

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES

MISE À L'ESSAI D'UN GROUPE DE CODÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DE  
PRÉCEPTRICES INFIRMIÈRES, AFIN DE FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DE  
LEUR COMPÉTENCE « SOUTENIR LES APPRENTISSAGES DES  
PRÉCEPTORÉES »

PAR  
MARIE-ANDRÉE JACQUES  
(JACM10537800)

A ÉTÉ ÉVALUÉE PAR UN JURY COMPOSÉ DES PERSONNES SUIVANTES

JOHANNE GOUDREAU  
(DIRECTRICE)

.....

NANCY TURNER  
(SUPERVISEURE)

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

MISE À L'ESSAI D'UN GROUPE DE CODÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DE  
PRÉCEPTRICES INFIRMIÈRES, AFIN DE FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DE  
LEUR COMPÉTENCE « SOUTENIR LES APPRENTISSAGES DES  
PRÉCEPTORÉES »

PAR

MARIE-ANDRÉE JACQUES

(JACM10537800)

RAPPORT DE STAGE PRÉSENTÉ

À

LA FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES

EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE

MAÎTRISE (M.Sc.) EN SCIENCES

INFIRMIÈRES OPTION FORMATION

©MARIE-ANDRÉE JACQUES

2014

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	IV
1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE ET CONTEXTE.....	3
3. BUT ET OBJECTIFS DE STAGE .....	4
4. RECENSION DES ÉCRITS.....	5
4.1. Le préceptorat .....	6
4.2. La définition, le rôle et les compétences des préceptrices .....	7
4.3. Avantages du préceptorat.....	8
4.4. La formation préparatoire et continue des préceptrices .....	9
5. CADRE THÉORIQUE .....	12
5.1. Principes de base des groupes de codéveloppement professionnel .....	12
5.2. Rôles des ps et étapes de consultation .....	14
5.3. Fonctionnement des groupes de codéveloppement professionnel.....	17
6. IDENTIFICATION DU MILIEU DE STAGE .....	19
7. DÉROULEMENT DU STAGE .....	20
7.1. Activités préliminaires au stage .....	20
7.2. Première rencontre .....	22
7.3. Deuxième rencontre.....	26
7.4. Troisième rencontre.....	35
7.5. Quatrième rencontre .....	45

7.6. Cinquième rencontre .....	50
8. DISCUSSION.....	54
8.1. Pertinence du stage.....	54
8.2. Réalisation du but et des objectifs de stage.....	55
8.3. Retombées du stage (à court, moyen et long terme) .....	59
8.4. Défis et limites rencontrés lors du déroulement du stage.....	61
8.5. Recommandations .....	62
9. CONCLUSION.....	65
10. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUE .....	66
ANNEXE 1 : OBJECTIFS ET INTERVENTIONS PRÉLIMINAIRES ASSOCIÉES.....	70
ANNEXE 2 : ÉCHÉANCIER PLANIFIÉ.....	73
ANNEXE 3 : ÉCHÉANCIER MODIFIÉ .....	75
ANNEXE 4 : LES ÉTAPES DU GROUPE DE CODÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL .....	77
ANNEXE 5 : POWER POINT PREMIÈRE RENCONTRE .....	79
ANNEXE 6 : CONTRAT DE PARTICIPATION ET DE CONFIDENTIALITÉ.....	89
ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE .....	92
ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT/RÉFLEXION SUR CERTAINES DE VOS CONNAISSANCES/COMPÉTENCES RELIÉES À LA PÉDAGOGIE .....	94
ANNEXE 9 : INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES.....	96
ANNEXE 10 : RÉPONSES DES PARTICIPANTES SUR L'ÉTAT/RÉFLEXION SUR CERTAINES DES CONNAISSANCES/COMPÉTENCES RELIÉES À LA PÉDAGOGIE.....	99

ANNEXE 11 : JEU DE MÉMOIRE POUR LA CATÉGORISATION DE L'INFORMATION..	103
ANNEXE 12 : OUTILS CRÉÉS POUR LE SUIVI DES ORIENTATIONS ET POUR LA RÉTROACTION POUR LA PRÉCEPTRICE ET LA PRÉCEPTORÉE .....	107
ANNEXE 13 : QUESTIONNAIRE SUR L'ÉVALUATION DU GROUPE DE CODÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL (SURVEYMONKEY©).....	114
ANNEXE 14 : RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU GROUPE DE CODÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL.....	117

## REMERCIEMENTS

Ce projet a été réalisé grâce au soutien, à la collaboration et à la contribution de plusieurs personnes que j'aimerais ici remercier.

Je tiens d'abord à remercier ma directrice de stage de maîtrise Mme Johanne Goudreau qui a su me diriger avec beaucoup de patience, de compréhension, de disponibilité, de soutien et de gentillesse tout au long de ce labeur. Ses connaissances scientifiques et sa rigueur académique m'ont permis de relever ce défi.

Je remercie également Mme Nancy Turner, consultante en pratique infirmière au centre universitaire de santé McGill, où j'ai effectué mon stage. Son soutien, son écoute et ses conseils judicieux ont été essentiels lors de la réalisation de ce projet.

Je remercie aussi Mme Sophie Langlois étudiante au doctorat. Ses corrections et ses pistes de réflexion m'ont grandement aidée à élaborer et à réfléchir davantage sur le déroulement de ce stage lors de la rédaction et la révision de ce rapport.

Je tiens aussi à remercier Mme Carole Filteau, infirmière gestionnaire, qui a cru en ce projet et qui m'a autorisé à faire des rencontres avec les infirmières préceptrices de son service.

À toutes les infirmières préceptrices qui ont participé au groupe de codéveloppement professionnel, un grand merci pour votre enthousiasme, votre implication et votre engagement à améliorer votre pratique et votre rôle de préceptrice. Ce stage n'aurait pas été une telle réussite sans vous.

Je tiens également à souligner les encouragements, l'écoute, le soutien et la flexibilité de mes collègues de travail et amis: Josée, Maryse, Violaine, Sonia, Luc,

Marie-Claude, ainsi que tous ceux qui, par leur intérêt sincère, m'ont aidée à garder le cap. Un grand merci!

Enfin, merci à ma famille qui a toujours été là pour me soutenir et qui a vécu les hauts et les bas de cette maîtrise avec moi. Plus particulièrement un grand merci à mes parents pour vos encouragements et votre disponibilité à relire mes travaux tout long de cette maîtrise.

Finalement, un grand merci Antoine, pour ta tranquillité, ta patience et ta compréhension quand maman faisait ses travaux.

## 1. INTRODUCTION

Depuis quelques années, la nécessité de former et d'embaucher de nouvelles infirmières<sup>1</sup> est de plus en plus présente. Or, la future génération de jeunes infirmières ne pourra bénéficier du même niveau d'encadrement clinique que les générations précédentes étant donné qu'il y a de moins en moins d'infirmières expérimentées sur les départements. En effet, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) prévoit qu'en 2017-2018, 44 % des infirmières du Québec auront moins de 40 ans (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012). Cette précarité de l'effectif infirmier impose aux nouvelles infirmières des attentes élevées dès leur arrivée, quant à leur niveau d'autonomie, de fonctionnement et de compétence. Étant conscients de cette pression sur les nouvelles infirmières et faisant la promotion des soins de qualité, plusieurs hôpitaux sont ouverts à l'implantation de programmes de soutien clinique. Le ministère de la Santé et des Services sociaux espère d'ailleurs que le soutien clinique puisse aider à diminuer la pénurie des infirmières au Québec, en favorisant les stratégies d'attraction et de rétention de celles-ci. Ainsi un programme national de soutien clinique a été créé par ce ministère et comporte trois volets distincts qui sont (1) accueil- (2) d'orientation-d'intégration, (3) préceptorat et mentorat (Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008). Le développement du programme de préceptorat a été élaboré à partir du guide sur le préceptorat et le mentorat de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada(AIIC) (2004). Ce guide présente un éventail d'outils nécessaires aux établissements de soins afin d'implanter le préceptorat selon la réalité des milieux de soins. Le préceptorat est l'un des moyens les plus efficaces pour orienter les apprenantes dans le milieu clinique (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2004). Le préceptorat répond aux besoins liés à l'intégration professionnelle et expose les apprenantes à des expériences d'apprentissage répondant à leurs besoins (Hyrkäs & Shoemaker, 2007).

---

<sup>1</sup> Afin de faciliter la lecture, le genre féminin sera employé tout en englobant les hommes pour les termes préceptrices, infirmières, préceptorées, apprenantes et participantes tout au long de ce texte.

Ce rapport de stage présente l'implantation d'un groupe qui pourrait être une stratégie optimisant le développement des compétences des préceptrices et aussi des nouvelles infirmières, tout en favorisant leur rétention et leur satisfaction. Ce rapport débute par une description de la problématique, des objectifs de stage, de la recension des écrits et du cadre théorique ayant guidé le déroulement de ce stage. Par la suite, le milieu de stage et le déroulement de celui-ci sont présentés. Enfin, la discussion expliquant la pertinence du stage, la réalisation des objectifs, les résultats obtenus, les retombées de celui-ci ainsi que les recommandations sont exposées à la fin de ce rapport.

## 2. PROBLÉMATIQUE ET CONTEXTE

Depuis quelques années, plusieurs auteurs mentionnent les bénéfices que le préceptorat engendre au niveau des nouvelles infirmières, de la préceptrice, de la rétention du personnel et de la qualité des soins (Baggot, Hensinger, Parry, Valdes, & Zaim, 2005; Benner, 1984; Billay & Myrick, 2008; Flynn, 1997; Lee, Tzeng, Lin, & Yeh, 2009; Neumann et al., 2004). Le préceptorat est une méthode d'enseignement et d'apprentissage, d'une durée déterminée où une infirmière expérimentée (préceptrice) est jumelée avec une débutante (préceptorée) (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2004; Billay & Myrick, 2008). Dans le système de santé, les préceptrices jouent un rôle important auprès des nouvelles infirmières mais elles sont souvent peu soutenues par leur organisation (Myrick & Yonge, 2004). Or, plusieurs écrits indiquent qu'une formation inadéquate et le manque de soutien continu de la préceptrice sont des éléments défavorables à l'expérience du préceptorat (Billay & Myrick, 2008; Henderson, Fox, & Malko-Nyhan, 2006; King & Bernick, 2002; McCarthy & Murphy, 2010). Cette problématique a été la motivation principale pour initier ce projet. Par la tenue de rencontres formelles et régulières, ce projet visait à faciliter des moments de discussion, de formation et de réflexion pour les préceptrices de l'urgence de l'hôpital général de Montréal, dans le but d'améliorer leur pratique préceptorale.

Par ailleurs, sur cette unité, les préceptrices ont constaté et mentionné qu'elles ne reçoivent pas de formation appropriée et de soutien afin d'accomplir leur rôle et d'aider au développement des compétences de la préceptorée (HGM, 2010). Les préceptrices sont principalement choisies selon leur intérêt à orienter et selon leur compétence en tant qu'infirmière clinicienne. En outre, la plupart des infirmières préceptrices de l'urgence mentionnent qu'elles ont peu ou presque pas de connaissances en pédagogie et se sentent peu outillées lorsqu'il est question de stimuler le jugement et le raisonnement clinique des nouveaux. Elles indiquent par contre un intérêt marqué pour améliorer leur compétence en tant que préceptrices. Les infirmières préceptrices sont des expertes

cliniques, mais la plupart ont peu de notions de base sur le plan de l'enseignement. Quelques-unes seulement ont participé à une journée de formation intitulée « preceptorship workshop ». Aucune formation continue spécifique reliée à la pédagogie n'est offerte aux préceptrices. Or, des auteurs soutiennent que le fait d'être à l'aise dans le rôle est un facteur déterminant dans la poursuite ou l'échec de l'expérience du préceptorat par les infirmières (Myrick & Yonge, 2004).

Par ailleurs, le nombre d'infirmières préceptorées a augmenté à l'urgence de l'hôpital général de Montréal depuis quelques années. En 2010, plus de 20 nouvelles infirmières et 10 nouvelles candidates à l'exercice de la profession ont commencé à y travailler (HGM,2010). À ceci s'ajoutent les étudiantes infirmières et toutes celles qui doivent avoir une orientation dans une autre section du département, comme le triage ou la salle de réanimation. De plus, les préceptrices autant que les apprenantes se retrouvent souvent dans la position d'évaluation et non d'apprentissage (Giroux & Girard, 2009), c'est-à-dire que la préceptrice peut mentionner que l'apprenante n'a pas les compétences pour travailler à l'urgence au début de son orientation au lieu de l'encourager dans sa progression vers l'atteinte de celles-ci. C'est pourquoi, il est essentiel qu'un programme soit instauré sur ce département pour favoriser la satisfaction des préceptrices en améliorant leurs compétences pour ce rôle.

Tout porte donc à croire que des rencontres de codéveloppement pourraient aider l'équipe d'infirmières préceptrices. Selon AIIC (2004), les programmes de préceptorat améliorent la satisfaction au travail, la qualité des soins, le recrutement et la rétention du personnel infirmier.

### **3. BUT ET OBJECTIFS DE STAGE**

C'est donc à la lumière de ce contexte et de la problématique mentionnée ci-haut que le but de ce stage était de mettre à l'essai un groupe de codéveloppement professionnel de préceptrices infirmières, afin de favoriser le développement de leur compétence « Soutenir les apprentissages des préceptorées ».

Les objectifs poursuivis dans le cadre de ce stage visaient à :

1. Mettre en place un groupe de codéveloppement professionnel pour les préceptrices.
2. Encourager la mise à l'essai, au sein du groupe de codéveloppement, des interventions pédagogiques qui favoriseront le développement de la compétence « Soutenir les apprentissages des préceptorées », plus particulièrement en ce qui a trait au raisonnement clinique.

Les objectifs personnels d'apprentissage étaient:

1. Approfondir mes connaissances concernant le raisonnement clinique, le préceptorat et certains concepts pédagogiques.
2. Développer mes connaissances concernant les groupes de codéveloppement professionnel.
3. Développer mes habiletés d'agente de changement, de consultante, d'animatrice et d'organisatrice auprès des préceptrices.

Les principales activités effectuées pour atteindre ces objectifs sont détaillées à l'annexe 1. Elles seront présentées à la section « Déroulement du stage » lors de la description des différentes étapes du stage. Un échéancier planifié lors de la préparation du stage est présenté à l'annexe 2. Certains éléments ont dû être ajustés par rapport à la planification initiale, suite à la demande des participantes de poursuivre plus longtemps le groupe de codéveloppement professionnel. Ces ajouts sont à l'annexe 3.

#### **4. RECENSION DES ÉCRITS**

Afin d'atteindre le but présenté précédemment, l'exploration de divers moteurs de recherche et base de données bibliographiques comme CINHALL, MEDLINE, Google scholar et Atrium a permis de consulter plusieurs articles pertinents à ce travail. Les articles sélectionnés ont été publiés entre les années 1984 et 2010. L'utilisation de mots-clés; *préceptorat*, *preceptorship*, *preceptee*, *educator*, *formation*, *preceptor*, *nursing*, *compétence*, *réflexion*, *groupe de codéveloppement*, *reflective practice*, *mentorship*,

*continuous education et professional development* a permis de repérer les références utilisées dans ce rapport de stage.

Dans un premier temps, nous décrirons le concept de préceptorat. Par la suite, la définition, le rôle et les compétences des préceptrices et des préceptorées seront abordés, ainsi que certains avantages du préceptorat. Finalement, un accent sera mis sur la formation préparatoire et continue des préceptrices.

#### **4.1. Le préceptorat**

Le préceptorat est une stratégie d'enseignement et d'apprentissage reconnue et utilisée par plusieurs professionnels de la santé (Billay & Myrick, 2008; Billay & Yonge, 2004). Il y a une multitude de définitions du concept de préceptorat dans la littérature et aussi différentes façons d'appliquer cette approche dans les milieux cliniques. L'Association des infirmiers et infirmières du Canada (2004) décrit le préceptorat comme une mesure d'encadrement reposant sur une relation officielle, d'une durée préétablie entre deux personnes : une préceptrice dotée de compétences spécifiques et reconnue pour son expertise et une apprenante. Cette relation a pour objectif d'aider la novice à s'adapter avec succès à ses nouvelles fonctions. Certains auteurs font référence au préceptorat en termes de « période d'orientation » (Morris et al., 2009). Lors de ce stage et dans le cadre de ce rapport, c'est cette définition qui sera prise en considération lorsque nous nous rapporterons aux termes d'orientation ou de préceptorat.

Billay et Myrick (2008), dans leur recension des écrits visant à reconnaître le développement des connaissances liées au préceptorat entre 1994 et 2005, ont remarqué un consensus quant au concept de préceptorat dans la littérature. Elles soulignent que le préceptorat permet de diminuer l'écart entre la théorie et la pratique. Elles mentionnent également que certaines approches et valeurs de la part des préceptrices sont plus propices à l'apprentissage, telles que l'engagement, la facilitation d'opportunités d'apprentissage, l'écoute active, la rétroaction constructive et la socialisation professionnelle.

Dans les écrits, le préceptorat a une durée qui est définie dans la plupart des cas par l'employeur (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2004). Certains auteurs mentionnent que le préceptorat varie de quelques semaines à quelques mois

(Hautala, Saylor, & O'Leary-Kelley, 2007; Riley-Doucet, 2008) tandis que d'autres restent plus vagues en mentionnant que c'est de courte durée (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2004; Billay & Myrick, 2008). Par contre, la réalité du milieu est que les orientations se déroulent sur une période de quelques jours ou de quelques semaines et ce, dû au manque de ressources financières et humaines.

Certains auteurs mentionnent que le préceptorat est associé à une relation de dyade professionnelle entre la préceptrice et la précepteurée (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2004; Billay & Yonge, 2004) tandis que d'autres incluent une troisième ressource à cette relation, tel que formateur, un instructeur ou un éducateur (Hautala et al., 2007). Le rôle de cette troisième personne peut varier selon les écrits, mais parfois on lui confie le rôle de gestionnaire du programme de préceptorat (Williams, Sims, Burkhead, & Ward, 2002), tandis que d'autres préconisent le soutien de la préceptrice pour cette ressource (Hautala et al., 2007). Dans le cadre de ce projet, l'intérêt portera davantage sur la relation professionnelle entre la préceptrice et la précepteurée.

Que l'on parle de la personne orientée, de la participante, de l'apprenante, de la préceptée ou de la précepteurée, les auteurs définissent celle-ci comme une étudiante ou une infirmière qui apprend un nouveau rôle et de nouvelles fonctions dans un environnement de soins inconnu (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2004; Hautala et al., 2007; Speers, Strzyzewski, & Ziolkowski, 2004). Dans la littérature, par rapport au préceptorat, peu d'auteurs spécifient la distinction entre l'étudiante, l'infirmière nouvellement diplômée et l'infirmière expérimentée changeant de milieu de pratique (Hautala et al., 2007). Dans le cadre de ce rapport de stage, retenons que la précepteurée fait référence à une infirmière nouvellement diplômée ou une d'expérience arrivant dans un nouveau milieu de pratique.

