaux de réflexion et comment ils affectent l'apprentissage -Composantes affectives -Problématique quant au pouvoir (relation d'autorité entre enseignant et étudiant ainsi que l'évaluation de la réflexion peuvent présenter des obstacles) -Problématique quant à la réflexion chez les novices (les études recensées recommandent l'application de la réflexion chez les enseignants novices) 		<p>favorisation d'un environnement propice à la PR, où celle-ci est d'abord définie et valorisée, où la communication est ouverte, et où la PR peut prendre les formes créatives qui inspirent les étudiantes</p> <p>Plus de recherches sont nécessaires pour adresser les problématiques d'éthiques, de pouvoir et d'apprentissage en milieu académiques</p> <p>L'augmentation d'approches de recherches quantitatives pour mesurer les impacts de la PR est recommandée, car la plupart des écrits demeurent théoriques</p>
Application de la pratique réflexive : les sessions en groupe						
(Platzer, Blake, & Ashford,	Évaluer l'efficacité de	Mezirow (1981)	Qualitative	2 thèmes émergent des résultats, soit les processus facilitant	Sachant que les infirmières de	Les données de cette étude suggèrent un véritable

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
2000b) An evaluation of process and outcomes from learning through reflective practice groups on a post-registration nursing course ROYAUME-UNI	groupes pour soutenir le développement de la pratique réflexive		<p>Le développement de groupes fut effectué auprès d'infirmières diplômées poursuivant la deuxième année d'un programme de formation à temps partiel</p> <p>Participation volontaire</p> <p>N=30, soit 4 groupes de 6-10 infirmières étudiantes se rencontrant aux 2 semaines pour un total approximatif de 15 rencontres</p> <p>À l'aide d'entrevues semi-structurées suivant la fin de la participation au groupe ou du programme</p>	<p>l'apprentissage et les changements d'attitude et de comportements, puis les barrières à la réflexion en groupe (ces dernières sont discutées dans Platzer, Blake, & Ashford (2000a))</p> <p>Résultats :</p> <p><u>Processus de groupe.</u> Différents mécanismes affectifs prennent place dans le groupe et convergent en une forme de soutien entre les participantes. La constatation de ne pas être seule à vivre des situations complexes permet de briser l'isolement en plus de valider sa pratique. Parfois les encouragements démontrent certains aspects positifs qui incitent par la suite à l'apprentissage. Les auteurs soulignent que ce soutien fut possible grâce aux règles de fonctionnement du groupe préalablement adoptées. Les participantes avaient l'assurance d'être écoutées sans être jugées tout ayant confiance que les propos abordés demeureraient confidentiels.</p> <p>Certaines participantes relèvent à l'occasion la difficulté à recevoir des rétroaction, se sentant misent au défi. Cet appel au dépassement était davantage prodigué par les facilitatrices qui s'assuraient que le groupe analyse les situations en</p>	<p>cette étude participaient à un programme de formation, il est impossible d'attribuer tous les bienfaits de leur développement aux groupes de pratique réflexive.</p>	<p>potentiel à l'apprentissage en groupe, mais aussi maintes barrières.</p> <p>Il demeure néanmoins appréciable de constater des développements aussi importants chez plusieurs.</p> <p>L'apprentissage dans l'action pourrait offrir une structure répondant à certaines problématiques de l'apprentissage en groupe, où la facilitatrice n'exerce pas d'autorité.</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
				<p>profondeur en évitant de rester complaisantes les unes envers les autres. Cependant, lorsque le groupe évolue, les membres prennent un rôle plus actif et tendent même vers une auto-facilitation.</p> <p>Un autre processus concerne la richesse des perspectives partagées, cela engendrant un apprentissage. En effet, la réflexion et le développement de la pensée critique apparaissent stimulés par la variété des expériences et points de vues des membres du groupe de cette étude.</p> <p><u>Changements dans les comportements et attitudes</u> : il est impossible d'attribuer tous les bienfaits du développement des infirmières aux groupes de pratique réflexive, mais plusieurs reconnaissent des changements leur étant attribuables</p>		
(Platzer, Blake, & Ashford, 2000a) Barriers to learning from reflection: a study of the use of groupwork	Évaluer l'efficacité de groupes pour soutenir le développement de pratique réflexive	Mezirow (1981)	Qualitative Le développement de groupes fut effectué auprès d'infirmières diplômées poursuivant la deuxième année	Quatre thèmes principaux émergent des résultats : <u>Formation et éducation antérieures</u> : Ce thème expose la confusion pour certaines participantes, face au style d'apprentissage en groupe. La plupart des infirmières de cette étude affirme que leur formation antérieure ne les a	Les facilitatrices de l'étude étaient impliquées dans l'évaluation des groupes, ce qui peut avoir refrené la participation des infirmières dans les groupes	Une implication majeure de cette étude est la mise en relief du besoin de rapprochement entre le milieu de l'éducation et le milieu de travail. L'influence positive des nouvelles méthodes d'apprentissage sur la culture des organisations pourrait

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
<p>with post-registration nurses</p> <p>ROYAUME-UNI</p>			<p>d'un programme de formation à temps partiel</p> <p>Participation volontaire</p> <p>N=30, soit 4 groupes de 6-10 infirmières étudiantes se rencontrant aux 2 semaines pour un total approximatif de 15 rencontres</p> <p>À l'aide d'entrevues semi-structurées suivant la fin de la participation au groupe ou du programme</p>	<p>pas stimulées à la réflexion ou la pensée critique. Il s'agissait plutôt d'un modèle traditionnel, où la connaissance est constituée d'une accumulation de faits.</p> <p><u>Engagement et résistance à l'apprentissage partagé</u>: il semble que les expériences d'apprentissage antérieures de quelques participantes les conduisent à une certaine passivité. Certaines participantes des groupes ayant moins bien fonctionnés affirment avoir été obligées de rejoindre le groupe.</p> <p><u>Vulnérabilité</u> : Quelques infirmières ne se sentaient pas en confiance ou ont eu besoin de beaucoup de temps pour partager certains aspects de leur pratique. Ce sentiment de confiance touche au concept de confidentialité. Bien que ce dernier fût préalablement établi à l'aide des règles de fonctionnement du groupe, un doute semblait encore régner.</p> <p>L'impression de pouvoir être jugé ou psycho-analysé, par les autres et par elles-mêmes, quant à leur professionnalisme ou leur compétence ressort. Les personnalités dominantes peuvent avoir l'effet de taire certaines personnes. À l'inverse</p>	<p>ou dans les entrevues finales.</p>	<p>contrecarrer plusieurs barrières identifiées dans cette étude à la réflexion en groupes.</p> <p>Il serait utile d'explorer d'autres facteurs pouvant affecter le développement des groupes.</p> <p>Il serait opportun d'identifier et de partager aux membres du groupe de réflexion les barrières possibles à leur développement, afin d'y faire face en responsabilisant les participants.</p> <p>Enfin, les auteurs se questionnent sur la possibilité d'induire involontairement les participants des groupes en erreur en laissant sous-entendre que le processus de réflexion en groupe est agréable et confortable.</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
				<p>les individus plutôt réservés peuvent s'autocensurer</p> <p>Plusieurs ont commenté sur la grandeur des groupes en avançant que 10 personnes était excessif et que six paraissait plus adéquat</p> <p><u>Structure</u> : Les données sur la structure des groupes sont contradictoires. D'un côté les groupes ayant moins bien fonctionné ont exprimé le besoin d'une facilitatrice prenant charge des discussions pour contrôler les malaises. De l'autre côté, les groupes efficients ont remarqué que si une structure avait été imposée, cela aurait empêché leur développement.</p>		