#### **4.2. La définition, le rôle et les compétences des préceptrices**

Dans les écrits, la préceptrice est souvent décrite comme une infirmière d'expérience hautement qualifiée (Hyrkäs & Shoemaker, 2007). En plus d'être infirmière, la préceptrice est un guide, une enseignante, un modèle, une facilitatrice, une tutrice, une accompagnatrice et une évaluatrice. En principe, les préceptrices sont recrutées pour leur haut niveau d'expertise clinique (Hautala et al., 2007), mais certaines peuvent aussi être sélectionnées pour leur motivation ou leur disponibilité clinique.

Elles sont appelées à soutenir le développement des compétences attendues de la nouvelle infirmière, à favoriser les occasions d'apprentissage, à encourager l'autonomie et l'autoévaluation chez la nouvelle infirmière, à inciter la socialisation et l'intégration de celle-ci et finalement à stimuler la pensée critique et la pratique réflexive dans la pratique de tous les jours (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2004; Billay & Myrick, 2008; Gaberson & Oermann, 1999).

Certains auteurs mentionnent que les préceptrices devraient maîtriser au moins les compétences de niveau débutant, ainsi que des qualités de leadership et des habiletés de communication développées (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2004; Yonge, Myrick, & Haase, 2002). Étant donné que l'enseignement est au centre du préceptorat, posséder des habiletés pédagogiques est aussi à privilégier chez les préceptrices (Billay & Myrick, 2008).

À la Faculté des sciences infirmière (FSI) de l'Université de Montréal, le Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI) a élaboré un référentiel identifiant trois compétences essentielles recherchées chez la préceptrice : (1) établir et maintenir un partenariat avec les membres de l'équipe et autres personnes impliquées dans la formation, (2) soutenir l'apprentissage des préceptorées et finalement (3) assurer son développement professionnel (Université de Montreal. Faculté des sciences infirmières, 2010). L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2004), quant à elle, a divisé en cinq catégories les caractéristiques de la préceptrice qui sont la collaboration, les qualités personnelles, la facilitation de l'apprentissage, la pratique professionnelle et la connaissance du milieu. Dans le cadre de ce stage, l'emphase pour la préceptrice a été mis sur assurer leur développement professionnel tout en soutenant l'apprentissage des préceptorées.

### **4.3. Avantages du préceptorat**

Depuis 2008, avec la création du programme de soutien clinique par le MSSS, les milieux de soins ont été mandatés pour élaborer et offrir des programmes de préceptorat aux infirmières travaillant dans les établissements du milieu de la santé (Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008). Tout en améliorant le rendement, la satisfaction au travail et l'intégration, le préceptorat peut aussi aider à instaurer un sentiment de réalisation autant pour la préceptrice que pour

l'apprenante (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2004). Les avantages que les programmes de préceptorat offrent aux apprenantes, aux préceptrices, aux établissements de soins et à la profession infirmière ont été constatés par plusieurs auteurs (Billay & Myrick, 2008; Flynn, 1997; Neumann et al., 2004; Wright, 2002). Pour les apprenantes, le préceptorat favorise le passage du milieu académique au milieu professionnel, tout en permettant l'assimilation de la théorie à la pratique (Billay & Myrick, 2008). En plus, le préceptorat facilite l'entrée dans la profession ou dans un nouveau milieu de travail, il aide aussi au développement de la pensée critique et du savoir-faire, tout en diminuant le temps nécessaire à l'atteinte de l'autonomie de l'apprenante (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2004). Le jumelage de la préceptore à la préceptrice favorise le développement des compétences professionnelles tout en améliorant la satisfaction au travail, la confiance mutuelle et l'épanouissement personnel et professionnel. Pour les milieux de soins et la profession, les programmes de préceptorat aident au recrutement accru de nouvelles infirmières ainsi qu'au maintien du personnel déjà présent, ce qui peut améliorer le rendement et la productivité (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2004). En effet, une recension des écrits faite par King et Bernick (2002) a démontré que les établissements pratiquant le préceptorat ont diminué le nombre de démissions ainsi que le roulement du personnel tout en améliorant la satisfaction du personnel et la qualité des soins dispensés.

#### **4.4. La formation préparatoire et continue des préceptrices**

Le succès du préceptorat est relié à une préparation appropriée de la préceptrice par rapport à son rôle, ainsi que le soutien continu de celle-ci (Baltimore, 2004; Billay & Yonge, 2004; Hyrkäs & Shoemaker, 2007; Speers et al., 2004; Yonge, Hagler, Cox, & Drefs, 2008a). En effet, il y aurait un lien entre la confiance de la préceptrice et l'intensité de la préparation à son rôle. Ainsi, l'augmentation de la confiance en soi de la préceptrice engendrerait un effet positif dans son intention de réessayer le préceptorat ainsi que sa satisfaction par rapport à l'expérience (Speers et al., 2004; Yonge et al., 2008a). Des auteurs soulignent aussi que la diminution de confiance par rapport à leur habileté pédagogique génère un stress chez 89% des préceptrices (Hautala et al., 2007). Ce stress pourrait être prévenu par la préparation et une formation adéquate pour ce rôle.

Dans une étude faite auprès de 295 préceptrices (Yonge, Krahn, Trojan, Reid, & Haase, 2002), les auteurs mentionnent que la source de stress commune des préceptrices est reliée à l'ajout de responsabilités et le temps supplémentaire nécessaire pour effectuer leur rôle. Dans cette même étude, les préceptrices ont mentionné que la présence d'un soutien continu adéquat par la disponibilité et la rétroaction de l'éducatrice, d'un instructeur ou de la gestionnaire lors de la période de préceptorat, diminuaient de beaucoup leur niveau de stress.

La durée des programmes de formation des préceptrices est très variable. Certains programmes ne durent que quelques heures tandis que d'autres y consacrent plus de ressources et peuvent se prolonger jusqu'à neuf semaines (McCarty & Higgins, 2003). Par contre, la majorité des écrits mentionnent une formation d'une à deux journées. Lors d'une recherche, McCarthy et Murphy (2010) signalent que les 470 préceptrices ayant participé à des programmes de formation, ne se sentaient pas suffisamment préparées pour assurer leur rôle de préceptrices, même si 53% d'entre elles ont assisté à un programme de deux jours de formation, que 39% ont eu une formation de quatre heures et que 6% ont eu quatre heures de perfectionnement. Il importe de mentionner que malheureusement, la majorité des préceptrices bénéficient rarement d'un programme de formation ou de soutien. Dans la recension de Billay et Myrick (2008), le manque de temps et une formation inadéquate des préceptrices sont des éléments récurrents qui nuisent au préceptorat.

De plus, Hyrkäs et Shoemaker (2007) ont fait une étude explorant la vision de 82 préceptrices américaines en ce qui a trait aux récompenses, aux bénéfices, au soutien et à leurs implications personnelles en lien avec leur rôle préceptoral. Cette étude a démontré que les préceptrices avaient tendance à s'engager davantage dans leur rôle lorsqu'il y a présence d'une sorte de reconnaissance, sans qu'elle soit matérielle, comme des formations pour leur développement professionnel.

Bien que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec demande aux milieux de soins d'élaborer un programme de soutien clinique pour les infirmières, il n'y a pas de normes quant à la formation et au soutien des préceptrices (Yonge et al., 2008a). Comme la préceptrice est l'élément essentiel au bon fonctionnement de la période de préceptorat, il est fortement suggéré dans les écrits qu'une structure de formation et de soutien soit établie et ce, au-delà de la formation initiale (McCarty & Higgins, 2003; Yonge, Krahn, et al., 2002).

Certains auteurs affirment que la préparation des préceptrices doit être un processus continu qui nécessite obligatoirement des suivis, un réseau de soutien ainsi que du perfectionnement (Heffernan, Heffernan, Brosnan, & Brown, 2009; Henderson et al., 2006). Ainsi ils recommandent un environnement favorisant l'apprentissage et le soutien. Le soutien organisationnel semble aussi être un atout important dans l'implantation d'un programme de préceptorat. De plus, certains auteurs stipulent que ce soutien impliquant parfois une diminution de la charge de travail des préceptrices est grandement apprécié par celles-ci et améliore leur satisfaction face à leur rôle préceptoral (Hautala et al., 2007; Heffernan et al., 2009).

Quant à la formation, plusieurs auteurs préconisent une forme de centre de partage, de regroupement entre pairs ou de forums impliquant un échange entre les préceptrices au sujet de leur expérience (Henderson et al., 2006; Neumann et al., 2004; Speers et al., 2004). Quant à certains, ils précisent qu'un regroupement entre préceptrices vise à développer leur communication, leur pensée critique et leur réflexion, ce qui se traduit positivement dans la pratique préceptorale (Neumann et al., 2004). La réflexion semble souvent être abordée dans les écrits sur le développement professionnel des préceptrices que ce soit comme stratégie d'enseignement ou dans le processus d'apprentissage entre la préceptrice et la préceptorée (Heffernan et al., 2009; Henderson et al., 2006). Cependant, peu de conseils et d'explications sont offerts dans ces articles quant à l'implantation de groupes pour les préceptrices favorisant la réflexion.

En conclusion, selon les écrits recensés, tous les auteurs s'entendent pour soutenir que la préparation, la formation continue et le soutien des préceptrices aident au succès des programmes de préceptorat, à la rétention du personnel dans le milieu clinique et demande un engagement de la part de toutes les parties prenantes.

## 5. CADRE THÉORIQUE

Dans ce rapport de stage, le modèle du groupe de codéveloppement professionnel (GCDP) est utilisé en tant que cadre théorique. Le choix de ce cadre est de mise, car il permet de favoriser le développement des compétences des préceptrices tout en structurant la démarche pour les soutenir et soutenir les préceptorées par le fait même.

### 5.1. Définition et principes de base des groupes de codéveloppement professionnel

Payette & Champagne (1997) définissent « *Un groupe de codéveloppement professionnel est une approche de formation qui mise sur le groupe et sur les interactions entre les participants pour favoriser l'atteinte de l'objectif fondamental : améliorer la pratique professionnelle* ».

Les rencontres du GCDP ont entre autres comme objectif de développer les capacités d'action et de réflexion de chacun par le biais d'interactions structurées entre les membres et en focusant sur la réflexion individuelle et collective (Payette & Champagne, 1997). Lors de la conception des premiers GCDP par les deux canadiens fondateurs, Andrien Payette et Claude Champagne (1997), il y a plus de quinze ans, la clientèle ciblée était des gestionnaires. D'autres groupes ont été implantés dans les domaines de l'enseignement, de la psychologie et tout dernièrement, l'implantation s'est faite auprès d'infirmières. Plusieurs communautés de pratique ou d'apprentissage ont été mises en place au cours des dernières années auprès des infirmières, mais peu de GCDP malgré qu'il y ait un engouement pour le concept. Aucun GCDP n'a été introduit auprès des préceptrices. À notre connaissance, aucun résultat de recherche au sujet des GCDP n'a été publié.

Ce type de groupe constitue une communauté d'apprentissage qui partagera les mêmes buts et une même démarche (Payette & Champagne, 1997). Lors des rencontres de GCDP, des études de situations vécues, le partage des savoirs pratiques et des connaissances théoriques peuvent être utilisés selon les besoins du groupe (Payette & Champagne, 1997). Les GCDP peuvent varier et prendre diverses formes selon la situation et les conditions où ils sont implantés. Par contre, afin de garder une certaine

qualité de consultation, Payette et Champagne (1997), proposent des critères de base structurant la mise sur pied d'un GCDP. Tout d'abord, le nombre de participants peut varier, mais Payette et Champagne (1997) suggèrent qu'un groupe soit composé idéalement de 4 à 10 personnes, en plus de l'animateur. Les auteurs pensent qu'un groupe est habituellement plus riche de contenus lorsqu'il est constitué de participants ayant des expériences partagées, des opinions diversifiées et qui peuvent parfois même provenir de milieux professionnels différents. Par contre, ils évoquent aussi qu'un GCDP plus hétérogène peut avoir une variété de points de vue et être parfois plus difficile à gérer. Toutefois, un groupe plus homogène peut manquer de points de vue variés, ce qui peut en limiter la diversité et ainsi être moins propice à l'apprentissage. Selon Payette et Champagne (1997), peu importe la composition du GCDP, il y aura toujours des avantages et des inconvénients à ceux-ci. Par ailleurs, il semble que les auteurs privilégient le fait que les participants devraient toujours être les mêmes d'une rencontre à l'autre, afin d'assurer le suivi et l'évolution du GCDP (Payette & Champagne, 1997).

Le cycle d'apprentissage est une base théorique au GCDP. Selon la théorie de Kolb et Kolb (2005), l'apprentissage passe obligatoirement par quatre phases : l'expérience concrète, l'observation et la réflexion, la conceptualisation et la généralisation et finalement l'expérimentation active dans de nouvelles situations cliniques. L'apprenant, quant à lui, construit les connaissances autour de ce qu'il a déjà appris. Lorsque l'expérience éducative découle des intérêts de l'apprenant, la motivation est augmentée et l'apprentissage est plus efficace (Kolb & Kolb, 2005). La démarche d'apprentissage des GCDP proposée lors des étapes de consultation est inspirée entre autres du modèle d'apprentissage qui indique que tout part de l'expérience que le client présente et se termine avec l'application concrète dans le milieu selon le plan d'action établi, tout comme les GCDP (Payette & Champagne, 1997).

En fait, l'idée principale du GCDP est d'apprendre de sa propre pratique en partageant un projet, une préoccupation ou une expérience professionnelle avec un groupe de collègues afin de réfléchir ensemble à cette situation. Le but est de mieux comprendre la situation et non pas seulement d'utiliser une simple résolution de

problème. Le fait de trouver des pistes de solution collectivement en écoutant et en aidant ses collègues dans la compréhension et l'amélioration de leur pratique favorise les apprentissages individuels et collectifs autant de nature cognitive qu'émotionnelle (Payette & Champagne, 1997). Les participants qui proviennent tous d'un même milieu et qui ont des réalités professionnelles communes, peuvent souvent transférer ces apprentissages à des expériences professionnelles différentes.

## **5.2. Rôles des participants et étapes de consultation**

Avant tout, les participants qui prennent part aux rencontres de GCDP doivent être motivés à collaborer entre eux, être ouverts et aspirer à perfectionner leur pratique professionnelle. Il y a quatre rôles essentiels associés à la démarche d'un GCDP. Ces quatre rôles sont l'organisateur, l'animateur, les consultants et le client.

Tout d'abord, l'organisateur, tout comme son nom l'indique, doit organiser les rencontres et tout ce qui s'y apparente. Il est celui qui est responsable de la mise sur pied du projet. Pour réussir, l'organisateur doit avoir des qualités de promoteur, d'entrepreneur, mais il doit avant tout croire en son projet (Payette & Champagne, 1997). Il est essentiel qu'il connaisse assez d'informations sur les GCDP pour faire la promotion et la présentation du projet aux hautes instances. Selon Payette et Champagne (1997), pour implanter un GCDP, l'organisateur doit savoir intervenir de façon stratégique et opérationnelle. En effet, certaines interventions au niveau de la dimension stratégique doivent tenir compte du contexte organisationnel, que ce soit les enjeux économiques, la libération de personnel, les niveaux hiérarchiques, les différents projets déjà en place, etc., afin d'assurer l'implantation du projet des GCDP. L'organisateur tient aussi compte de l'opérationnalisation de son projet, c'est-à-dire qu'il doit aussi accomplir certaines étapes préparatoires essentielles à l'implantation du GCDP, telles que le recrutement, le choix des participants, la formation de ceux-ci, l'élaboration des critères de confidentialité, la planification des lieux et des dates de rencontres, etc.

Deuxièmement, Payette et Champagne(1997) mentionnent que l'organisateur peut assumer le rôle d'animateur de rencontre ou il peut choisir quelqu'un d'autre. De plus, si le groupe est restreint et mature, il est possible qu'un animateur ne soit pas nécessaire. Le cas échéant, les participants peuvent adopter le rôle de l'animateur en alternance. Mais

dans la plupart des cas Payette et Champagne (1997) suggèrent qu'un animateur soit nommé. L'animateur doit être considéré comme une personne ressource et non pas comme un spécialiste de contenu même si parfois il peut s'avérer utile de l'être. Il doit cependant être un expert quant à la relation d'aide et à la séquence de consultation du GCDP. L'animateur doit gérer le processus des rencontres, encourager l'utilisation adéquate de la démarche de consultation, encadrer les interactions, s'assurer de l'objectivité de tous, être le gardien du temps, susciter la réflexion sur les pratiques professionnelles et favoriser des processus d'apprentissage et de coopération entre les participants. Selon Payette et Champagne (1997), l'apprentissage est facilité par la structuration des rencontres et par une organisation claire de la réflexion à la planification de l'action. L'animateur contribue aussi à la formation des participants pour les aider à jouer leur rôle de client et de consultant. Il les dirige afin qu'ils deviennent efficaces et aidants lors de leurs interventions. D'ailleurs, tout au long des rencontres, l'animateur peut intervenir afin que les consultants restent centrés sur les besoins du client. Les styles d'animation peuvent être très variables d'un groupe à l'autre selon le contexte, la nature, les interventions et les comportements de chaque groupe de clients et consultants lors des rencontres. Mais essentiellement, l'animateur accompagne les clients et consultants à travers les six étapes lors de la démarche de séquence de consultation proposée par Payette et Champagne (1997).

Les consultants, quant à eux, ont comme rôle principal d'aider le client à améliorer sa pratique professionnelle, plus particulièrement en l'interrogeant respectueusement afin de bien comprendre son projet, sa préoccupation ou sa problématique. Ils doivent aussi savoir écouter attentivement les réponses de celui-ci et apprendre à se taire lors d'interventions des collègues consultants. Ils font aussi des suggestions et remettent même en question certaines visions, actions ou suggestions du client ou des autres consultants (Payette, 2000).

Le client, quant à lui, a un rôle qui semble à prime abord très simple, mais en fait c'est celui qui doit davantage travailler afin d'assurer un développement de ses compétences. Tout d'abord, le client doit apprendre et accepter de se faire aider. La réceptivité du client se manifeste par l'écoute active, la compréhension de la divergence d'opinion, l'absence de réponse spontanée et défensive par rapport aux commentaires des

consultants. De plus, il doit être prêt à apprendre des autres et à analyser les suggestions proposées afin de passer à l'action et de mener son projet à terme (Payette & Champagne, 1997).