Annexe 3 : Tableau 3

Résumé comparatif d'études empiriques portant sur la pratique réflexive et les préceptrices

Annexe 3 : Tableau 3. Résumé comparatif d'études empiriques portant sur la pratique réflexive et les préceptrices

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
<p>(Duffy, 2009) Guiding students through reflective practice - The preceptors experiences. A qualitative descriptive study IRLANDE</p>	<p>Saisir la perspective et l'expérience des préceptrices sur l'utilisation de la réflexion comme outil d'apprentissage en milieu clinique</p>	<p>Non déterminé</p>	<p>Qualitative descriptive avec entrevues semi-structurée auprès de N=7 préceptrices d'étudiantes ayant complété un cours d'enseignement et d'évaluation sur le préceptorat</p> <p>3/7 préceptrices avaient déjà reçu une formation spécifique sur la PR</p>	<p>Trois thèmes principaux ressortent :</p> <p>1-<u>Expérience et évaluation de la formation préparatoire et du développement continu du rôle (4 sous-thèmes)</u>: variation dans les formations préparatoires (durée et contenu). Les préceptrices notent que la formation au rôle a un impact sur leurs habilités à guider les étudiantes, leur confiance en leurs capacités à enseigner, la clarté de leur rôle</p> <p>2-<u>Mise en relief des relations cruciales émanant du processus de préceptorat</u> : les préceptrices ont des difficultés avec leur réseau de soutien. Ce soutien est positif lorsqu'elles se sentent encouragées à développer leur rôle de façon continue. Elles s'appuient + souvent sur leur collègues plutôt que sur leur gestionnaire. Suivant la formation préparatoire elles sont laissées à elles-mêmes et isolées. Elles ont pourtant un désir accentué d'apprendre suite à leur expérience de préceptorat. La relation avec l'étudiante émerge comme importante</p> <p>3-<u>Description de l'expérience de</u></p>		<p>La formation et le soutien continus permettent aux préceptrices de remplir leur rôle. Le préceptorat exige d'avantage que d'assister à une ou deux journées de formation, il s'agit plutôt d'un processus de formation expérientiel en milieu de travail, grâce à la collaboration et le soutien des réseaux en place.</p> <p>-Le développement du questionnement de haut niveau ressort comme une demande particulière chez les préceptrices, ce que la PR aide à acquérir</p> <p>-Le module de formation sur la PR chez les préceptrices a eu un impact positif sur leurs connaissances et leur perception de la PR, en plus de se révéler comme un outil de valeur pour enseigner aux étudiants, mais aussi comme un outil pour leur propre apprentissage</p> <p>-La formation des préceptrices</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
				<p><u>réflexion des préceptrices en lien avec les bénéfiques passés, présents et anticipés pour le futur quant à l'utilisation de la réflexion dans le processus du préceptorat</u> : elles ont pu relever et comprendre dans leur pratique des difficultés passées, présentes et aussi des attentes futures pour l'utilisation de la réflexion. Elles clament un « empowerment » dans leur vie personnelle et professionnelle grâce à la PR, elles valorisent la PR comme outil d'enseignement et d'apprentissage et reconnaissent leur rôle à guider la PR chez les étudiantes. La PR ressort comme une approche de résolution de problèmes promouvant la pensée critique chez la préceptrice qui à son tour engage l'étudiante dans un questionnement critique. Il y a un défi à développer les habiletés cognitives de haut niveau chez les étudiantes.</p> <p>Elles considèrent qu'elles requièrent davantage d'éducation et de soutien pour l'utilisation et la promotion de la PR en acquiesçant que les habiletés de réflexion sont essentielles au préceptorat</p>		<p>devraient inclure les aspects professionnels, cliniques et théoriques du rôle, la gestion du temps et du stress, la gestion des étudiants en difficulté, de la formation continue sur le développement des habiletés de réflexion et la PR structurée.</p> <p>Suivant sa recension des écrits, Duffy convient d'un manque flagrant de recherches pour guider les préceptrices dans l'utilisation de la réflexion</p> <p>D'avantage de recherches empiriques sont nécessaires pour évaluer les bénéfiques de la PR dans le processus du préceptorat, ainsi que les habiletés idéales pour être et devenir un guide en PR</p>
(Forneris & Peden-	Déterminer l'impact de	Courants théoriques et	Étude de cas qualitative	Résultats de 2 périodes sont analysés d'où émergent leurs thèmes	Étude dans un milieu hospitalier	La relation de pouvoir entre préceptrices et novices