Lors de l'étape 0 de la démarche, le client fait le choix et prépare le sujet de consultation qu'il présentera à ses collègues lors de la future rencontre structurée des six étapes de la séquence de consultation. Premièrement à l'étape 0, les auteurs suggèrent de faire une liste de sujets potentiels reliés à sa pratique professionnelle et qui nécessitent l'aide de ses collègues. Ensuite, il faut prioriser les sujets et entreprendre une première analyse écrite, afin de bien cerner le sujet en faisant ressortir les grandes lignes et les éléments principaux (Payette & Champagne, 1997). Enfin, avant la rencontre, Payette et Champagne (1997) stipulent qu'une dernière période de réflexion pourrait être bénéfique afin de bien clarifier ses propres attentes.

C'est lors de cette rencontre que débutera la séquence de consultation comprenant les six étapes. Ces étapes de la démarche de consultation sont présentées à l'annexe 4 de ce rapport. Enfin, un environnement calme où les participants ne se font pas déranger et où ils peuvent se voir facilement, est aussi primordial afin de faciliter le déroulement de la démarche de consultation (Payette & Champagne, 1997).

À la première étape, le client présente un projet, une préoccupation ou une problématique qu'il vit dans sa pratique professionnelle. Plus le sujet de consultation est considéré significatif pour le client et orienté autour de son vécu, plus il entraîne de réels apprentissages (Payette & Champagne, 1997).

Deuxièmement, les consultants posent des questions afin de clarifier la problématique. Parfois, le client peut avoir décrit brièvement le sujet qui l'inquiète et c'est pour cette raison qu'il est important que les consultants valident leur perception de la situation. À cette étape, Payette et Champagne (1997) mentionnent que les consultants peuvent être tentés de se rendre directement à la quatrième étape, c'est-à-dire réagir ou suggérer des solutions, sans clarifier le sujet de consultation. Le rôle de l'animateur est souvent essentiel à cette étape, afin de s'assurer du bon respect de la démarche de consultation.

Troisièmement, les consultants reformulent à tour de rôle leur compréhension du sujet, ce qui permet d'en mesurer la clarté. Le client quant à lui, précise ses attentes et ses

besoins par rapport à ce sujet et à l'aide souhaitée. Le contrat de consultation est alors clairement établi entre le client et les consultants dans le but de s'assurer que tous les participants au GCDP aient tous la même vision (Payette & Champagne, 1997).

Quatrièmement, les collègues consultants expriment leurs réactions, leurs commentaires, leurs impressions et leurs suggestions pratiques sur la situation dans un seul but : aider le client à enrichir sa réflexion et sa capacité d'agir. Le client, quant à lui, écoute et peut poser des questions, afin de clarifier les suggestions des consultants (Payette & Champagne, 1997).

À la cinquième étape, le client partage la synthèse de ses apprentissages et tend vers des hypothèses possibles d'action. Le groupe aide alors le client à formuler une hypothèse d'action simple et réalisable qu'il pourra expérimenter dans sa pratique professionnelle, afin de répondre à la situation présentée. Le client aura jusqu'à la rencontre suivante pour essayer son plan d'action. La prochaine rencontre du GCDP devrait débiter avec le suivi du plan d'action testé (Payette & Champagne, 1997).

Sixièmement, à la toute fin, chaque participant évalue la démarche de consultation. Le groupe peut discuter de ce qui a bien fonctionné et moins bien fonctionné lors de la démarche de consultation afin d'améliorer leurs pour les prochaines rencontres. C'est aussi à cette étape que les participants réfléchissent à leurs apprentissages majeurs et les mentionnent. Il est important que le groupe réalise que ce n'est pas seulement le client qui apprend et réfléchit lors de la démarche de consultation, mais que c'est bel et bien une réflexion et un apprentissage collectif (Payette & Champagne, 1997).

### **5.3. Fonctionnement des groupes de codéveloppement professionnel**

Le GCDP fait partie des méthodes de pratique réflexive. Chaque rencontre du GCDP est divisée entre une ou plusieurs séances de consultations ainsi que d'autres activités considérées pertinentes et qui satisferont d'autres besoins du groupe. Par exemple, des activités telles que le changement d'un outil de travail, des discussions sur certaines pratiques, de l'information plus théorique, des échanges sur les nouveautés, etc. viseront le développement et la satisfaction des participants du groupe sans pour autant faire partie de la démarche de consultation. Par contre, il est important de préciser que la

séquence de consultation est au cœur même du processus d'un GCDP (Payette & Champagne, 1997) Le concept du GCDP met de l'avant l'importance des interactions entre les participants du groupe dans la construction de leur savoir et ce à travers les différentes étapes de la séquence de consultation (Payette & Champagne, 1997).

Par ailleurs, Payette et Champagne (1997) indiquent qu'il est essentiel que les participants définissent des règles de confidentialité et de fonctionnement du groupe afin d'instaurer un climat de confiance dès le début des rencontres. Les auteurs recommandent que les rencontres du GCDP soient d'un minimum de trois à quatre heures si le groupe est petit et que les consultations sont courtes. Par contre, il serait idéal de planifier des rencontres d'une demi-journée à une journée si les conditions le permettent. La fréquence des rencontres est déterminée selon la disponibilité des participants, leur engagement et les contraintes physiques. Payette et Champagne (1997) conseillent que la fréquence des rencontres varie de deux à quatre semaines, bien qu'il soit possible qu'elles soient aux deux mois. *« Plus les rencontres sont fréquentes, plus la démarche est susceptible d'être profonde et plus grands sont les impacts sur la pratique. Plus les rencontres sont espacées dans le temps, plus cela laisse aux participants le temps de mettre en application les plans d'action envisagés »*, soulignent Payette et Champagne (1997) p.40. La régularité est par contre importante afin d'aider à encadrer la réflexion des participants. La fin du processus d'un GCDP est difficile à prévoir puisque les rencontres prennent place tant et aussi longtemps que les participants réalisent des apprentissages. Payette et Champagne (1997) proposent que les GCDP évoluent minimalement ensemble pour une période de six mois à un an, afin de permettre la progression de chaque membre. Notamment, Payette et Champagne (1997) soulignent que la plupart des GCDP vont se rencontrer environ sept fois sur une période d'une année. Toutefois, eux-mêmes ont déjà animé des rencontres sur des périodes jusqu'à trois ans. D'autres groupes n'ont pas d'échéance et s'inscrivent dans un développement professionnel continu.

Dans le cadre de ce projet de stage, l'approche de formation de Payette et Champagne (1997) et la démarche de consultation présentée, constituée des 6 étapes spécifiques, ont été utilisées ainsi que certains éléments du fonctionnement des groupes de codéveloppement professionnel.

## 6. IDENTIFICATION DU MILIEU DE STAGE

Le présent stage a été effectué à l'hôpital général de Montréal, plus précisément à l'unité de l'urgence. L'hôpital général de Montréal est l'un des deux centres de traumatologie tertiaire de la région de Montréal. L'unité d'urgence de par sa clientèle spécifique, constitue un défi supplémentaire dans un cadre de préceptorat.

Les personnes ciblées par ce projet sont certaines infirmières préceptrices effectuant, pendant la période du stage, des orientations, du mentorat ou du coaching.

La personne ressource du milieu et superviseuse de stage était une des consultantes en pratique infirmière au CUSM; Mme Nancy Turner, inf. M.Sc. Inf(Ed). Ce projet a été permis grâce à l'étroite collaboration avec Mme Carole Filteau, B.Sc.N., infirmière gestionnaire du département de l'urgence. Et finalement, ce stage était sous la direction de Mme Johanne Goudreau inf, PhD, vice-doyenne aux études de premier cycle et à la formation continue à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

## 7. DÉROULEMENT DU STAGE

### 7.1. Activités préliminaires au stage

En premier lieu, travaillant à titre d'éducatrice à l'unité de soins d'urgence depuis plusieurs années et connaissant bien les préceptrices, le personnel soignant, les gestionnaires, la clientèle, les lieux de travail et l'équipe de soutien, il m'était plus facile de comprendre la réalité du préceptorat et d'adapter le projet de stage en conséquence. Le manque de formation et de soutien pour les préceptrices avait d'ailleurs été rapporté à plusieurs reprises par les infirmières lors de discussions durant les journées de formation. Les infirmières préceptrices se sentaient souvent peu outillées pour soutenir les préceptorées et c'est donc pour cette raison qu'il était aisé de recruter des préceptrices pour ce projet.

Cette problématique du manque de soutien pour les préceptrices a d'abord été discutée avec la directrice de stage et la personne ressource du milieu. D'une part, la planification de rencontres régulières avec les préceptrices a été proposée pour répondre à la problématique. D'autre part, il a été conclu avec la directrice du stage que l'implantation d'un GCDP pour les préceptrices pouvait être bénéfique pour répondre à leurs besoins. En plus, d'une recension des écrits déjà effectuée sur le concept de préceptorat et de mentorat, une familiarisation et une recension des écrits sur les GCDP ont été essentielles lors de la planification du déroulement de ce projet. La lecture du livre de Payette et Champagne (1997) a été la seule préparation en lien direct avec le GCDP, aucune autre formation n'a été reçue sur ce sujet.

Ensuite, comme le projet d'un GCDP vise les infirmières préceptrices faisant du préceptorat, du mentorat ou du coaching lors de la durée du projet, il a été essentiel de rencontrer l'infirmière gestionnaire de l'unité d'urgence, afin de connaître les possibilités d'implanter un tel groupe à l'urgence de l'hôpital général de Montréal. Son accord a été donné pour la réalisation de ce projet pouvant favoriser l'apprentissage, le soutien et la réflexion des préceptrices par rapport à leur rôle préceptoral. Il a été convenu de présenter

le projet aux infirmières lors des journées de formation de l'urgence déjà planifiées, du mois de janvier à mai 2011, afin de connaître leur intérêt face à ce projet. Cinq rencontres préparatoires au projet ont eu lieu avec différentes infirmières lors de ces journées d'éducation. La théorie générale et la séquence de consultation des GCDP ont été présentées aux infirmières à ce moment ainsi que le but du stage. Par la suite, plusieurs infirmières préceptrices ont mentionné leur intérêt à participer à ce groupe, mais demandaient des précisions sur le contenu des rencontres. Puisque le contenu des rencontres et des séquences de consultation étaient établis entre les membres du groupe, il était difficile de satisfaire la curiosité de chacun.

Une rencontre a ensuite été convenue avec l'infirmière gestionnaire, afin d'identifier de six à neuf infirmières préceptrices pour ce projet tel que suggéré par Payette et Champagne (1997), afin de maximiser les échanges. En collaboration avec l'infirmière gestionnaire, sept infirmières préceptrices, dont deux infirmières ayant connu des difficultés lors de périodes précédentes de préceptorat, de mentorat ou de coaching ont été sélectionnées parmi les volontaires pour le GCDP. Ces sept participantes ont été libérées et payées lors de la première rencontre du 7 juin et l'ont été aussi lors des deux autres rencontres suivante d'un intervalle de 4 à 6 semaines, selon les disponibilités de chacune. Idéalement, ces mêmes infirmières devaient être présentes lors des trois rencontres prévues tel que suggéré par Payette et Champagne (1997). Une planification de 4 heures par rencontre a été accordée par l'infirmière gestionnaire de l'urgence pour le GCDP. Puisqu'il est plus facile de libérer une infirmière pour une journée, il a été convenu que les infirmières participantes recevraient de la formation continue sur divers sujets pour les trois dernières heures. L'immense collaboration, la flexibilité et la croyance en ce projet de l'infirmière gestionnaire ont été cruciales au succès du projet. Suite à l'obtention de l'autorisation de l'infirmière gestionnaire, ce projet a aussi été révisé et approuvé par le comité d'approbation de la FSI de l'Université de Montréal composé de la directrice et de la personne ressource du milieu clinique. Toutes ces personnes ont donné leur appui au projet et ont collaboré à la réalisation de ce stage.

Trois rencontres du GCDP ont ainsi été planifiées pour le stage. De plus, il était planifié que ma collègue éducatrice participe à au moins une rencontre, afin de bien comprendre le déroulement de la séquence de consultation et ainsi assurer la continuité

du GCDP pour les préceptrices, selon leur demande et selon les possibilités en ressources humaines et financières.

Chaque infirmière préceptrice choisie a été rencontrée individuellement, afin de lui expliquer le concept général du GCDP et pour connaître ses objectifs et ses attentes par rapport à sa participation à ces rencontres. Parallèlement, un document PowerPoint, disponible à l'annexe 5, portant sur les concepts généraux du projet et sur le GCDP lui-même, a été élaboré pour faciliter la première rencontre. Ce document a notamment été révisé par la directrice du stage. De plus, comme le contenu des séquences de consultation pouvait porter sur des préceptorées, des collègues ou sur des patients, un contrat de participation et de confidentialité a été élaboré, afin de s'assurer du partage et du respect de chaque situation (voir Annexe 6). Parmi les autres activités préparatoires au projet, il y a aussi eu la création d'un exemple de demande de consultation qui a été présenté lors de la première rencontre, afin d'illustrer le déroulement de la séquence. Finalement, deux questionnaires ont été élaborés, afin d'obtenir des informations sociodémographiques ainsi que certaines informations sur l'état de leur connaissance en pédagogie (voir Annexe 7 et Annexe 8).

## **7.2. Première rencontre**

Tout d'abord, la première rencontre avec les participantes du groupe de codéveloppement de l'urgence de l'hôpital général de Montréal a eu lieu le 7 juin 2011. Cette rencontre s'est déroulée dans une salle de conférence située à l'extérieur de l'urgence. Le choix de cette salle était d'abord et avant tout pour favoriser les séquences de consultation et pour permettre la confidentialité de chaque situation. La rencontre a commencé par le plan de la journée. Tel que convenu avec l'infirmière gestionnaire, la première partie était consacrée au GCDP (stage), alors que la deuxième partie servait à une discussion avec l'infirmière gestionnaire sur les réalités quotidiennes à l'urgence. De plus, lors de discussions individuelles préalables à la première rencontre, certaines membres du groupe ont mentionné qu'elles aimeraient réviser les outils disponibles pour les orientations. La rencontre a débuté avec la présentation du but et des objectifs du stage au moyen d'un PowerPoint (voir Annexe 5). Ensuite, la discussion s'est dirigée sur la définition d'une compétence et sur les compétences qu'une infirmière-préceptrice

devrait posséder. Des photocopies du référentiel des compétences de la préceptrice, créé par le corps professoral de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal ont été distribuées. Les trois grandes catégories ont été lues et discutées telles que : 1) Établir et maintenir un partenariat avec les membres de l'équipe et autres personnes impliquées dans la formation; 2) Soutenir l'apprentissage des préceptorées et 3) Assurer son propre développement professionnel (clinique et pédagogique) (Université de Montréal. Faculté des sciences infirmières, 2010). Dans le cadre de ce stage, le but était plus directement relié à la compétence « Soutenir l'apprentissage des préceptorées ». Elles ont d'ailleurs indiqué qu'elles ne connaissaient pas de formation dédiée aux préceptrices seulement, autre que la journée du « preceptorship workshop » où seulement trois d'entre elles se souviennent d'y avoir assisté, il y a plusieurs années. La lecture du référentiel des compétences a été plus ardue pour certaines, dues à certaines barrières linguistiques. Le groupe était composé de 4 anglophones et 4 francophones (en m'incluant); les discussions ont donc eu lieu dans les deux langues tout au long de ce projet. Toutes les participantes comprennent bien le français et même l'anglais, mais lorsqu'il est question de terminologies plus théoriques, voire reliées à la pédagogie, il semble y avoir une plus grande difficulté à comprendre. Par contre, il est évident que la difficulté n'est pas seulement reliée à la barrière linguistique, mais aussi à la compréhension globale des termes. C'est pourquoi, tout au long de la rencontre, certains termes ont été traduits et expliqués, afin que toutes comprennent bien le sens de nos discussions.

Par la suite, les membres du groupe ont rempli la fiche pour les informations démographiques (voir Annexe 7) ainsi que le questionnaire pour connaître l'état de leurs connaissances et leurs compétences en pédagogie (voir Annexe 8). Les membres du GCDP ont réalisé qu'elles avaient de la difficulté à mettre en mot les principes pédagogiques qu'elles connaissaient. Ces informations, présentées à l'annexe 9 et 10, m'ont permis de mieux connaître les participantes et leurs connaissances en lien avec la pédagogie.

Quelques thèmes reliés à l'approche par compétences ont aussi été mentionnés lors de la première partie de cette rencontre. Certaines participantes mentionnaient qu'il

fallait tout connaître pour être de bonnes préceptrices. La discussion s'est donc orientée à travers des questions telles que : « Est-ce que l'on peut enseigner sans savoir? Est-ce qu'il est essentiel de tout savoir ? Est-ce que l'on doit enseigner de façon magistrale lors de préceptorat? ». La lecture d'articles sur différents sujets a alors été proposée aux membres du GCDP afin de les outiller pour améliorer leur pratique, mais aussi pour stimuler leur réflexion et le partage futur de connaissances entre elles sur différents sujets. Il a donc été convenu que des articles présélectionnés seraient à leur disposition quelques semaines avant la deuxième rencontre.

Suite à cet échange, le concept de GCDP et de ses principes fondamentaux ont été présentés. De plus, les différents rôles et les responsabilités de chacune dans le groupe, tels que celui d'animatrice, de cliente, de consultante et d'organisatrice ont été discutés et définis (Payette & Champagne, 1997). Le cycle d'apprentissage de Kolb et Kolb (2005) a également été abordé à l'aide de la présentation Power Point. Suite à l'introduction du cycle de Kolb, certaines participantes ont exprimé le manque d'introspection et de réflexion de quelques infirmières. Elles ont aussi soulevé l'importance de faire reconnaître cette problématique pertinente lors des périodes de préceptorat et qu'elles doivent trouver un moyen de travailler à cette lacune.

Par la suite, j'ai encouragé les membres du GCDP à discuter de leur problématique et de leurs préoccupations principales. Elles ont établi leur but et intérêts communs à atteindre lors des rencontres de groupe. D'un commun accord, elles veulent être de meilleures préceptrices, connaître des méthodes et des outils pédagogiques afin d'améliorer leur pratique préceptorale, pour aider les apprenantes à avoir un meilleur jugement et les faire réfléchir davantage. Également, lors de la première rencontre, un contrat de participation et de confidentialité a été signé par les participantes, afin d'assurer l'engagement des membres du groupe face à l'authenticité, l'humilité, le non jugement, le partage des bons comme des mauvais coups, le désir d'aider et finalement la confidentialité (voir Annexe 6). Selon Payette et Champagne (1997), tous ces éléments sont garants de résultats positifs au sein des GCDP. Le déroulement de la séquence de consultation, tel que proposé par Payette et Champagne, a alors été expliqué. Par la suite, un exemple de situation que j'avais préparé, leur a été présenté afin d'appliquer les étapes

de consultation. En tant que cliente, j'ai présenté la problématique du manque de rétroaction lors de questionnement par les éducatrices sur le déroulement des orientations. Les étapes ont donc été faites avec le groupe de façon systématique tout au long de la séance de consultation (voir Annexe 4). Un résumé des étapes était affiché afin d'aider les participantes à respecter la séquence telle que proposée par Payette et Champagne (1997). Le plan d'action a été établi pour l'éducatrice. À l'avenir, le questionnement des préceptrices devrait être fait à l'aide de questions ouvertes, à un moment opportun, afin de faciliter la transmission des informations sur le déroulement des orientations. À l'étape d'évaluation et d'assimilation, lors du retour sur les apprentissages, les membres du GCDP ont réalisé que la cliente n'était pas la seule à faire des apprentissages, mais que les consultantes aussi bénéficiaient des séances de consultation.