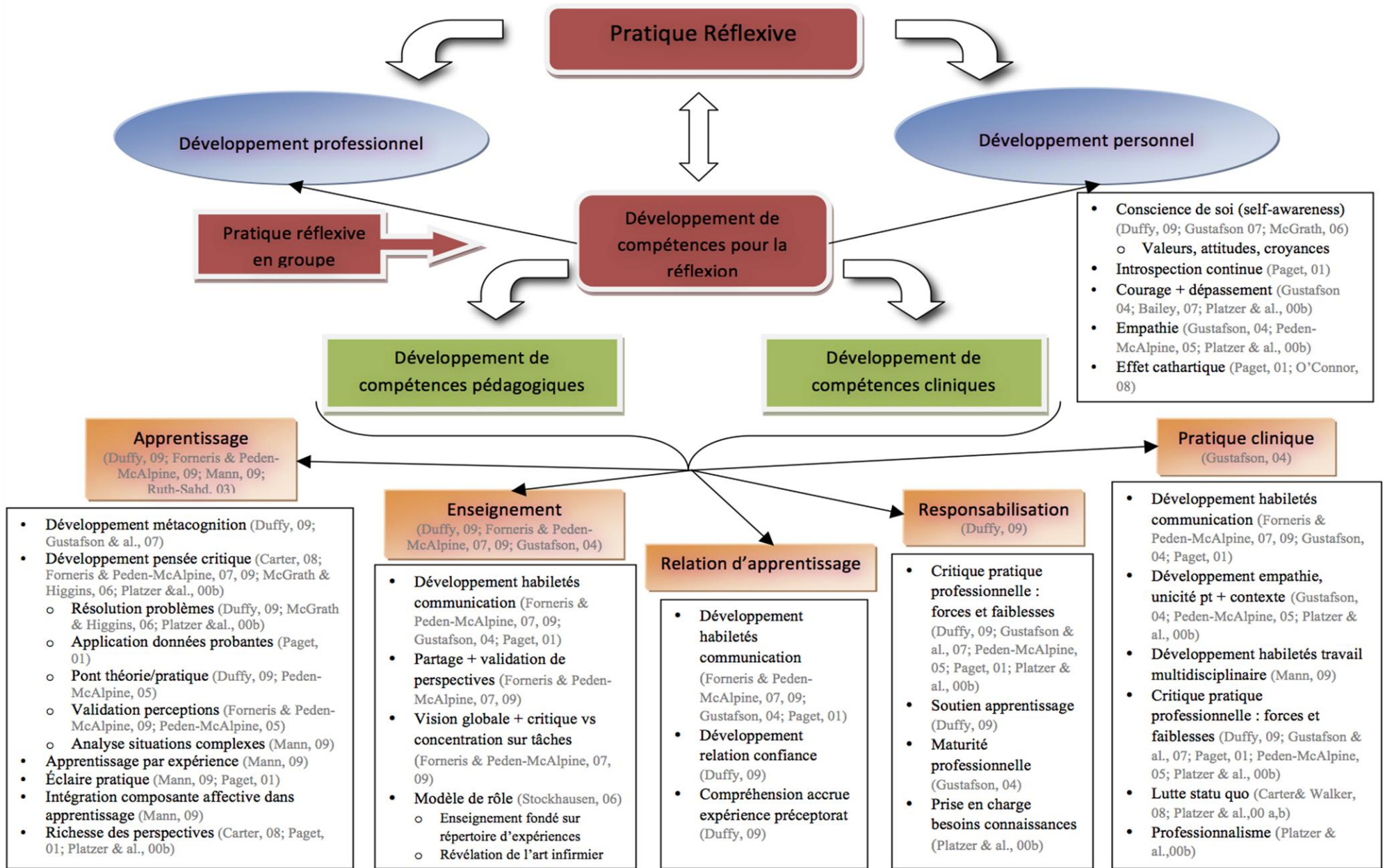
Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
<p>McAlpine, 2009) Creating context for critical thinking in practice: the role of the preceptor ÉTATS-UNIS</p>	<p>l'encadrement des préceptrices à l'apprentissage contextualisé réflexif, sur la pensée critique d'infirmières novices, durant leurs premiers 6 mois de pratique</p>	<p>philosophiques en éducation des auteurs Freire (1970), Schön & Argyris (1974), Schön (1983, 1987) Mezirow (1978, 1990, 2000), Brookfield (1993, 1995, 2000), Tennyson & Breuer (1997) sur la pensée dans la pratique</p> <p>4 attributs de sur la pensée critique sont ressortis de ces théoriciens : 1- réflexion, 2- contexte, 3- dialogue, 4- temps et soutiennent</p>	<p>instrumentale</p> <p>N=6 dyades préceptrices/novices d'un milieu de soins aigu aux É-U</p> <p>Implantation de l'étude pour une durée de 6 mois</p> <p>Implantation de la formation des préceptrices durant les 3 premiers mois, afin qu'elles puissent subséquemment encadrer les novices à utiliser la réflexion, le contexte, le dialogue et le temps pour développer leurs habiletés de pensée critique</p>	<p>respectifs (mois #1 et mois #6)</p> <p>-Mois #1 : La pensée critique comme forme d'organisation et d'exécution des tâches</p> <p>-Mois #6 : La pensée critique comme forme de pensée réflexive délibérée</p> <p>En se centrant sur les attributs du modèle (réflexion, dialogue, contexte, temps), les préceptrices ont transformé leur perception de la pensée critique, du mois #1 au #6. Elles reconnaissent un changement dans leur style d'enseignement qui influence positivement la pensée critique des novices.</p> <p><u>La discussion illustre 3 points importants :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La notion de pouvoir et la culture du milieu affect la pensée critique 2) La réflexion encourage le questionnement et le dialogue qui favorisent la pensée critique et qui atténuent l'impact du pouvoir dans la relation 3) Le contexte et la pensée à voix haute stimule la pensée des novices et offre une meilleure compréhension du rationnel 	<p>unique qui examine une intervention de façon intensive</p> <p>L'expansion du modèle « Intervention d'apprentissage contextualisée » pour incorporer une formation plus poussée pour les préceptrices exige plus de recherche</p>	<p>engendre de l'anxiété ce qui influence négativement la pensée critique des novices</p> <p>Au contraire le dialogue et la réflexion stimule la pensée critique. L'intervention d'apprentissage contextualisée a outillé les préceptrices avec une structure permettant d'engager les novices dans la réflexion et le dialogue qui encouragent le questionnement</p> <p>Le contexte avec la « pensée à voix haute » stimule la pensée de la novice et une meilleure compréhension du rationnel sous-tendant la prise d'actions. La pensée à voix haute invite les préceptrices à être plus réflexive et intentionnées dans leur dialogue, les faisant évoluer d'un questionnement de contenu vers une conversation réflexive et métacognitive</p> <p>Le rôle de la préceptrice et l'étendue de l'orientation doit être clarifié et soutenu par la culture organisationnelle</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