À la demande des participantes, la journée s'est poursuivie avec une lecture des outils existants pour les orientations. Il a été convenu par les participantes qu'il serait nécessaire de consacrer une partie des rencontres futures à améliorer ces outils afin de favoriser le suivi lors des orientations.

Ensuite, une rencontre du GCDP avec l'infirmière gestionnaire de l'urgence a eu lieu. Chaque membre a été invité à relever un point positif et un point négatif en lien avec les orientations ou les autres situations vécues sur le département. Elles avaient comme mandat de faire une suggestion afin de favoriser l'amélioration de ces situations. Les infirmières ont indiqué qu'elles avaient apprécié ce contact avec leur infirmière gestionnaire et le temps qu'elle leur a accordé, mais que ce n'était pas une nécessité à chaque rencontre.

La rencontre s'est conclue en leur demandant des commentaires généraux sur la journée, des idées de sujets pour le GCDP et des idées de sujets pour la formation continue. Les commentaires étaient très positifs. Les membres du groupe ont eu l'impression d'apprendre et de réfléchir beaucoup durant cette journée.

Suite à cette première rencontre du GCDP et à la demande des membres du groupe, j'ai eu une réunion avec l'infirmière gestionnaire, pour lui faire part de certaines préoccupations communes, de projets et d'interrogations générales évoquées par les infirmières préceptrices de l'unité d'urgence. De plus, j'ai rassemblé certains

articles pertinents lus lors de ma recension des écrits et j'ai créé un cartable de références pour les préceptrices. Dans les jours qui ont suivi cette rencontre, j'ai discuté personnellement avec chaque membre du groupe de façon très ouverte pour connaître leur perception par rapport à la rencontre. D'ailleurs, le groupe avait décidé lors de la rencontre que chaque participante allait choisir un article à lire à la maison dans le cartable préparé, mais la plupart ont décidé de lire 3 à 4 articles sur des sujets tels que le raisonnement clinique, l'approche par compétences, le préceptorat, le mentorat, les notions de pédagogie, etc. En plus de ces discussions, j'ai aussi rédigé un journal de bord et discuté de la rencontre avec ma directrice et ma superviseure de stage.

### **7.3. Deuxième rencontre**

Lors de l'élaboration de la planification du projet de stage, les rencontres pour le GCDP devaient durer environ 4 heures; cependant, l'infirmière gestionnaire a accordé la possibilité de prolonger ces rencontres selon les besoins du groupe et selon les autres notions qui devaient être enseignées au groupe. La deuxième rencontre du GCDP de l'urgence de l'hôpital général de Montréal a eu lieu le 21 juillet et sa durée a été de 8h00 à 14 h30. La rencontre s'est terminée une heure plus tôt, étant donné que les participantes ont fait des lectures d'articles à la maison, tel que convenu avec l'infirmière gestionnaire. Pour cette rencontre, il y avait huit participantes en m'incluant, étant donné qu'une participante était en vacances et qu'une autre s'était ajoutée au GCDP.

En commençant la rencontre, j'ai suggéré aux participantes d'établir le plan de la journée. Elles ont suggéré de faire un retour sur la dernière rencontre pour la nouvelle participante qui s'est jointe au groupe et qui n'avait pas pu être libérée pour la première rencontre. Elles voulaient aussi revoir les concepts de codéveloppement, mentorat, préceptorat et coaching. Deux membres du groupe avaient aussi une situation de consultation à présenter. Il fallait donc prévoir une révision des étapes de consultation dans le cadre de GCDP. En plus, elles ont suggéré que chacune fasse des résumés des articles lus. Un compromis a donc été fait étant donné le temps limité de la rencontre. Le contenu des articles lus serait discuté à travers les séquences de consultation si la situation s'y prêtait et selon les besoins du GCDP. Il a donc été

convenu que si les participantes croyaient qu'il était essentiel de discuter d'un concept qui n'avait pas été discuté lors des situations, il serait possible de le faire à la fin de la rencontre ou nous pourrions l'inclure dans la planification de rencontres ultérieures.

Donc, suite à la planification de la rencontre, un résumé de la démarche du GCDP a été présenté. Ensuite une discussion a eu lieu à propos des sujets abordés à la dernière rencontre. Les objectifs du groupe, leurs attentes et les buts communs ont été revus. Il y a aussi eu un retour sur l'avantage et les répercussions du plan d'action élaboré à la dernière rencontre. En tant qu'animatrice, il a fallu que je pose plusieurs questions, que je reformule et que je leur donne des pistes de rappel pour que les membres du groupe se souviennent des éléments de la dernière rencontre. Elles ont par la suite commencé à parler de notions plus théoriques telles que les types de savoirs, les compétences, les définitions d'un GCDP, etc. Finalement, elles mentionnaient ce qui avait été vu à la dernière rencontre de façon répétitive. Je leur ai demandé d'approfondir un peu plus leur réflexion sur la théorie apprise et de l'associer à leur pratique. Qu'avaient-elles appris personnellement? Les participantes ont donc échangé par rapport à leur but d'aider les nouvelles infirmières à réfléchir et à cheminer lors de leur orientation. Elles ont d'ailleurs expliqué certaines méthodes pour arriver à cet objectif, telles que l'utilisation de l'approche par compétence, poser des questions ouvertes, ne pas généraliser les acquis et les apprentissages, choisir les moments opportuns pour la rétroaction, etc.

Suite à ce retour, je leur ai mentionné que mon objectif personnel pour cette rencontre était de leur faire réaliser ce qu'elles savent, ce qu'elles croient qu'elles ne savent pas, ce qu'elles font et qu'elles ne savent pas qu'elles font et de leur faire réaliser le pourquoi elles le font. Je leur ai donc dit qu'à la dernière rencontre, j'avais pris conscience qu'elles connaissaient beaucoup de notions utilisées en pédagogie, mais que leurs interventions étaient instinctives plutôt que réfléchies lors du préceptorat. Cet énoncé leur a été présenté par la suite : « ...Si la personne en avant de toi ne sait pas et ne sait pas qu'elle ne sait pas, fuis-la ou confronte-la...si elle ne sait pas et sait qu'elle ne sait pas, enseigne-lui...si elle sait et ne sait pas qu'elle sait, éveille-la...si elle sait et sait qu'elle sait, suis-la... » (Burnyeat, 1977). Il y a donc eu un partage d'opinions et de prise de conscience suite à la citation présentée. Je leur ai demandé pourquoi nous avons fait un

retour sur la dernière rencontre. Elles m'ont répondu que c'était pour que le nouveau membre du groupe soit informé et pour se souvenir de ce que nous avons parlé à la dernière rencontre. Elles ont aussi ajouté que c'était pour réfléchir aux changements effectués dans leur pratique et pour connaître leur niveau de connaissances de base avant de commencer. Une discussion a eu lieu sur l'importance d'un retour avec les préceptorées avant le début d'une nouvelle journée d'orientation ainsi que sur l'importance de prendre le temps de réfléchir et de dédramatiser certaines situations. De plus, elles ont suggéré de prendre le temps, au début de la journée, pour que la préceptorée puisse comprendre et assimiler ce qui s'est passé lors de la dernière journée d'orientation. Avant de débiter la première consultation du GCDP, une révision des étapes a été faite en groupe. Ainsi, les participantes ont été invitées à réfléchir et à penser à toutes les possibilités avant d'intervenir. Elles ont d'ailleurs été informées de l'importance de tenir compte de la situation dans son ensemble et non seulement de façon superficielle.

*Première séquence de consultation :*

L'infirmière préceptrice raconte qu'elle a terminé à deux reprises des orientations dans la salle de traumatologie. Lors de celles-ci, elle a remarqué une même lacune chez les préceptorées, soit la priorisation de l'installation des voies intraveineuses et du moniteur cardiaque plutôt que l'évaluation de l'état de santé du patient selon l'aide-mémoire « L'ABC ». L'infirmière préceptrice qui racontait la problématique se demandait comment nous pouvions savoir si la préceptrice avant elle avait donné les bonnes informations ou si les apprenantes avaient mal compris ces informations. De plus, elle se demandait pourquoi les préceptorées avaient toutes tendance à s'orienter vers la tâche et non vers l'évaluation dans la salle de traumatologie. En tant qu'animatrice, il a fallu que je recadre les discussions en leur rappelant de mettre l'accent sur les étapes de la séquence de consultation reliée à la problématique de l'infirmière préceptrice. Un résumé des étapes était d'ailleurs affiché afin d'aider les participantes à respecter la séquence telle que proposée par Payette et Champagne (1997). Lors de la quatrième étape, lorsque les consultantes partageaient leurs impressions, plusieurs suppositions ont été faites. Par exemple, une des consultantes a expliqué que les nouvelles font souvent de l'observation

dans la salle de traumatologie. Ainsi, ce qu'elles remarquent, c'est l'installation des cathéters intraveineux, du moniteur cardiaque ainsi que l'exécution des autres techniques. Si, lors de leur observation, aucun membre du personnel n'est présent pour leur expliquer l'évaluation qui est faite, les apprenantes ne peuvent pas déduire que les infirmières et les médecins priorisent l'évaluation de leur patient en commençant par L'ABCDEF au lieu d'intervenir dès le départ. Une autre consultante a mentionné que l'apprenante peut également être appelée à aider ses collègues dans la salle de traumatologie. Souvent, cette personne supplémentaire est désignée à l'exécution de techniques simples et rapides. Donc, elle n'apprend pas vraiment l'évaluation du patient et comment lui donner des soins de qualité. Les membres du groupe se sont alors posés la question : « Comment devons-nous agir si l'on se rend compte que l'apprenante n'utilise pas son jugement clinique, mais qu'elle pense plutôt aux techniques qu'elle doit exécuter, parce qu'elle n'a pas été orientée correctement ou parce qu'elle n'a pas eu la bonne perception de ce qu'elle a observé? ». Une consultante nous a alors parlé d'un article qu'elle avait lu qui expliquait que les nouvelles infirmières en orientation sont « orientée vers la tâche » et ont une vision plus étroite du patient. Elles sont stressées quant aux tâches à faire et à leur organisation de travail. Par conséquent, l'information qu'elles retiennent n'est pas nécessairement l'information que la préceptrice voudrait qu'elles retiennent. Les membres du groupe ont d'ailleurs mentionné que même les infirmières d'expérience retiennent plus ce qui les intéresse comme informations lors d'un enseignement.

Une autre consultante du GCDP nous a mentionné que le soin est une science comme un art. Elle faisait le lien selon lequel les infirmières peuvent intervenir de façon différente, mais ce qui est important, c'est qu'il y ait un raisonnement et une logique derrière la pratique de celles-ci. Dans cette situation, elle suggérait que la cliente (l'infirmière préceptrice) prenne le temps de valider la perception des apprenantes quant à ce qui est essentiel pour les patients en situation critique. Selon elle, il est important de se soutenir entre préceptrices et ne pas insister sur l'erreur que notre collègue a peut-être faite, mais bien mettre l'emphase sur le pourquoi des actes posés en situations critiques. Elle suggère qu'en tant que préceptrice, il importe de les faire réfléchir sur les éléments spécifiques de la prise en charge du patient relativement à sa situation de santé, plutôt que de leur donner des règles strictes à suivre dans la salle de traumatologie. À la fin de la

séance de consultation, lors de l'étape d'assimilation et d'évaluation des apprentissages tout comme lors du plan d'action, l'infirmière préceptrice (cliente) et les autres membres du groupe (consultantes) ont conclu qu'il est essentiel de faire un retour avec les préceptorées sur ce qu'elles ont appris et assimilé comme informations lors de leur dernière journée d'orientation dans la salle de trauma avec leur collègue préceptrice. De cette façon, l'infirmière préceptrice aurait davantage stimulé leur réflexion par rapport aux priorités de soins, plutôt que sur certaines notions de base qu'elle croyait déjà acquises, et ce afin de mieux soutenir l'apprentissage de celles-ci.

*Deuxième séquence de consultation :*

Une autre infirmière préceptrice a adopté le rôle de cliente à son tour et a expliqué que sa situation était grandement en lien avec la précédente. Elle se demandait comment elle devait enseigner dans la salle de traumatologie. Elle précisait qu'elle aimerait savoir si la préceptorée pouvait vraiment réfléchir et apprendre lors de situations stressantes. Elle mentionnait que souvent, même une infirmière d'expérience a besoin de recul pour réfléchir à certaines pratiques effectuées lors de situations critiques. L'étape deux a permis de préciser que la cliente voulait des trucs pour enseigner dans la salle de traumatologie et se demandait aussi si c'était vraiment le temps de demander «le pourquoi du pourquoi» pour soutenir la préceptorée dans sa réflexion ainsi que dans son apprentissage. Suite à la définition du contrat de consultation avec les membres du GCDP, la discussion a alors commencé avec l'importance de choisir le bon moment pour discuter et poser des questions à la préceptorée. Certaines participantes mentionnaient qu'il était essentiel pour bien soutenir leur apprentissage de faire un *debriefing* avant l'arrivée d'un patient critique ainsi que lorsque la situation redevient plus calme. Il est primordial de permettre à tous de se préparer aux situations critiques, d'apprendre de leurs erreurs et d'éviter qu'elles se reproduisent. Une consultante avait d'ailleurs lu sur le débriefing et mentionne que l'auteur décrit que le *debriefing* permet un retour sur l'expérience vécue collectivement : il invite à l'échange puisqu'il tient compte de la parole de chacun, mais incite aussi à une réflexion commune sur les actions qui ont été posées et leur donne un sens (Overstreet, 2010). Les membres du groupe insistaient sur le fait que le *debriefing* devrait être un automatisme après chaque situation critique. Il faut

parfois dédramatiser ce qui s'est passé dans la salle de traumatologie, pas seulement avec la préceptoree, mais aussi avec l'équipe multidisciplinaire, afin que tous puissent retrouver leur sérénité et ainsi leur permettre d'évoluer.

De plus, un autre concept pédagogique a été rapporté par une autre infirmière préceptrice : la pensée à haute voix plus souvent appelé le « *Think aloud* ». Elle a mentionné que le « *Think aloud* » consiste à dire à haute voix tout ce que l'on fait. Cette stratégie pédagogique favorise le développement de la pensée critique et aide aussi au rodage du processus clinique (Phaneuf, 2009). Par exemple, lors de l'arrivée d'un patient ayant subi un trauma, les membres du GCDP suggèrent que la préceptrice pourrait dire tout ce qu'elle évalue à haute voix pour que l'apprenante comprenne que ce n'est pas juste à propos des techniques, mais qu'il y a aussi un raisonnement derrière chaque geste. D'ailleurs, les participantes du GCDP ont suggéré que lors de périodes de préceptorat, il serait bénéfique que la préceptoree utilise le principe de « *Think aloud* » avec des patients plus stables. Ainsi, cela permettrait aux infirmières préceptrices de stimuler la réflexion de celles-ci en plus de vérifier leur raisonnement associé à la prise en charge globale du patient.

Également, une autre participante proposait qu'il est essentiel de demander à l'apprenante sa perception des apprentissages possibles et ses objectifs d'apprentissage de la journée, car si la préceptrice n'a pas les mêmes buts et objectifs que l'apprenante, il est plus difficile de soutenir le raisonnement et l'apprentissage de celle-ci. Par exemple, elle suggérait qu'il serait utile de demander à l'apprenante ce qui la stresse dans la salle de traumatologie. La cliente s'informait d'ailleurs sur la façon idéale de soutenir l'apprenante, si celle-ci mentionnait, par exemple, que sa plus grande inquiétude était l'insertion d'une intraveineuse lors d'un trauma. Plusieurs points de vue ont émergé lors du partage de ces impressions, mais en conclusion, les participantes du GCDP suggéraient qu'il serait mieux de s'adapter à la façon d'apprendre de l'apprenante. Elles stipulaient que pour la majorité, il serait idéal de faire installer une intraveineuse rapidement pour qu'ensuite, elle soit plus apte à réfléchir sur la situation et sur l'évaluation du patient. Finalement, la cliente a mentionné qu'elle tenterait de mettre en application toutes les méthodes de soutien suggérées par ses collègues afin de favoriser le

raisonnement clinique. De plus, certains membres du groupe ont évoqué qu'elles initieraient des séances de *debriefing* avec tous les membres de l'équipe après chaque situation dans la salle de traumatologie.

*Troisième séquence de consultation :*

Une autre préceptrice a pris le rôle de cliente. Elle a mentionné qu'elle n'avait pas prévu discuter de ce sujet, mais qu'elle se demandait comment agir lorsqu'elle faisait du préceptorat ou du mentorat dans la salle de traumatologie et qu'une situation avec un patient critique la rendait trop nerveuse. Elle mentionnait qu'elle ne savait pas toujours comment elle devait réagir face aux apprenantes. Lorsque ces situations se présentaient, elle se sentait dépourvue et n'avait pas l'impression d'être une bonne préceptrice. Lors de l'élaboration du contrat de consultation, elle stipulait qu'elle voulait vraiment savoir comment les autres participantes du GCDP faisaient pour garder leur calme et enseigner correctement lors de situations critiques et stressantes. Lors des suggestions, tous les membres du GCDP semblaient avoir la même opinion à ce sujet. Le groupe stipula que si la préceptrice était trop stressée, il était préférable que la préceptorée observe et que la situation lui soit ensuite expliquée. Parfois, lors de moments de stress, les paroles peuvent être trop directes et le ton de la voix ne favorise pas nécessairement l'apprentissage. Certaines préceptrices indiquaient également que cette situation leur était déjà arrivée. De plus, elles exprimaient que cela démontrait seulement aux préceptorées que tout le monde est humain et que même si l'on est une infirmière d'expérience, certaines situations nous dérangent plus que d'autres. L'importance est que la préceptorée comprenne que c'est normal d'être affectée face à certaines situations. De plus, le groupe mentionnait que si la préceptrice fait des erreurs techniques ou de jugement, elle doit le signaler à l'apprenante. Même si la préceptrice est un modèle de rôle, cela n'implique pas qu'elle ne puisse pas faire d'erreurs : elle doit en tirer profit autant dans ses apprentissages personnels que lors de discussions avec l'apprenante. Par contre, ce qui est essentiel, c'est qu'elle démontre de la transparence et de l'honnêteté face à ses actes. Un aspect sur lequel toutes les préceptrices ont insisté est qu'il est mieux de poser des questions et de faire preuve de transparence que de cacher ses erreurs. À la fin de cette consultation, la cliente avait compris que ses collègues vivaient aussi des situations stressantes où il devenait plus

difficile de soutenir les préceptorées. Par contre, verbaliser l'inconfort et faire preuve de transparence est souvent plus efficace pour leurs apprentissages que de les faire participer à une situation incontrôlée. La cliente et les autres membres du GCDP tenteront donc de mettre en pratique les suggestions retenues lors de cette consultation.

En tant qu'animatrice du GCDP, lors des trois consultations, j'ai dû à quelques reprises recentrer la discussion vers les problématiques mentionnées. Lorsque la question a été posée aux participantes du groupe concernant le déroulement étape par étape de la séquence de consultation, certaines m'ont répondu que c'était difficile de patienter jusqu'à la dernière étape avant de donner son opinion. Une infirmière a d'ailleurs mentionné qu'elles ont tendance à parler sans vraiment réfléchir. C'est facile de poser une question ou de commenter rapidement au lieu de penser et réfléchir nous-même à la meilleure piste de solution. Elle justifiait qu'elles sont des infirmières d'urgence et qu'elles ont l'habitude de tout faire rapidement, mais qu'il est quand même essentiel de réfléchir avant de parler et d'agir. Elle a aussi indiqué que cet aspect devrait être amélioré dans le groupe, étant donné que tous les membres ont cette même attente envers les préceptorées.

Lors de la deuxième partie de la rencontre, un jeu de mémoire leur a été présenté, afin de leur faire réaliser l'importance de la structuration de l'information (voir Annexe 11). Une feuille a été distribuée à chacun des membres du GCDP. Pour certaines, il y avait des catégories, par exemple : les fruits (pommes, poires, fraises, etc.), des noms de garçons (Roger, Bruce, Tom, etc); pour d'autres, tous les mots étaient mélangés et les catégories aussi. Pour les anglophones, c'était anglais sauf pour une et pour les francophones, c'était en français. Certaines avaient un mot en gras au centre et d'autres non. Elles ont eu 3 minutes pour mémoriser les mots; ensuite, je leur ai demandé d'écrire ceux dont elles se souvenaient sur une autre feuille en une minute. Les résultats ont variés de 10 à plus de 30. Je leur ai demandé de réfléchir à la raison des résultats sans qu'elles aient vu les feuilles des collègues. Certaines m'ont mentionné qu'elles étaient meilleures, car plus visuelles et d'autres indiquaient qu'elles avaient associé les mots à des choses qu'elles connaissaient ou des personnes. Une a signalé que c'était plus difficile du à la barrière linguistique. Le seul homme du groupe nous a indiqué qu'il n'avait pas d'intérêt

pour le maquillage, donc il n'a pas retenu les éléments. Il a mentionné qu'il était plus facile de retenir ce que l'on connaît et ce qui nous intéresse. Ensuite, je leur ai demandé de comparer leur feuille et de m'expliquer leur réflexion. En général, elles ont mentionné que c'est plus facile de mémoriser quelque chose lorsque c'est dans notre langue et lorsque les éléments sont placés par catégorie. L'objectif de l'exercice a alors été discuté ainsi que la mise en pratique de ces éléments lors des orientations. Il a été convenu qu'il est primordial de catégoriser l'information lors des discussions avec les apprenantes. De plus, les préceptrices pensaient qu'il serait mieux de jumeler une préceptrice et une préceptrice parlant la même langue pour favoriser une bonne communication et une meilleure assimilation des connaissances et qu'il est important de laisser le temps aux apprenantes d'assimiler l'information. Ce n'est pas tout le monde qui assimile les nouveautés de la même manière et aussi rapidement. Plusieurs chapitres du livre intitulé « Tracer le chemin de la connaissance : la motivation scolaire » ont d'ailleurs été lus par trois membres du groupe sur la structuration, l'organisation des connaissances et le développement de stratégies pour se souvenir de l'information. Il était mentionné que plus une information est structurée, plus elle devient facile à retenir (Barbeau, Montini, & Roy, 1997). De plus, les auteurs mentionnaient que lorsqu'une personne répète une information, plus elle va s'en souvenir. À partir des lectures faites par les trois membres du GCDP, la discussion s'est poursuivie sur les sujets de mémoire à long terme et de structuration de l'information.

Enfin, il y a eu un échange entre les membres du GCDP et l'infirmière gestionnaire de l'urgence sur des sujets tels que la gestion, la structure organisationnelle de l'urgence et aussi sur leur appréciation du GCDP.

J'ai conclu une fois de plus en leur demandant des commentaires généraux sur la journée et des idées de sujets pour le prochain GCDP. Les commentaires étaient positifs. Les membres du groupe ont eu l'impression d'apprendre et de réfléchir durant cette journée. Le seul commentaire négatif était au niveau du manque de structure du groupe lors des séquences de consultation. Il y en a même une qui a mentionné que si pour apprendre c'est mieux d'avoir une « structuration de la matière », cela devrait s'appliquer également dans notre groupe.

Suite à cette deuxième séance du GCDP, une rencontre a eu lieu avec ma superviseure de stage, Mme Turner, afin de s'assurer du bon déroulement de ce stage ainsi que du GCDP. Dans les jours qui ont suivi cette rencontre, j'ai discuté personnellement avec chaque membre du groupe de façon très ouverte pour connaître leur perception et leurs commentaires sur les rencontres de GCDP des préceptrices de l'urgence. En plus, une discussion de la mise en pratique de certains éléments proposés par le groupe a été faite avec chaque participante. Certaines ont mentionné que leur façon d'orienter a changé du tout au tout. Tandis que pour d'autres, certaines méthodes pédagogiques proposées par le groupe ont été tentées lors des orientations, mais aussi lors de coaching. Certaines ont évoqué qu'elles préféreraient avoir plus de rencontres pour parfaire leur réflexion et leur apprentissage au maximum. À la demande des infirmières préceptrices, une réunion a aussi eu lieu avec l'infirmière gestionnaire, pour lui faire part des préoccupations générales évoquées par celles-ci. Suite à notre discussion, elle a mentionné que si les participantes pensaient qu'il était bénéfique de poursuivre cette démarche, une ou deux rencontres de plus du GCDP étaient possibles. Cela sera donc discuté avec les membres du groupe à la troisième rencontre.

#### **7.4. Troisième rencontre**

La troisième rencontre a eu lieu le 15 septembre, de 8 h00 à 15 h30. La durée prévue pour le GCDP était de 8 h à 12h. Lors de cette rencontre, six participantes étaient présentes en m'incluant. Une participante était en vacances et une autre a avisé qu'elle ne pourrait plus participer aux rencontres, car elle poursuivait son curriculum universitaire et avait un conflit d'horaire avec les rencontres du GCDP. Elle a d'ailleurs mentionné qu'elle aimerait continuer sa démarche réflexive avec le GCDP si celui-ci se poursuivait lorsque sa session académique sera terminée. Les rencontres du GCDP semblaient de plus en plus prendre un sens réel pour chacun des membres, suite aux commentaires reçus après l'application dans le milieu clinique. En commençant la rencontre, les participantes ont établi le plan de leur journée. En premier lieu, elles ont suggéré de faire un retour sur la dernière rencontre et sur les changements effectués dans leur pratique depuis celle-ci. Ensuite, tel que discuté lors de la préparation de la rencontre, une participante avait préparé une situation qu'elle voulait partager lors d'une séquence

de consultation. Et finalement, tous les membres du groupe ont insisté sur le fait que les documents utilisés lors des orientations devaient être mis à jour, afin de mieux soutenir les préceptorées et ainsi faciliter le travail des préceptrices.

La discussion a donc débuté avec un retour sur ce qu'on avait vu et mis en pratique depuis la dernière rencontre. En tant qu'animatrice, je leur ai mentionné qu'il serait bien de faire un lien avec leur pratique et non qu'elles récitent la théorie des articles discutés lors de la dernière rencontre. C'était aussi une sorte de résumé pour une participante qui n'était pas présente à la dernière rencontre. La discussion entre les membres a porté sur différents concepts pédagogiques vus et mis en pratique, tels que la pensée à haute voix, les façons de donner du feedback, le moment et l'endroit idéal pour en donner ainsi que la structuration de l'information. Certaines méthodes d'enseignement utilisées pour faire réfléchir les préceptorées ont aussi été partagées dans le groupe, tel que de ne pas dire comment faire les choses à une nouvelle infirmière, mais plutôt demander comment elle croit que cela devrait être fait et pourquoi. De plus, les membres disaient qu'elles posaient beaucoup plus de questions ouvertes, afin d'essayer de comprendre le raisonnement d'une personne que ce soit lorsqu'elle fait une action ou même lorsqu'elle pose une question, pour ainsi la faire réfléchir davantage sur sa pratique. Une participante a réalisé qu'elle avait comme attente que tout soit fait à sa manière et elle mentionnait qu'elle essayait d'être plus ouverte. Elle mentionnait aussi que depuis la dernière rencontre, elle mettait au défi autant ses collègues que les préceptorées sur le pourquoi de leur pratique. Une participante mentionnait également qu'elle posait les questions de façon différente et elle signalait que : « C'est dur enseigner avec « l'approche par compétences » (le pourquoi du pourquoi)...ça nous oblige à nous actualiser, à retourner dans nos livres. On ne se rend pas compte de ce que l'on sait et de ce qu'on ne sait pas. Habituellement, on ne se pose pas autant de questions dans notre pratique de tous les jours. Nous aussi, on agit parfois de façon routinière et maintenant lorsqu'on enseigne comme ça, c'est tellement plus gratifiant, même si c'est parfois plus demandant».

Une participante a raconté comment elle a cru bon d'appliquer ces nouveaux concepts lors d'une orientation d'une infirmière dans la salle des moniteurs. Elle a avisé

cette infirmière que le lendemain, ce serait la journée du « pourquoi ». Donc le lendemain, elle a posé des questions à cette infirmière pour la faire réfléchir et pour connaître son raisonnement. La participante nous avait dit que son but était de l'aider à améliorer sa confiance en soi et voir son raisonnement, car cette infirmière croyait qu'elle ne savait pas assez de choses pour travailler dans cette nouvelle section. La participante disait avoir utilisé la journée du pourquoi, car la préceptoree était une infirmière d'expérience, formée en médecine dans un autre pays, qui avait de bonnes connaissances théoriques. Plusieurs aspects de cette méthode d'enseignement ont été discutés par la suite et ont fait prendre conscience à la préceptrice que son intention principale pouvait être adéquate dans cette situation particulière. Par contre, interroger la préceptoree lors de sa pratique est souvent plus utilisé pour soutenir son raisonnement clinique que pour rassurer la préceptoree. La participante au GCDP mettait plus l'emphase sur la qualité des réponses que sur le processus pour y arriver. Par contre, le groupe a réalisé qu'elle ne posait pas les questions dans le but d'évaluer la réponse. Elle utilisait les réponses adéquates pour bâtir la confiance en soi de l'infirmière en lui montrant qu'elle faisait des liens et qu'elle avait les compétences pour travailler dans la salle de moniteur. C'était plus une interaction dans le but de la valoriser qu'un test. En tant qu'animatrice, j'ai alors saisi l'occasion de faire réaliser au GCDP qu'il venait d'analyser le raisonnement du participant lorsqu'il pose la question « pourquoi » et non seulement la situation (réponse), comme elles veulent le faire auprès des préceptorees. Suite à cette prise de conscience, la discussion s'est poursuivie sur la possibilité de faire la journée du pourquoi lors de l'orientation d'une candidate à la profession infirmière. La discussion et la réflexion du groupe ont été un peu plus ardues à structurer lors de cette partie, mais en général, plusieurs points intéressants ont émergé de ce partage. Tout d'abord, elles ont mentionné qu'une candidate à la profession ne sera pas nécessairement capable de faire ses liens comme l'infirmière de la situation précédente le faisait. Elles ont suggéré qu'au début d'une orientation d'une nouvelle infirmière, il faudrait lui expliquer que les questions posées servent à comprendre son raisonnement clinique et non à l'évaluer afin de la soutenir dans son processus d'apprentissage. De plus, certains membres ont mentionné que si la personne n'avait pas le bon raisonnement, la préceptrice devrait la diriger le plus possible pour l'aider à le trouver par elle-même. Toutes les

participantes s'accordent sur l'importance de ne pas laisser la préceptorée avec l'impression que tout était correct si ce ne l'était pas. Il est essentiel de réajuster l'information et le processus au besoin. L'idée d'une journée du « pourquoi » est bonne selon elles, mais elles mentionnaient aussi qu'il est primordial de faire réfléchir sur une base quotidienne les préceptorées; cela devrait devenir une habitude lors des orientations pour les préceptrices.

Une autre participante a utilisé une autre méthode afin de ne pas augmenter le niveau de stress d'une nouvelle candidate à la profession. Elle l'a avisée que le lendemain, elles discuteraient du pourquoi de telle situation ou telle pathologie, afin qu'elle puisse y réfléchir. Elle mentionnait d'ailleurs que selon Barbeau et al. (1997), les informations ont plus de chances d'être assimilées à long terme, s'il n'y a pas de stress et si la personne peut se préparer. Une autre préceptrice mentionnait aussi qu'il est bien de donner les bonnes informations, mais que si la nouvelle expliquait correctement une pathologie, c'est peut-être parce qu'elle l'avait lue la veille et qu'elle le récitait tel quel. Les préceptorées, autant infirmières que candidates à la profession, doivent faire des liens entre la théorie et la pratique et elles doivent les appliquer correctement; ainsi, pour les préceptrices, vérifier ces liens devient indispensable pour assurer une pratique sécuritaire.

De plus, l'importance de ne pas être dans une position d'évaluation tel que stipulé par Giroux et Girard (2009), mais bien d'apprentissage, autant pour la préceptrice que pour la préceptorée a été soulevée par une participante comme une grande difficulté à surmonter pour elle. Elle mentionnait qu'elle devait y penser constamment et qu'elle avait maintenant réalisé comment elle n'avait pas été 100% aidante pour soutenir les apprentissages des préceptorées orientées auparavant.

Depuis la séquence de consultation de la dernière rencontre, une autre préceptrice mentionnait qu'elle s'assurait de discuter des objectifs des préceptorées au début de la journée afin de s'ajuster à elles et d'avoir une vision commune pour mieux les aider à atteindre leur objectif. Elle a mentionné qu'elle suggère parfois aussi d'autres options possibles comme objectifs, comme l'évaluation de l'ABC dans la salle de trauma au lieu de l'installation d'un cathéter intraveineux, tel que déjà discuté avec le GCDP.

### *Retour sur le debriefing :*

Par la suite, deux membres du GCDP ont mentionné qu'elles ont tenté de faire du *debriefing* à quelques reprises tel qu'envisagé lors de l'une de nos rencontres précédentes. Elles avaient fait du *debriefing* à deux reprises pour la même situation à un moment différent. Une des infirmières préceptrices a initié une séance de *debriefing* avec deux nouvelles infirmières et un médecin suite à deux traumatismes qui se sont terminés en thoracotomie. La préceptrice décrivait qu'elle avait posé des questions ouvertes lorsque tous étaient réunis. Elle mentionnait que les nouvelles infirmières avaient un sentiment d'incompétence, car il avait été impossible d'installer un cathéter intraveineux. Ensuite, ils ont parlé des priorités et du pourquoi de ce qu'ils ont fait lors de cette situation.

Une autre participante a fait du *débriefing* un peu différemment le lendemain avec les deux mêmes nouvelles infirmières sur la même situation. Les nouvelles lui avaient demandé si cela lui était déjà arrivé et comment elle s'était sentie lors de la situation. La préceptrice semblait dire que les commentaires étaient positifs suite au *débriefing* de l'autre participante du groupe de codéveloppement et du médecin. Elles lui ont dit que cela leur avait permis de faire des liens sur ce qu'elles n'avaient pas compris lors du trauma. La deuxième préceptrice avait l'impression que le lendemain matin, les nouvelles infirmières avaient plus besoin de s'associer, de discuter et d'avoir l'impression que c'est normal de se sentir comme cela suite à des événements de la sorte.

Le groupe mentionnait qu'il faudrait essayer que les séances de *debriefing* deviennent un automatisme au moins lors de situations critiques et stressantes. Par la suite, la discussion s'est poursuivie sur le lieu idéal de *debriefing*, mais aucune décision officielle n'a été prise à ce sujet, étant donné la variété de situations à discuter et le peu de possibilité d'endroits tranquilles et disponibles à l'urgence.

### *Première séance de consultation de la journée*

Lors de la séance de consultation, la cliente a exposé la situation qui s'est déroulée avec une de ses collègues. Elle nous a parlé d'un cas particulier où il y avait une nouvelle patiente instable à s'occuper et que sa collègue avait préféré s'occuper d'un patient non-prioritaire. Elle a mentionné les faits à sa collègue et a justifié pour quelle

raison elle avait dû s'occuper de cette patiente en premier, car celle-ci était plus instable. Mais la cliente savait qu'elle avait parlé un peu trop durement à sa collègue. Elle était consciente que sa collègue s'était peut-être sentie attaquée, même si la cliente avait fait un effort pour utiliser le « je » afin de discuter de sa perception. Donc, suite à l'étape de reformulation et de précision, le contrat de consultation ciblait la façon de récupérer la situation avec sa collègue et que celle-ci sache qu'elle demeurerait toujours disponible pour l'aider. De plus, elle aurait aimé savoir de quelle façon elle pouvait aborder la situation passée avec celle-ci et ainsi lui faire réaliser l'importance de prioriser. L'approche d'une collègue, l'endroit idéal et le moment approprié pour discuter d'une telle situation sont des points qui sont ressortis lors du partage des impressions. Les participantes soutiennent qu'il leur manque trop d'informations reliées à la perception possible de cette collègue pour vraiment analyser le pourquoi de cette situation. Est-ce que cette collègue se sentait capable de s'occuper de cette patiente seule? Dans ce cas, cette information aurait dû être validée, afin de la soutenir dans ses apprentissages, de lui offrir du soutien ou de l'aide plutôt que de lui parler des priorités ou de s'occuper de la patiente à sa place.