		le modèle d'intervention contextualisée		<p>derrière l'action. La pensée à voix haute stimule les préceptrices à être plus réflexive et les aide à progresser du simple questionnement de connaissances vers une conversation réflexive et métacognitive</p> <p>La réflexion encourage le questionnement de haut niveau cognitif</p>		La formation des préceptrices devrait inclure : 1) comprendre l'impact du pouvoir et de l'anxiété sur la pensée critique des novices intégrant la profession, 2) développer un dialogue qui invite les questions de façon réflexive et critique, 3) stimuler la pensée par le partage de perspectives
<p>(Forneris & Peden-McAlpine, 2007) Evaluation of a reflective learning intervention to improve critical thinking in novice nurses ÉTATS-UNIS</p>	<p>Évaluer si une intervention d'apprentissage contextualisée réflexive augmenterait la pensée critique d'infirmières novices durant leurs premiers 6 mois de pratique, illustré par la nature de leurs dialogues, récits et réponses aux entrevues</p>	<p>Courants théoriques et philosophiques en éducation des auteurs Freire (1970), Schön & Argyris (1974), Schön (1983, 1987) Mezirow (1978, 1990, 2000), Brookfield (1993, 1995, 2000), Tennyson & Breuer</p>	<p>Étude de cas qualitative auprès de N=6 dyades infirmières novices/préceptrice, aux É-U, dans les premiers 6 mois d'orientation, utilisant une intervention d'apprentissage contextualisée qui englobe ces 4 éléments :</p> <p>1) journal de bord narratif réflexif, 2) entrevues individuelles, 3) formation des</p>	<p>Pour illustrer les changements de pensée critique dans le temps, les données sont analysées par période de 2 mois d'intervalle sur un total de 6 mois (3 périodes) :</p> <p>1- Influence de l'anxiété et pouvoir de la préceptrice sur la pensée critique (une relation laissant peu de place au dialogue, où seules les préceptrices communiquent leurs attentes) 2- Le questionnement comme forme de pensée critique (évolution d'une pensée centrée sur les règles vers le contexte (ex. questionnement à voix haute) 3- Émergence du penseur critique volontaire (évolution vers un processus de pensée réflexive</p>	<p>Échantillon limité et milieu hospitalier unique ne permettant pas de généralisation</p>	<p>La nature réflexive de la pensée critique invite les programmes de formation des sciences infirmières à privilégier des modèles d'application d'apprentissage clinique réflexive intégrant le contexte, tel que l'intervention d'apprentissage contextualisée</p> <p>L'intervention d'apprentissage contextualisée offre une structure centrée sur le contexte stimulant la novice à s'engager dans un dialogue réflexif avec elle-même et ses collègues pour accélérer le développement de sa pensée critique dans la pratique et conséquemment sa compétence</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