Lors de cette situation, si la cliente avait seulement pris le temps de lui demander ce qui la poussait à s'occuper de telle patiente au lieu de celle-ci, il aurait été plus facile de comprendre la situation. De plus, une participante a mentionné que sa collègue n'avait peut-être pas réalisé la gravité de l'instabilité de cette patiente. Tout le groupe était en accord pour dire que leur collègue saurait reconnaître les patients les plus prioritaires en théorie, mais qu'il ne pouvait pas expliquer le pourquoi de cette situation. Par contre, d'un commun accord, tous les membres du groupe ont suggéré à la cliente d'aller voir le plus tôt possible sa collègue, afin de s'excuser de son attitude. Elle devrait aussi choisir un endroit isolé et calme pour avoir une discussion pour justifier ses propos et si possible, avoir la chance de connaître la perception et le point de vue de sa collègue sur la situation. Selon les membres du groupe, elle devait mettre l'accent sur ce qui était essentiel, c'est-à-dire qu'elle avait été trop directe et qu'elle s'en excusait. Finalement, elles lui suggéraient aussi d'être authentique en lui mentionnant qu'elle reste toujours disponible pour répondre à ses questions et toujours prête à l'aider, malgré cet accrochage. La cliente mentionnait lors de la sixième étape de la séquence de consultation qu'elle avait appris beaucoup de cette situation si simple et qu'à l'avenir,

elle ne jugerait pas une situation aussi rapidement, sans avoir toutes les informations reliées à la situation. De plus, elle a mentionné qu'elle tenterait de respirer et de parler plus adéquatement lorsqu'elle aurait quelque chose à dire à une collègue. Finalement, si une situation de la sorte se reproduisait à nouveau, elle essaierait de désamorcer la situation plus rapidement en allant discuter avec la personne concernée. Les rôles respectifs de chacun ont été respectés et la séquence de consultation s'est déroulée étape par étape, tel que suggéré par Payette et Champagne (1997), et ce sans que l'animatrice n'ait eu besoin d'intervenir. De plus, le groupe a mentionné qu'il serait aidant, pour des situations comme celles-ci et bien d'autres, qu'il y ait possibilité de mentorat sous forme de jumelage à l'urgence. Certaines ont lu des articles à ce sujet et ont mentionné qu'elles étaient vraiment intéressées à ce que l'on poursuive le GCDP entre autres pour travailler sur une structure de soutien des infirmières par le mentorat à l'urgence.

Lors de la troisième partie de la rencontre, les membres du groupe ont décidé de retravailler ou même recréer de nouveaux outils pour les orientations. Préalablement à cette rencontre, les outils d'évaluation existants avaient été distribués et lus par les participantes du GCDP. Le groupe stipulait qu'il y avait un grand manque d'organisation et de communication lors des orientations. Une participante parlait de ses forces et faiblesses pour orienter dans certaines sections du département. Elle aimerait qu'il existe un outil lui permettant de mentionner dans quelle section elle se sent compétente pour orienter les préceptorées. Elle voulait orienter des CEPI, car elle se sentait plus aidante et plus apte pour faire réfléchir les nouvelles. Elle se sentait moins à l'aise avec les infirmières plus expérimentées. Ainsi, les membres du groupe souhaitaient créer un outil ou un processus de communication entre les préceptrices et le leadership (infirmière-gestionnaire, assistantes et éducatrices), entre les préceptrices d'une même préceptorée et finalement entre la préceptrice et la préceptorée. Suite à une longue discussion, plusieurs décisions ont été prises par le GCDP concernant les orientations :

#### Première décision:

Toutes les préceptrices devront remplir une feuille expliquant dans quelle section de l'urgence elles se sentent prêtes à faire du préceptorat; si elles veulent ou non être jumelées à des infirmières, des CEPI ou à des étudiantes ; si elles veulent faire du

préceptorat, du mentorat ou du coaching. De plus, elles devront spécifier si elles ne sont pas disponibles pour une certaine période de temps, par exemple les vacances de Noël ou les périodes d'examen pour celles qui poursuivent leur formation universitaire. Cette feuille sera placée dans un cartable et sera mise à jour par la préceptrice selon sa propre disponibilité. Par conséquent, les éducatrices et les assistantes-infirmières-chefs n'auront pas besoin de demander la permission aux préceptrices pour placer quelqu'un en orientation avec elles et n'auront pas besoin de les aviser non plus. Le groupe de codéveloppement professionnel a pris cette décision afin d'augmenter la satisfaction des préceptrices, ce qui procurera par le fait même un meilleur soutien des préceptorées.

#### Deuxième décision:

L'horaire d'orientation sera envoyé aux préceptrices, aux orientées et aux éducatrices. Sur l'horaire, il y aura le courriel de tous et les dates de rencontres de la mi-orientation et la fin de l'orientation.

#### Troisième décision:

Les préceptrices ont décidé qu'elles enverraient un courriel de bienvenue aux nouvelles, entre autres pour leur expliquer où se rendre à leur première journée à l'hôpital. Selon les membres du GCDP, ceci aidera à faciliter l'intégration des nouvelles tout en leur montrant que la communication par courriel est possible tout au long de leur parcours.

#### Quatrième décision:

Le GCDP demande qu'une feuille de rétroaction soit remplie à chaque jour par l'orientée et la préceptrice, afin d'améliorer le suivi lors des orientations. Cette feuille ne servira pas à évaluer l'orientée, mais bien à la faire cheminer, la soutenir et l'aider à réfléchir sur sa pratique. Il a été décidé que la préceptorée sera libérée vingt minutes au moins à chaque jour pour qu'elle puisse réfléchir sur sa journée et sa pratique et qu'elle puisse ainsi remplir partiellement cette feuille. Cette décision de libérer la préceptorée a été approuvée par la suite par l'infirmière gestionnaire. De plus, à la fin de leur journée, la préceptrice et la préceptorée discuteront des points forts et des points plus faibles de la journée à l'aide de la feuille de rétroaction remplie par la préceptorée. L'orientée devra

avoir inscrit ses objectifs et devra en parler avec la préceptrice au début de la prochaine journée d'orientation.

En outre, une des participantes du GCDP a aussi suggéré qu'une situation clinique soit écrite par la préceptoriée, afin de lui permettre de réfléchir sur cette situation et ainsi permettre à la préceptrice de mieux comprendre la réflexion derrière les paroles et les gestes posés. Le groupe suggère que la préceptoriée écrive une situation réelle par semaine qui pourra être révisé avec la préceptrice par la suite. Toutes les feuilles de suivi seront consignées dans un cartable.

#### Cinquième décision:

Une feuille de rétroaction pour la préceptrice sera remplie par la préceptoriée à la fin de leur orientation. Les participantes au GCDP veulent avoir plus de feedback sur leur travail en tant que préceptrice. Elles veulent s'améliorer et pour ce faire, elles pensent que des commentaires des préceptoriées seraient essentiels pour parfaire leur pratique. Elles sont même d'accord pour que cette feuille de rétroaction soit insérée dans leur dossier respectif.

#### Une décision à prendre à la prochaine rencontre :

Une autre participante a précisé qu'elle voudrait aussi avoir une liste de techniques de soins et de pathologies à cocher en plus des commentaires sur le cheminement de la préceptoriée. Il y avait plusieurs points de vue différents à ce sujet dans le GCDP; certaines mentionnaient qu'une infirmière nouvelle n'est pas meilleure, même si tous les éléments techniques sont exécutés. D'autres évoquaient que l'important est de comprendre le raisonnement derrière la réalisation d'une technique et non d'écrire que la préceptoriée l'a effectuée. Le but de ces outils est de soutenir l'apprentissage de la nouvelle infirmière et non de lui dicter ce qu'elle doit apprendre. À la fin de la discussion, le groupe a mentionné qu'il serait peut-être bien d'avoir les deux, mais la liste à cocher servirait plus d'un rappel des notions et des techniques qui pourraient être discutées avec l'orientée. Par contre, le groupe ne semblait pas convaincu et certaines personnes mentionnaient que même si la préceptrice sait qu'une technique a été vue avec une autre préceptrice, cela n'aidera pas à mieux soutenir la préceptoriée dans ses apprentissages. Devant cette ambivalence, le groupe a décidé que le tout serait rediscuté

avec la deuxième éducatrice lors de la prochaine rencontre. D'ailleurs, l'autre éducatrice travaille déjà sur une feuille à cocher pour leur indiquer ce qui est vu lors de la première journée d'accueil faite par les éducatrices, et ce à la demande des préceptrices du département de l'urgence. Il y a trop de notions à transmettre lors de cette journée, ce qui va à l'encontre de tous les principes d'apprentissage. C'est pourquoi certaines préceptrices avaient déjà mentionné qu'elles pouvaient couvrir ce qui n'avait pas pu être présenté aux préceptorées au-delà de cette journée.

À la fin de cette rencontre du GCDP, une des préceptrices mentionnait l'importance de ce que l'on fait pour le soutien des nouvelles, mais aussi pour le soutien des préceptrices. Il semble y avoir une satisfaction globale du groupe suite à cette rencontre par rapport à l'importance des petits changements qui seront effectués, mais qui seront très bénéfiques lors des orientations autant pour les préceptrices que les préceptorées.

Lors de cette troisième rencontre, la fonction d'animatrice a été plus facile à effectuer, car le groupe connaissait et se conformait plus aisément à la structure des séquences de consultation.

Dans les jours qui ont suivi, une rencontre a été planifiée avec l'infirmière gestionnaire et ma collègue éducatrice, afin de les informer et d'avoir leur opinion sur les décisions prises par le GCDP. Elles étaient en faveur des décisions prises par le GCDP. La planification de la prochaine rencontre se fera donc avec ma collègue éducatrice, afin qu'elle puisse être présente, pour mieux comprendre et soutenir tout ce processus. Une rencontre a également eu lieu avec ma directrice de stage, afin de discuter de mes préoccupations générales, de la modification de mon échancier et de la possibilité d'ajouter de nouvelles préceptrices au groupe. De plus, nous avons discuté de la vision du GCDP par rapport à la structure des orientations ainsi que des suggestions d'outils mentionnés précédemment pour les préceptrices et les préceptorées.

Par la suite, j'ai produit les feuilles selon les décisions prises par les préceptrices afin de pouvoir leur présenter une ébauche qu'elles pourront modifier à leur guise lors de la quatrième rencontre du GCDP. De plus, j'ai validé la disponibilité de chacune afin de prévoir la date de la prochaine rencontre. Tout au

long des suivis d'orientation faits en tant qu'éducatrice sur ce département, j'ai constaté la mise en pratique de certaines stratégies pédagogiques discutées lors des rencontres du GCDP.

### **7.5. Quatrième rencontre**

La quatrième rencontre a eu lieu le 13 octobre, de 8 h00 à 12h00. Cette rencontre a eu lieu dans une salle de conférence, hors de l'urgence, ce qui permet de ne pas être dérangé et favorise l'ouverture des discussions. Lors de cette rencontre, neuf participantes étaient présentes en m'incluant et en incluant ma collègue éducatrice. Une nouvelle infirmière préceptrice s'était jointe au groupe lors de cette rencontre. Les participantes au GCDP ont décidé de débiter cette rencontre par un retour sur les concepts vus et sur les étapes de la séquence de consultation utilisés lors des rencontres, afin de bien intégrer les deux nouvelles au groupe.

Lors de la première heure de notre rencontre, les membres du groupe ont débuté en résumant les concepts vus et appliqués, ainsi qu'en faisant le suivi des plans d'actions des trois dernières rencontres.

#### *Première séquence de consultation :*

Une participante a présenté une situation. Elle mentionnait qu'elle avait de la difficulté à saisir les opportunités d'apprentissage pour accompagner la personne qu'elle orientait dernièrement. Elle concevait que ce qui la dérangeait était son impression de ne pas avoir toutes les réponses sur les sujets, ce qui la rendait mal à l'aise, étant donné qu'elle était une infirmière d'expérience. Elle évoquait que depuis qu'elle posait plus de questions ouvertes pour voir le raisonnement de la préceptrice, elle réalisait qu'il lui manquait aussi des étapes dans son propre raisonnement face à certaines situations. Elle précisait qu'elle perdait aussi beaucoup de temps à chercher les informations complètes avant de poser les questions ouvertes, car si elle n'avait pas la réponse, elle ne se sentait pas compétente. Suite au questionnement de ses collègues (étape 2), lors de l'élaboration du contrat de consultation (étape 3), elle a stipulé qu'elle aimerait qu'on lui donne des idées, afin de ne pas perdre autant de temps lors des orientations, tout en lui permettant de faciliter les apprentissages des nouvelles en leur posant des questions ouvertes. Les

consultantes ont alors suggéré que ce n'était pas nécessairement à elle de chercher les informations, mais cela revenait plutôt à la préceptorée. Cette dernière doit apprendre à trouver les ressources et c'est une façon de la soutenir. Une préceptrice mentionnait aussi qu'un bon professeur est celui qui aide l'étudiant dans son cheminement pour trouver la réponse et non celui qui lui donne la réponse facilement. Le fait de rechercher des renseignements peut aider l'apprenante à les retenir. Ainsi, une préceptrice stipulait que d'enseigner ou seulement de répéter une information l'aidait à conserver cette information dans la mémoire à long terme (Barbeau et al., 1997). De plus, une préceptrice précisait qu'il est important que la cliente montre l'exemple et qu'elle serve de modèle. Elle mentionnait que ce n'est pas parce qu'elle a de l'expérience qu'elle doit avoir toutes les connaissances et être capable de faire face à toutes les situations. Le fait d'être humble et de mentionner que l'on ne connaît pas tout prouve que l'on doit toujours actualiser ses connaissances, que l'on ait de l'expérience ou pas. Ce qui est important, c'est que la préceptorée comprenne que ce n'est pas parce qu'elle a maintenant une vie professionnelle d'adulte qu'elle doit devenir paresseuse et cesser d'étudier. Les participantes ont partagé leurs impressions sur le sujet et à la fin de cette consultation, la cliente et les autres membres du groupe ont réalisé qu'il est essentiel d'encourager la préceptorée à chercher leurs informations afin de faciliter leurs apprentissages. De plus, les préceptrices mentionnaient qu'elles devaient toutes travailler sur elles-mêmes afin de ne plus valoriser la bonne réponse ou la connaissance, mais plutôt le cheminement pour la trouver. La préceptrice a réalisé, lors de cette séquence de consultation, qu'elle avait tendance à être perfectionniste et qu'elle s'en demandait probablement un peu trop lors des orientations. La cliente tentera d'appliquer ces apprentissages autant personnels que professionnels lors de sa prochaine période de préceptorat.

Cette situation a déclenché une discussion sur les ressources informatiques disponibles à l'urgence pour trouver des renseignements appropriés. Les participantes du groupe ont mentionné que sur la plupart des ordinateurs, l'accès à la bibliothèque, à l'intranet, à des sites tels que « *up to date* » ou à la liste des protocoles sont sécurisés et donc bloqués au personnel de l'urgence. De plus, la plupart mentionnait qu'elles trouvaient plus rapidement les informations sur leurs téléphones intelligents qu'à l'urgence, ce qui compliquait la recherche de données probantes pour les nouvelles

infirmières. Une requête sera faite au service informatique, afin de rendre les ressources informatiques appropriées disponibles pour faciliter la recherche d'informations pour tous.

*Deuxième séance de consultation :*

La deuxième séance de consultation visait un problème souvent soulevé par les infirmières travaillant dans la section ambulatoire de l'urgence. La cliente mentionnait lors de la séance de consultation que les nouvelles infirmières étaient plus orientées vers la tâche que vers l'évaluation globale du patient, tel que stipulé dans la section problématique de ce rapport de stage. Avant l'arrivée du système informatique Medurge en 2010, les informations étaient plus difficiles à trouver, donc pour avoir une vision complète de la situation du patient, les infirmières passaient plus de temps auprès de celui-ci. Maintenant tout est lisible, clair et facile à trouver dans le dossier informatisé du patient. De plus, ce système génère des activités infirmières en rouge lorsqu'elles doivent être exécutées et en vert lorsque celles-ci sont terminées. C'est pourquoi la cliente disait que les nouvelles sont plus orientées vers la tâche, car elles ont le sentiment d'accomplissement lorsque tout est vert, contrairement aux infirmières d'expérience qui ont quand même gardé leurs anciennes habitudes de travail. Lors du contrat de consultation, la cliente demandait comment elle pourrait faire réaliser à ses collègues que l'évaluation globale du patient et que la documentation de la note infirmière ne doivent pas être basées seulement sur l'exécution d'activités générées par un outil informatique. Lors du partage d'idées, il y a eu tout d'abord la suggestion de valider si l'infirmière avait fait une évaluation et qu'elle ne l'avait tout simplement pas documentée ou si aucune évaluation n'avait été faite. De plus, toutes les préceptrices mentionnaient qu'il est important de faire réfléchir nos collègues sur l'importance des notes infirmières. Elles peuvent servir à transmettre l'information juste et exacte d'une situation ou pour qu'un collègue puisse valider un changement de l'état d'un patient lors de notre absence ou tout simplement pour se protéger en cas de poursuite. Des préceptrices suggéraient que lors des orientations dans la section ambulatoire, comme dans toutes les sections, les préceptrices devraient utiliser les notes infirmières afin de valider auprès de la préceptrice l'évaluation qu'elle a faite de son patient. De plus, une autre participante

suggérait au groupe d'utiliser les notes infirmières lors de la communication en équipe pour le rapport inter quart. En lisant les notes des autres infirmières et en écoutant leur rapport, on peut valider si la documentation reflète l'évaluation faite. De plus, elle exprimait que si ce n'était pas le cas, suggérer à notre collègue d'ajouter des informations à sa note infirmière deviendrait une bonne méthode pour faire changer cette pratique. Plusieurs insistaient pour affirmer qu'une note infirmière complète doit refléter une image globale de l'état du patient et qu'il est important d'en mettre l'emphase lors des orientations. Une participante au GCDP mentionnait également qu'il est important de réaliser les avantages de cet outil informatisé. Par exemple, cliquer sur le carré rouge permet aussi de documenter facilement et de façon légale qu'une intervention a été faite auprès du patient. De plus, le cardex des activités infirmières aide grandement à la planification et l'organisation des soins et ce, plus particulièrement chez les nouvelles. Donc, à la fin du partage d'informations, la cliente a décidé qu'elle mettrait l'emphase sur l'importance de la documentation reliée à l'évaluation globale du patient lors de ces prochaines journées d'orientation. D'ailleurs, toutes les participantes ont décidé qu'elles essaieraient d'utiliser les notes de leurs collègues lors de la prise de leur rapport et qu'elles insisteraient davantage sur l'importance de l'évaluation globale du patient que des activités réalisées dans Medurge lors des orientations.

Par la suite, ma collègue éducatrice et moi avons voulu aborder avec le groupe le concept de la position d'évaluation de la préceptrice lors des orientations. Nous avons vécu une situation lorsque nous demandions à une préceptrice comment l'orientation se passait avec les deux nouvelles candidates à la profession infirmière (CEPI). Nous avons jumelé deux préceptorées avec une préceptrice pour une certaine période de l'orientation. La rétroaction de la préceptrice a été très négative au départ par rapport à une préceptorée et les comparait l'une à l'autre. Elle avait mentionné qu'une des deux nouvelles n'était pas une infirmière d'urgence; qu'elle était mal organisée, qu'elle était stressée, qu'il lui manquait des connaissances et qu'elle n'avait pas pu donner ses médicaments à temps ce matin à cause de l'état d'un patient qui s'était détérioré. Nous en avons discuté avec la préceptrice et nous l'avons aidée à réfléchir sur le fait que nos attentes et objectifs peuvent être différents pour une CEPI et une infirmière d'expérience.

La discussion s'est poursuivie par la suite avec le groupe sur l'importance de soutenir les nouvelles et non de les évaluer et de les juger dès le commencement de leur orientation. Il faut comprendre qu'une CEPI peut avoir terminé son dernier stage avec trois patients à sa charge et ce, rarement à l'urgence. Ainsi, il est normal que l'organisation soit plus difficile lorsqu'elles commencent à l'urgence et qu'elles doivent être capables de s'occuper de six patients à la fin de leur orientation. Certaines ont souligné l'importance de la communication entre les préceptrices, car elles mentionnaient que parfois, elles ont l'impression que tout va mal avec une préceptorée, mais qu'en réalité en discutant, elles réalisent que c'est un processus normal. L'essentiel est de voir une progression lors des orientations.

À la fin de la rencontre pour le GCDP, une première version des outils d'orientation leur a été présenté. Suite aux discussions, certains changements ont été apportés aux outils, afin qu'ils soient cohérents avec les principes généraux vus par rapport au préceptorat. Une participante s'est portée volontaire pour traduire les outils qui seront utilisés lors des orientations (Annexe 9). Deux autres préceptrices ont suggéré de les utiliser pour leur orientation présente, afin de les commenter à la cinquième rencontre du GCDP. Au fil des rencontres, le travail d'animatrice devient de plus en plus facile, le groupe de codéveloppement s'encadre par lui-même à travers la structure des séances de consultation suggérée par Payette et Champagne (1997).

Suite à cette séance du GCDP, j'ai planifié un temps de discussion à la prochaine rencontre avec l'éducatrice en développement professionnel des soins infirmiers, afin qu'elle puisse discuter avec le groupe du mentorat et des avenues du CUSM par rapport à l'implantation du mentorat sur différents départements. Une réunion a d'ailleurs eu lieu préalablement avec elle, afin de clarifier les besoins et les questionnements possibles du groupe par rapport au mentorat. Des copies du guide de la mentorée et du mentor ont été distribuées au groupe, afin que les participantes aient la possibilité d'en prendre connaissance et qu'elles puissent se familiariser un peu plus avec le concept de mentorat avant la prochaine rencontre. De plus, comme après chaque rencontre, j'ai discuté personnellement avec chaque membre du groupe pour connaître ses impressions suite à la rencontre. Un suivi a aussi été fait sur l'utilité des outils créés pour les orientations. Ainsi,

les changements appropriés ont été apportés au fur et à mesure selon les commentaires reçus.

## **7.6. Cinquième rencontre**

Cette rencontre a eu lieu le 24 novembre dans une salle de conférence de l'urgence étant donné que la salle habituellement utilisée n'était pas disponible pour cette journée. La salle de conférence de l'urgence est plus petite, ce qui permet une plus grande proximité des participantes lors des discussions. Lors de cette rencontre, sept participantes étaient présentes moi y compris. Une des préceptrices était en vacances et l'autre n'avait pas pu être libérée dû à un manque de personnel sur le quart de travail de nuit. La période planifiée dans le cadre de ce stage était de 8 h00 à 11 h30. En commençant la rencontre, les participantes ont suggéré de récapituler tout ce qu'elles avaient assimilé depuis le début du GCDP. De plus, elles ont évoqué les changements effectués dans leur pratique comme préceptrices depuis l'implantation de ce groupe. Elles ont aussi discuté de l'application de leurs plans suite aux séances de consultation partagées lors de la dernière rencontre. Elles m'ont demandé que les rencontres du GCDP pour les préceptrices se poursuivent. La possibilité de maintien de ce groupe sera discutée ultérieurement avec l'infirmière gestionnaire selon les ressources de l'unité d'urgence. Ces discussions sur les concepts vus et appliqués se sont poursuivies tout au long de la première heure de la rencontre.

Par la suite, il y a eu une rencontre avec Mme Sonia Turcotte, éducatrice en développement professionnel des soins infirmiers du CUSM, pour discuter des possibilités et de la façon d'implanter un programme de mentorat à la demande du GCDP. Elle a débuté en leur demandant ce qu'elles savaient du mentorat. Le mentorat est défini comme une démarche se traduisant par le partage de valeurs et de croyances entre une professionnelle expérimentée et une novice (Parse, 2002). Il y a présence de mentorat lorsqu'il y a une relation professionnelle volontaire et bénéfique pour le mentor et la mentorée. Cette relation est habituellement de longue durée et est souvent déterminée par le temps qu'il faut afin d'atteindre les objectifs communs définis (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2004). La mentorée n'est pas nécessairement une novice dans la profession, mais elle est peut-être considérée novice dans le contexte d'un

nouveau rôle ou face à de nouvelles compétences (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2004). Par exemple, une infirmière ayant travaillé pendant plus de 10 ans en pédiatrie peut être considérée novice dans son nouveau rôle d'infirmière d'urgence. Nous avons discuté des caractéristiques du programme de mentorat au CUSM, des objectifs, des rôles et responsabilités de chacune des parties prenantes, de la communication et des critères de performance de novice à expert. Tout au long de la discussion, les membres du GCDP pensaient aux façons d'implanter un programme de mentorat à l'urgence et de la pertinence de celui-ci. Jusqu'à présent au CUSM, les infirmières gestionnaires priorisaient soit l'implantation du programme Genesis ou celui de mentorat selon le type de nouvelles infirmières engagées sur le département. Au cours de la dernière année, des infirmières candidates à la profession et des infirmières ayant plus d'expérience ont été engagées à l'urgence du HGM. Un groupe du programme Genesis est déjà en place sous forme de rencontre aux 6 à 8 semaines visant le soutien des candidates à la profession infirmières lors de leur première année sur le département. Celui-ci comprend deux volets : une communauté narrative et un volet de formation à contenu plus scientifique. La communauté narrative permet une pratique réflexive sur les événements cliniques préoccupants. Elle favorise également l'apprentissage par les pairs et elle rend significative toutes les émotions vécues par ces nouvelles diplômées (Turner, 2009). À chaque six à huit semaines, la présence des infirmières débutantes est obligatoire pour ce séminaire de huit heures. Comme les infirmières ayant plus d'expérience sont laissées à elles-mêmes suite à la période de préceptorat, les préceptrices du GCDP croyaient que le programme de mentorat du CUSM pourrait être bénéfique au soutien de ces infirmières trop souvent oubliées. Un jumelage volontaire, mais structuré d'une mentorée et d'un mentor était suggéré par le groupe. De plus, une participante estimait qu'il serait intéressant que lors des rencontres ou des appels, la mentorée et le mentor utilisent l'outil de structuration des séquences de consultation des GCDP proposé par Payette et Champagne (1997). À la fin de ce partage, les membres du groupe semblaient avoir un sentiment d'utilité et de satisfaction d'avoir eu l'idée d'implanter un programme de mentorat pour leur urgence. Elles semblaient par contre toutes conscientes que ce ne serait pas le groupe qui ferait le suivi de ce projet, mais que leurs idées seraient écoutées et considérées afin de faire avancer ce projet. La décision

avait déjà été prise que ce serait l'équipe de leadership de l'urgence, composée de l'infirmière gestionnaire, des assistantes infirmières chefs, des éducatrices et de l'infirmière clinicienne spécialisée, qui prendrait en charge ce projet selon les recommandations faites par le GCDP.

Lors de la troisième partie de la rencontre, la version finale des outils créés et testés par les préceptrices a été approuvée par les participantes du GCDP (voir Annexe 12). Une seule proposition a été faite quant à la faisabilité du rapport de rétroaction journalière. Les préceptrices qui ont testé l'outil ont mentionné qu'il était difficile de prendre le temps, à chaque jour, pour le remplir, mais que ce n'était pas impossible. Les membres du groupe ont suggéré de remplir ce rapport de façon quotidienne, mais que si le temps ne le permettait pas, elles pourraient le faire minimalement de façon hebdomadaire. Finalement, j'ai suggéré au groupe de boucler la boucle sur le cheminement qu'elles avaient accompli grâce à une mise en situation d'enseignement. Une préceptrice s'est portée volontaire pour enseigner à l'une de ses collègues les soins des lignes centrales, tels que vus à la troisième rencontre. Cette collègue était absente et n'avait pas eu la formation sur ce sujet à la rencontre 3. À travers cette simulation de préceptorat, les participantes au GCDP ont reconnu plusieurs stratégies d'enseignement, telles que l'apprentissage pour les adultes, l'utilisation de l'approche par compétences, l'emploi de questions ouvertes, l'adaptation selon les styles d'apprentissage, la catégorisation de l'information, la vérification des acquis et de la compréhension, etc. Cette préceptrice a bénéficié de l'aide de ses collègues comme ressources à certains moments quant au contenu de l'enseignement. Les membres du GCDP ont dit apprécier la simulation et ont mentionné que l'exercice leur avait permis de consolider l'information apprise, que ce soit à propos des lignes centrales ou des concepts pédagogiques utilisés pour enseigner.

À la fin de la rencontre, une petite discussion d'une trentaine de minutes a eu lieu avec l'infirmière gestionnaire, afin qu'elle puisse entendre les commentaires des participantes par rapport au GCDP. Elles ont discuté de la possibilité de poursuivre les rencontres et de la faisabilité de libérer de quatre à huit heures les préceptrices selon leur horaire de travail. De plus, il a été discuté qu'il serait intéressant d'avoir un groupe ouvert

afin de donner la chance à toutes les préceptrices faisant des orientations de participer aux échanges de ce groupe. Les préceptrices présentes mentionnaient qu'elles étaient conscientes qu'elles ne feraient pas nécessairement partie de ce groupe, mais elles trouvaient important qu'elles aient toutes la chance d'y participer. L'infirmière gestionnaire leur a annoncé que pour l'instant, elle était d'accord pour maintenir les rencontres du GCDP si c'était bénéfique pour les préceptrices étant donné qu'il y avait un grand nombre d'orientation en cours et à venir. Par la suite, j'ai mentionné aux participantes qu'elles recevraient d'ici une semaine un sondage « SurveyMonkey© » afin d'en savoir davantage sur leur expérience et de connaître leurs commentaires sur le projet des GCDP à l'urgence (voir Annexe 13). De plus, je leur ai également demandé des commentaires sincères sur la réalisation de ce projet en vue d'une amélioration pour de futurs GCDP. Et finalement, j'ai remercié toutes les préceptrices pour leur participation à ce projet de stage et pour leur grande implication pour l'intégration et le soutien des nouvelles infirmières à l'urgence.

## 8. DISCUSSION

Cette section de discussion aborde la pertinence du stage, la réalisation des objectifs de stage et d'apprentissage ainsi que les retombées et les défis de celui-ci. Finalement, quelques recommandations par rapport à la pratique clinique, à la formation et à la recherche seront émises en conclusion.

### 8.1. Pertinence du stage

Tout d'abord, sur le plan professionnel, ce stage m'a fait évoluer dans mon rôle d'éducatrice et m'a permis d'avoir une vision claire des besoins du département. Tout au long des années passées à travailler auprès des préceptrices, je n'avais pas réalisé à quel point leur manque de soutien était flagrant. La proposition de ce projet de stage a été initiée afin de développer leurs compétences pédagogiques et ainsi améliorer l'apprentissage des préceptorées à l'urgence. Par ailleurs, j'ai réalisé que mon objectif était orienté pour mieux soutenir les préceptorées en passant par les préceptrices, alors qu'au fond, les préceptrices ne bénéficiaient pas plus de soutien dans leur rôle préceptoral. Cela m'a non seulement permis d'ajuster mon rôle pour répondre à ce problème en tant qu'éducatrice, mais aussi de permettre aux autres membres de l'équipe leadership de se rendre compte de ce besoin. Les écrits mettent clairement en évidence que le succès du préceptorat dépend grandement du soutien continu, de l'encadrement et de la préparation des préceptrices (Baltimore, 2004; Billay & Yonge, 2004; Hyrkäs & Shoemaker, 2007).

De plus, ce stage a permis aux préceptrices de découvrir et de s'approprier plusieurs stratégies pédagogiques lors des orientations, ce qui a sûrement été favorable pour les préceptorées. Comme le soulignaient Billay et Myrick (2008), avoir des habiletés pédagogiques est essentiel pour le soutien des apprentissages des préceptorées, étant donné que l'enseignement est au centre du préceptorat.

La mise en place d'un GCDP pour des infirmières préceptrices est innovatrice et est une réussite pour l'urgence de l'hôpital général de Montréal. Le soutien et la

formation nécessaires au développement des préceptrices améliorent grandement leur satisfaction et leur engagement pour ce rôle (Hyrkäs & Shoemaker, 2007).

Ce projet a suscité un intérêt particulier auprès des préceptrices. Leur participation active, leur dévouement, le partage de connaissances et d'expérience entre les membres du groupe ont favorisé l'atteinte de leur but d'améliorer leur pratique préceptorale. Les préceptrices ayant participé au GCDP agissent maintenant à titre de modèle et de coach pour leurs collègues en ce qui a trait à la pédagogie. Il est difficile d'évaluer s'il y a eu des répercussions directes sur le plan du raisonnement clinique des préceptorées, mais nous savons que les préceptrices ont expérimenté de nombreuses approches et plusieurs stratégies afin d'en faciliter l'apprentissage. La satisfaction des membres du groupe, selon les commentaires entendus, prouve qu'il serait bénéfique d'assurer la pérennité et la transmission de ce projet à d'autres milieux de soins.

Sur le plan personnel, ce stage a permis d'aider mes collègues dans le développement de leur compétence professionnelle de préceptrices. Par ce stage, nous avons fait sentir aux préceptrices qu'elles étaient appréciées et que leur travail était valorisé au sein de l'équipe de leadership. Le fait d'offrir l'occasion aux préceptrices de participer à des séminaires d'échange les aiderait aussi à diminuer leur stress et leur procurerait ainsi un minimum de soutien (Lee et al., 2009).

Ce groupe de codéveloppement professionnel fut une expérience très enrichissante et stimulante pour moi, mais aussi pour mes collègues préceptrices. De plus, ce groupe m'a permis de mettre en pratique les nombreux apprentissages faits tout au long de ma formation théorique à la maîtrise en ce qui a trait aux notions pédagogiques ainsi qu'aux habiletés de communication. Je suis entièrement satisfaite du soutien apporté aux préceptrices dans le cadre de mon stage avec la mise en place d'un GCDP à l'urgence.

## **8.2. Réalisation du but et des objectifs de stage**

### *But de stage*

Ce projet de stage avait comme but la mise à l'essai d'un GCDP de préceptrices infirmières, afin de favoriser le développement de leur compétence « Soutenir les apprentissages des préceptorées ». Nous pouvons conclure que le but de ce projet a été

atteint par la conception d'un GCDP de préceptrices ayant comme objectif commun d'améliorer la pratique préceptorale de chacune. Tout en assurant leur codéveloppement professionnel, les préceptrices ont prodigué un rôle de soutien quant à l'apprentissage des préceptorées.

En tenant compte des commentaires et des résultats obtenus lors des rencontres du GCDP, nous pouvons croire que les objectifs spécifiques établis en début de stage ont été atteints. Ceux-ci sont expliqués dans les paragraphes ci-dessous.

### *Objectifs spécifiques de stage*

Tout d'abord, les activités reliées au premier objectif spécifique de mettre en place un GCDP pour les préceptrices de l'urgence de l'hôpital général de Montréal se sont bien déroulées, et ce malgré certaines modifications à l'échéancier initial. Il y avait, à la base, une planification de trois rencontres de quatre heures pour le groupe, mais suite à une discussion avec l'infirmière gestionnaire et avec l'accord de ma directrice de stage, nous avons convenu qu'il serait bénéfique pour les préceptrices de poursuivre le processus des rencontres. En fin de compte, cinq rencontres ont eu lieu, dont deux d'une durée de sept heures et trois de quatre heures. De plus, il avait été convenu que sept préceptrices spécifiques seraient libérées, mais finalement le groupe variait des mêmes 6 à 9 participantes d'une rencontre à une autre; cela a quand même permis de favoriser des échanges variés, tout en maintenant une certaine stabilité au sein du groupe. Les valeurs et les intérêts communs des préceptrices d'améliorer leur pratique, ont aussi été un atout à l'atteinte de cet objectif. De plus, le livre de Payette et Champagne (1997) m'a guidée tout au long du processus d'implantation de ce groupe. Ainsi, la structure des séances de consultation a favorisé l'échange et le respect, et a grandement guidé le processus de codéveloppement. À la fin de ce stage, un entretien a eu lieu avec l'autre éducatrice et l'infirmière gestionnaire de l'urgence, afin de discuter de l'importance et des avantages d'un GCDP à l'urgence, et ce, afin d'assurer la pérennité du projet. Suite à cet entretien, nous avons décidé de poursuivre le projet tel que demandé par les infirmières préceptrices de l'urgence, afin de donner la possibilité à toutes d'y participer pendant les périodes de préceptorat.

L'atteinte du deuxième objectif, qui était d'encourager la mise à l'essai d'interventions pédagogiques favorisant le développement de la compétence « Soutenir les apprentissages des préceptorées », plus particulièrement en ce qui a trait au raisonnement clinique, s'est faite de façon plus graduelle. Tout d'abord, le concept des GCDP et la structure des rencontres proposées étaient optimaux pour faire un retour sur des situations réelles, pour favoriser le partage de savoirs pratiques ou de connaissances théoriques (Payette & Champagne, 1997). La très grande participation et la collaboration des préceptrices ont fait une grande différence dans l'atteinte de cet objectif. Leur initiative, leur implication et surtout leur intérêt à améliorer leur pratique préceptorale, mais aussi à favoriser le raisonnement clinique chez les nouvelles infirmières ont favorisé de beaucoup mes interventions auprès du groupe. Par exemple, lorsque j'ai suggéré la lecture d'un article à la maison sur différents sujets reliés à la pédagogie, les participantes du groupe en voulaient plus d'un. Ce sont elles qui m'ont demandé de rendre tous les articles disponibles dans un cartable sur le département, afin qu'elles puissent les consulter au besoin. Même si la plupart croyait avoir des lacunes sur le plan des connaissances cliniques, plusieurs ont réalisé qu'il leur manquait surtout une base sur le plan pédagogique ce qui, je crois, les a stimulées à s'impliquer dans le GCDP. Les membres du groupe étaient à l'aise ensemble ainsi qu'avec moi, ce qui a favorisé l'ouverture des échanges et le partage des informations sans être jugés. Le concept de GCDP et la séquence de consultation facilitaient le transfert de connaissances entre les participantes du groupe. Afin de soutenir le raisonnement des préceptorées, les participantes ont mis en application certaines stratégies d'enseignement, telles que : l'utilisation de l'approche par compétences, l'emploi de questions ouvertes, la réflexion à haute voix, l'adaptation selon les styles d'apprentissage, la catégorisation de l'information, le *debriefing*, la vérification des acquis et de la compréhension, etc. Finalement, afin d'atteindre cet objectif, il y a eu des discussions autour de mises en situation souvent réelles, mais parfois fictives, afin de développer leur réflexion sur leur pratique, leur méthode d'enseignement et leur rétroaction selon les préoccupations personnelles et professionnelles dévoilées. Nous pouvons nous demander si cinq rencontres étaient suffisantes pour atteindre le niveau souhaité par les participantes. Elles ont toutefois suffi pour accompagner les préceptrices dans la mise à l'essai

d'interventions pédagogiques qui visaient à soutenir le raisonnement clinique des préceptorées. Elles sont maintenant plus outillées au niveau pédagogique pour exercer leur rôle.