		<p>(1997) sur la pensée dans la pratique</p> <p>4 attributs de sur la pensée critique sont ressortis de ces théoriciens :</p> <p>1- réflexion, 2- contexte, 3- dialogue, 4- temps et soutiennent le modèle d'intervention contextualisée</p>	<p>préceptrices, 4) discussions de groupes facilitées</p>	<p>volontaire amenant des actions infirmières fondées sur le contexte)</p> <p>La réflexion permet de valider-confronter certaines hypothèses et de repositionner des éléments en perspective dans le but d'établir un nouveau plan d'action. Progression entre une prise de décision fondée sur les règles, directives et procédures vers un processus de pensée prenant compte du contexte et incorporant les expériences passées, les connaissances et même l'identification de patterns.</p> <p>L'utilisation du contexte permet le développement et la construction des connaissances grâce à la réorganisation de ces dernières.</p> <p>L'importance du dialogue dans le développement de la pensée critique ressort</p>		<p>Cette étude démontre l'efficacité d'instaurer la réflexion en milieu pratique tel qu'illustré dans la littérature.</p> <p>L'impact des préceptrices et de la culture du milieu hospitalier affecte la pensée de l'infirmière novice.</p> <p>La question du rôle de la préceptrice se pose à savoir s'il relève davantage d'une orientation au milieu de travail ou plutôt au développement de la pensée critique de la novice</p>
<p>(Stockhausen, 2006) Métier Artistry: Revealing reflection-in-action in everyday</p>	<p>Investiguer comment les infirmières d'expérience enseignent les soins infirmiers aux étudiantes</p>	<p>Cette étude fonde sa vision du soin sur l'« art » (artistry) selon Benner (1983,</p>	<p>Ethnographique, par observation de participants dans leur environnement naturel, soit un hôpital métropolitain, où les infirmières</p>	<p>La transcription des données expose un thème principal sur « l'enseignement de la pratique infirmière », soutenu par 3 sous-thèmes. Les résultats sur le sous-thème : « métier d'art (<i>métier artistry</i>) » seulement sont présentés dans l'article :</p>	<p>L'auteur soulève sa propre expérience comme source d'influence sur l'interprétation des données</p>	<p>L'apprentissage en milieu clinique auprès d'infirmières d'expérience requiert une attention particulière. La richesse et l'unicité de leur enseignement par leur réflexion dans l'action dévoile l'art de la pratique infirmière.</p>

Auteur, année de publication et titre	But de l'étude	Cadre théorique	Méthode et Échantillon (N)	Résultats / Discussion	Limites selon l'auteur	Implications et Recommandations
<p>practice</p> <p>AUSTRALIE</p>	<p>pendant leur stage</p>	<p>1984), Benner & Wrubel (1982), Carper (1978), Polanyi (1958), Schön (1983)</p>	<p>travaillent auprès d'étudiantes, pendant plusieurs mois</p> <p>N=11 infirmières N=40 étudiantes</p> <p>Les données furent recueillies par la prise de notes d'observation, entrevues avec les infirmières et séances de débriefing et extraits de journaux de bord des étudiantes</p> <p>Périodes d'observation de 6hrs</p> <p>Les données furent analysées par la méthode d'analyse de contenu</p>	<p>Une nouvelle dimension de la « réflexion dans l'action » (<i>reflection-in-action</i>) (Schön, 1983) est qualifiée de « métier d'art » par l'auteur. Celle-ci affirme que l'art se dévoile dans la pratique infirmières durant les sessions d'enseignement entre les infirmières expertes et les étudiantes</p> <p>Les résultats de l'étude procurent une compréhension plus poussée de l'art grâce à la réflexion exhibée par les infirmières lorsqu'elles enseignent. Bien qu'elles le fassent inconsciemment, elles modèlent ce comportement. L'enseignement se produit par la réflexion dans l'action et dans un contexte unique.</p> <p>La réflexion dans l'action que les infirmières posent en lien avec un évènement les amènent à fonder leurs actions sur un vaste répertoire d'expériences. Ce bagage d'expérience se développe chez les étudiantes, même si elles ne réalisent pas l'expertise de réflexion dans l'action de leur préceptrice.</p>		<p>Le défi revient aux éducateurs d'utiliser le potentiel de la PR pour révéler l'art infirmier. Les initiatives permettant de découvrir et célébrer l'art infirmier sont nécessaires.</p> <p>Les formations permettant aux infirmières de parler et partager leurs expériences entre elles peuvent y contribuer. La sensibilisation des étudiantes à l'art infirmier apparaît aussi comme une stratégie pertinente</p>