### *Objectifs d'apprentissage personnels*

En plus du but et des objectifs de stage, trois objectifs d'apprentissage personnels ont été atteints et une brève description pour chaque objectif sera présentée ci-dessous.

Le premier objectif, soit d'approfondir mes connaissances concernant le raisonnement clinique, le préceptorat et certains autres concepts pédagogiques a été réalisé en partie grâce à la lecture d'articles préalablement au stage. De plus, l'utilisation variée de stratégies pédagogiques lors des rencontres m'a permis une meilleure assimilation de certaines connaissances. Par exemple, tout en faisant part des formules pédagogiques utilisées aux préceptrices et des principes qui les sous-tendent, j'ai utilisé le jeu, les mises en situation, les discussions de groupe, le jeu de rôle, le retour sur les situations, l'enseignement par les pairs, les ressources du milieu, la catégorisation de l'information, etc. En plus, de m'être intéressée plus particulièrement au préceptorat, j'ai aussi amélioré mes acquis sur le mentorat grâce à l'initiative de mes collègues préceptrices du GCDP. Le développement continu de mes connaissances par mes lectures concernant les GCDP a aussi été essentiel pour atteindre une mise en oeuvre adéquate de celui-ci auprès des préceptrices participantes de l'urgence. Cette approche de GCDP a été utile dans le cadre de ce stage, car elle présentait de façon détaillée les rôles de chacun des membres ainsi que les étapes d'implantation des GCDP (Payette & Champagne, 1997). En somme, je peux dire que j'ai énormément appris sur le concept et la théorie des GCDP. Ces rencontres m'ont également permis de développer mes habiletés d'agente de changement, de consultante, d'animatrice et d'organisatrice auprès des préceptrices. Étant éducatrice à la base, le travail de planification et d'organisation des rencontres était facile pour moi, par contre, l'animation a été un grand défi tout au long de ce stage. Le fait de connaître les participantes m'a parfois aidée à jouer mon rôle d'animatrice étant donné le confort de chacun. Cependant, lors des deux premières rencontres, il m'est parfois arrivé d'avoir l'impression de perdre le contrôle des discussions et de la structure des séquences de consultation, dû justement à ce confort des

participantes avec moi. Je me suis alors ajustée à cette situation pour assurer une communication efficace au sein du groupe. Par contre, plus il y avait de situations présentées, plus il devenait facile d'animer les discussions au sein du groupe. Comme toutes les participantes au GCDP, j'ai aussi participé au groupe à titre de consultante en plus d'avoir été l'animatrice, l'organisatrice et même la cliente. Ceci m'a permis de faciliter la relation de confiance et de collaboration avec les participantes du GCDP.

### **8.3. Retombées du stage (à court, moyen et long terme)**

En plus de ce qui a été mentionné tout au long de ce rapport, les retombées immédiates du stage ont pu être observées auprès des participantes lors des rencontres et même lors du suivi des orientations. Elles ont maintenant une vision plus globale des principes de soutien de l'apprentissage de la préceptorée que de l'évaluation de celle-ci, tel que suggéré par Giroux et Girard (2009). Les préceptrices qui ont participé à ce projet semblent plus ouvertes aux commentaires et à l'écoute de leurs collègues. Des liens semblent s'être formés entre les membres du groupe, ce qui favorise les échanges lors de la participation à une même orientation. Elles semblent plus engagées à développer leur compétence de préceptrices, afin de favoriser l'amélioration du soutien des nouvelles. La motivation et l'engagement de la préceptrice sont des attributs importants pour une expérience positive lors de préceptorat (Wilson, Bodin, Hoffman, & Vincent, 2009). Les infirmières préceptrices ont mentionné, par le biais du questionnaire rempli, qu'elles ont apprécié leur participation au GCDP. Les commentaires reçus suite aux rencontres de codéveloppement étaient positifs et chacune des participantes semblaient avoir réalisé des apprentissages importants pour leur rôle de préceptrice (voir Annexe 14).

Le présent stage a débuté avec la mise en place d'un GCDP à l'urgence pour les infirmières préceptrices. Le projet se poursuivra au-delà du cadre du stage. La prochaine rencontre a déjà été déterminée. Étant donné les contraintes du manque de personnel par période, la décision a été prise de favoriser les participantes effectuant du préceptorat au moment de la planification des rencontres en alternance avec les préceptrices qui ont déjà participé à ce projet. En fait, un groupe ouvert de codéveloppement professionnel sera mis en place à la demande des participantes lors de ce stage.

Ce projet a permis aux préceptrices du GCDP de développer et de tester des outils de rétroaction qui seront utilisés lors des orientations pour la précepteurée et pour la préceptrice. De plus, l'élaboration du processus de planification des orientations a été déterminée et implantée avec l'aide des participantes du groupe.

Afin de favoriser l'accès aux précepteurées ainsi qu'à tous les membres du personnel de l'urgence, les ressources informatiques demandées par les préceptrices du GCDP sont maintenant disponibles et accessibles à tous via l'intranet du CUSM. L'installation du programme utilisé par les pharmaciens sur certains postes de travail des infirmières a facilité les recherches quant à la médication.

De plus, depuis la discussion sur le *debriefing* lors de la quatrième rencontre, il est régulier de voir des participantes au GCDP initier des périodes de *debriefing* en partenariat avec les médecins et l'équipe de leadership suite aux soins de patients plus critiques.

L'implantation du programme de mentorat à l'urgence se fera dans les prochains mois. Même si cette idée de soutien provient des préceptrices du GCDP, l'équipe de leadership infirmier fera part entière de ce projet, afin d'en assurer le suivi ainsi que sa pérennité. L'AIIIC (2004) mentionne que pour un milieu de travail de qualité, le mentorat est un élément essentiel. De par son approche d'apprentissage, le mentorat peut améliorer la satisfaction au travail du mentor et de la mentorée ainsi que leurs compétences.

Finalement, les retombées du stage à long terme sont plus en lien avec la transférabilité du projet. Le groupe de codéveloppement professionnel pourrait être implanté à d'autres milieux de soins et même à d'autres professionnels, tel mentors, infirmières, préposés aux bénéficiaires, médecins, etc. À ce propos, un groupe d'infirmières de l'urgence de l'hôpital Général de Montréal vient de débiter un GCDP pour les infirmières sur une base volontaire et non rémunéré, afin de s'outiller davantage et d'améliorer leur pratique clinique.

#### **8.4. Défis et limites rencontrés lors du déroulement du stage**

Bien qu'en général le stage se soit très bien déroulé, quelques défis ont été rencontrés. La durée des rencontres a parfois été un obstacle à l'échange. La prolongation de l'échéancier de stage a d'ailleurs eu lieu, car il manquait de temps pour assimiler, présenter et discuter de toutes les situations et concepts voulus. Selon l'expérience vécue, je crois qu'un minimum de cinq à sept rencontres seraient idéales afin d'accompagner les préceptrices plus adéquatement à un changement de pratique.

De plus, même si la majorité des préceptrices faisant du préceptorat lors de cette période ont fait partie de ce groupe, elles n'étaient pas toutes disponibles pour chaque rencontre, dû aux vacances, à leur horaire de travail ou à la poursuite de leur étude lors de ces rencontres. Les auteurs Payette et Champagne (1997) semble croire que dans une situation optimale, il serait bien mieux qu'un GCDP ait la même composition du début à la fin. Grâce à la grande flexibilité de l'infirmière gestionnaire de l'urgence, la rémunération et la libération des employés n'a pas été contraignante pour ce projet, mais aurait pu le devenir. Ce projet a été priorisé par celle-ci dans sa planification budgétaire.

Le plus grand défi a été constaté à la première rencontre, lors de la présentation des objectifs de stage et des compétences associées aux préceptrices. Les propos semblaient ambigus et abstraits selon la vision du GCDP. Les concepts abordés ont donc dû être vulgarisés et traduits à plusieurs reprises lors de cette rencontre. Les échanges ont eu lieu autant en anglais qu'en français. Travaillant dans un centre bilingue, les préceptrices n'ont pas de grande barrière linguistique, mais il est parfois plus complexe de comprendre des concepts pédagogiques lorsqu'ils ne sont pas enseignés dans notre langue. De plus, le contexte de certaines situations a aussi dû être expliqué lors de certains échanges.

En plus, il était difficile d'évaluer l'impact des interventions pédagogiques sur l'amélioration du raisonnement clinique de la préceptrice. Ce qui faisait en sorte que les préceptrices pouvaient parfois douter du bienfait du changement de leur pratique.

Finalement, le fait d'être éducatrice sur ce département a parfois facilité la compréhension des situations mais d'autres fois nuisait à certains échanges lors des rencontres. En me voyant comme une ressource dans l'équipe de leadership de l'urgence, les participantes avaient parfois tendance à vouloir discuter des problèmes organisationnels du département sans qu'il y ait de lien entre le préceptorat ou les échanges avec leurs pairs.

## **8.5. Recommandations**

### *Recommandations pour l'organisation :*

Premièrement, sur le plan organisationnel, je recommanderais qu'un budget soit prévu pour la formation continue des préceptrices. Le gouvernement alloue un budget sous forme de soutien clinique pour les nouvelles infirmières, tandis qu'aucun budget n'est dispensé pour le programme de préceptorat même si tous les milieux ont le mandat de l'instaurer. Selon Baggot et al. (2005), les coûts pour les programmes de formation des préceptrices peuvent être élevés, mais il reste qu'ils sont vraiment moindres que le coût associé au problème de rétention et de recrutement du personnel infirmier.

De plus, en constatant l'engouement des préceptrices à ce projet, j'ai réfléchi au groupe de pratique réflexive existant déjà au CUSM pour les assistantes de l'infirmière-chef, les éducatrices, les infirmières chefs et les infirmières cliniciennes spécialisées; je recommanderais d'y inclure les préceptrices afin de stimuler le développement de compétences à la réflexion sur leur pratique préceptorale. Et ce, si l'organisation n'adhère pas au concept des GCDP pour les préceptrices.

### *Recommandations pour la pratique et la formation :*

Quant aux recommandations liées à l'implantation d'un GCDP, je crois qu'il est un atout que l'animatrice connaisse les participantes avant les premières rencontres et ce, afin de favoriser un échange ouvert, une relation de confiance et l'implication active dans le processus des participantes. Pour l'implantation d'un projet comme celui-ci, je

conseille que l'animatrice soit familière à la réalité professionnelle des participantes, afin qu'elle puisse mieux comprendre la réalité et les situations partagées par celles-ci. Étant dans le milieu de l'enseignement depuis plusieurs années, la gestion de groupe n'a pas été ardue, par contre, pour quelqu'un qui n'a pas d'expérience en enseignement, je crois qu'une formation quant au rôle de l'animatrice serait bénéfique. En plus, je suggérerais que la fréquence des rencontres soit régulière et pas trop distancée, idéalement de 6 à 8 semaines maximum. Plus les rencontres sont fréquentes et régulières lors des périodes d'orientation, plus les suivis des plans d'action sont faciles à faire parce que l'intervention tentée est récente. De plus, il est important que les rencontres ne soient pas trop rapprochées, afin de permettre aux participantes de mettre en pratique leur plan d'action.

À la lumière des commentaires entendus de la part des préceptrices, il semble évident que la formation autant pédagogique que clinique est une priorité pour les préceptrices. Le GCDP est une approche de formation continue au cœur de l'amélioration professionnelle et c'est pourquoi je crois que cette approche pourrait être bénéfique à plusieurs niveaux. Cette approche de codéveloppement sur la pratique devrait d'ailleurs être implantée par l'organisation pour les infirmières travaillant à l'urgence ainsi que dans les autres unités de soins. En plus de viser l'amélioration de la pratique professionnelle, je crois que cette approche pourrait être un outil de stimulation du raisonnement clinique de par son approche réflexive (Fowler, 1998). Et finalement, en ayant un but d'amélioration de la pratique, de la formation et du soutien des préceptrices, j'estime qu'il serait bien d'instaurer un programme de jumelage de type mentorat entre les nouvelles préceptrices et les préceptrices plus expérimentées.

#### *Recommandations pour la recherche :*

Ce projet d'implantation de GCDP ouvre la voie à d'autres études en sciences infirmières. Par exemple, il serait possible de faire une recherche de type comparatif avec un groupe témoin, afin d'évaluer les différences ressenties par les préceptorées lors de leur orientation lorsque la préceptrice participe à un groupe de codéveloppement. Il serait aussi intéressant d'explorer l'impact de la préparation de la préceptrice pour son rôle sur le raisonnement clinique de la préceptorée. Ainsi, il pourrait être plus difficile, mais

pertinent, de rechercher s'il y a un lien entre le soutien du raisonnement clinique par la préceptrice et l'amélioration de la qualité de soins au patient.

## 9. CONCLUSION

Finalement, il était clair que le soutien aux préceptrices était peu présent dans notre milieu de soins autre que par une formation d'une journée sur le préceptorat. Il est essentiel que la préceptrice assure son développement professionnel tout en s'actualisant sur les nouveautés autant cliniques que pédagogiques. La mise en place d'un GCDP à l'urgence a favorisé l'accompagnement et le soutien de la préceptrice, mais aussi de la préceptoriée dans ses apprentissages. Le raisonnement infirmier et le jugement clinique sont maintenant une préoccupation fondamentale lors des périodes de préceptorat à l'urgence de l'hôpital général de Montréal. La rétroaction entre pairs ainsi que les discussions au sein du GCDP semblent avoir amélioré les compétences des préceptrices face à leur capacité de soutenir le développement du jugement et de la réflexion de la préceptoriée. En plus de contribuer au développement des compétences, la mise en place de ce groupe de réflexion et de discussion a aussi été perçue comme une reconnaissance et une valorisation du travail des préceptrices dans leur milieu. Ce projet semble avoir eu un impact positif sur la satisfaction des préceptrices, pouvant ainsi favoriser la rétention de celles-ci par la mise en place d'un GCDP. Enfin, il devient important dans le contexte actuel de réfléchir à différentes avenues telles que l'implantation de différents programmes de préceptorat dans les milieux de soins, afin de favoriser la rétention des nouvelles infirmières tout comme des préceptrices, car elles représentent l'avenir de la profession infirmière.

## 10. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUE

- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2004). *Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession guide sur le préceptorat et le mentorat*. Ottawa, ON: Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Baggot, D. M., Hensinger, B., Parry, J., Valdes, M. S., & Zaim, S. (2005). The new hire/preceptor experience: cost-benefit analysis of one retention strategy. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 138-145.
- Baltimore, J. J. (2004). The hospital clinical preceptor: essential preparation for success. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 35(3), 133-140.
- Barbeau, D., Montini, A., & Roy, C. (1997). *Tracer les chemins de la connaissance : la motivation scolaire*. Montréal, QC: Association québécoise de pédagogie collégiale.
- Benner, P. E. (1984). *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Billay, D., & Myrick, F. (2008). Preceptorship: an integrative review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 8(4), 258-266.
- Billay, D. B., & Yonge, O. (2004). Contributing to the theory development of preceptorship. *Nurse Education Today*, 24(7), 566-574.
- Burnyeat, M. F. (1977). Socratic midwifery, Platonic inspiration. *Bulletin of the Institute of Classical Studies*, 24(1), 7-16.
- Flynn, J. P. (1997). *The role of the preceptor : a guide for nurse educators and clinicians*. New York, NY: Springer Pub. Co.
- Fowler, L. P. (1998). Improving critical thinking in nursing practice. *Journal for Nurses in Staff Development*, 14(4), 183-187.
- Gaberson, K. B., & Oermann, M. H. (1999). *Clinical teaching strategies in nursing*. New York, NY: Springer Pub. Co.
- Giroux, M., & Girard, G. (2009). Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. *Pédagogie Médicale*, 10(3), 193-210.

- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2008). *Programme national de soutien clinique: volet préceptorat: cadre de référence*. Québec, QC: Gouvernement du Québec.
- Hautala, K. T., Saylor, C. R., & O'Leary-Kelley, C. (2007). Nurses' perceptions of stress and support in the preceptor role. *Journal for Nurses in Staff Development*, 23(2), 64-72.
- 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. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00935.x
- 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. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04441.x
- King, B., & Bernick, L. (2002). *Baycrest centre for Geriatric Care: a innovative program in which everyone wins!*. Toronto, ON: Baycrest Centre for Geriatric Care.
- Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2005). Learning Styles and Learning Spaces: Enhancing Experiential Learning in Higher Education. *Academy of Management Learning & Education*, 4(2), 193-212.
- Lee, T., Tzeng, W., Lin, C., & Yeh, M. (2009). Effects of a preceptorship programme on turnover rate, cost, quality and professional development. *Journal of Clinical Nursing*, 18(8), 1217-1225. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02662.x
- 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. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01050.x
- McCarty, M., & Higgins, A. (2003). Moving to an all graduate profession: preparing preceptors for their role. *Nurse Education Today*, 23(2), 89-95.

- Morris, L. L., Pfeifer, P., Catalano, R., Fortney, R., Nelson, G., Rabito, R., & Harap, R. (2009). Outcome evaluation of a new model of critical care orientation. *American Journal of Critical Care, 18*(3), 252-259. doi: 10.4037/ajcc2009355
- Myrick, F., & Yonge, O. (2002). Preceptor questioning and student critical thinking. *Journal of Professional Nursing, 18*(3), 176-181.
- Myrick, F., & Yonge, O. (2004). Enhancing critical thinking in the preceptorship experience in nursing education. *Journal of Advanced Nursing, 45*(4), 371-380. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02920.x
- Neumann, J. A., Brady-Schluttner, K. A., 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 Nurses in Staff Development, 20*(1), 17-26.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). Alors que 15 000 infirmières sont à l'aube de la retraite. *Infostats, 4*(1).
- Overstreet, M. (2010). Ee-chats: the seven components of nursing debriefing. *Journal of continuing education in nursing, 41*(12), 538-539.
- Parse, R. R. (2002). Mentoring moments. *Nursing Science