Annexe 4 : Figure 1 :
Schéma sur les impacts de l'application de la pratique réflexive auprès des infirmières et
des préceptrices



Annexe 4 : Figure 1. Schéma sur les impacts de la mise en application de la pratique réflexive auprès des infirmières et des préceptrices.

© Lizotte, J. (2011)

Annexe 5 : Figure 2 :
Schéma sur les conditions de mise en application et de contextes favorables à l'implantation de la
pratique réflexive

Environnement d'apprentissage favorable à l'implantation de la pratique réflexive

Application en groupe

(Bailey & Graham, 07; Daley, 01; Duffy, 08; Johns, 95; Johns & Freshwater, 05; McGrath & Higgins, 06; Paget, 01; Platzer, et al., 00 a, b; Williams & Walker, 03)

Climat organisationnel respectueux (Mann, 2009)

- Liberté d'expression
- Confidentialité
- Reconnaissance des différents styles d'apprentissage
- Contexte authentique

Rapprochement entre milieux cliniques et éducation (Platzer, et al., 00 a, b)

Perceptions positives de la réflexion (Mann, 09)

- Expériences d'application antérieures

Soutien pour la réflexion:

- Intellectuel et émotionnel (Mann, 09)

- **Présence d'une facilitatrice**

(Duffy, 08; Mann, 09; McGrath & Higgins, 06; Paget, 01; Platzer et al., 00a,b; Williams & Walker, 03)

- Temps

(Bailey & Graham, 07; Duffy, 08; Mann, 09)

- **Nombre de participantes entre 6 à 10** (Platzer & al., 00 a,b; McGrath & Higgins, 06)
 - Participation volontaire (Platzer & al., 00 a,b)
- **Fréquence et durée des rencontres** (Bailey & Graham, 07; Platzer & al., 00 a,b)
- **Rencontres (introduction – contenu – conclusion)** (Bailey & Graham, 07; Carter & Walker, 08 ; McGrath & Higgins, 06 ; Williams & Walker, 03)
 - **Règles de fonctionnement** (Carter & Walker, 08 ; McGrath & Higgins, 06; Platzer & al., 00 a,b)
 - **Confidentialité** (Bailey & Graham, 07 ; Carter & Walker, 08 ; Duffy, 08, John, 95 ; McGrath & Higgins, 06; Platzer, 00a,b ; Wiliam & Walker, 03)
 - **Agenda, participation, engagement, rétroactions constructives** (Bailey & Graham, 07; Carter & Walker, 08; Platzer & al., 00 a,b)
 - **Notion d'écriture (journal de bord)** (Bailey & Graham, 07)
 - **Objectifs des rencontres explicités** (Platzer & al., 00 a,b)
 - **Contenu des rencontres non évalué** (Platzer & al., 00a,b)
- **Facilitatrice(s) pour guider groupe** (Mann, 09; McGrath & Higgins, 06; Paget, 01; Platzer et al., 00a,b)

- **Facilitation du processus de réflexion** (Duffy, 08; Carter & Walker, 08; McGrath & Higgins, 2006;
 - Poser questions, générer discussion, provoquer nouvelles façon de penser, guider, donner rétroactions constructives, encourager l'engagement...
 - Approche non directive centrée sur participantes (Platzer & al., 00 a, b)
 - Choix d'un modèle ou structure à l'application de la réflexion (Bailey & Graham, 07; Duffy, 08; John & Freshwater, 05)
- **Modèle de rôle** (Mann, 09; Ruth-Sahd, 03)
- **Contribue au développement d'un environnement de soutien et de confiance** (Bailey & Graham, 07; Duffy, 08; Carter & Walker, 08; Williams & Walker, 03)
- **Gestion des dynamiques de groupe (incluant formes de résistances)** (McGrath & Higgins, 06; Platzer et al., 00a, b)
- **Gestion des émotions** (Duffy, 08; Paget, 01)
- **Sélection de la facilitatrice en fonction d'habiletés interpersonnelles** (Duffy, 08; Paget, 01)
- **Principes éthiques** (Duffy, 08)
- **Réflexion sur sa pratique et son rôle de facilitatrice** (Duffy, 08; Carter & Walker, 08)

Annexe 5 : Figure 2. Schéma sur les conditions de mise en application et de contextes favorables à l'implantation de la pratique réflexive. © Lizotte, J. (2011)

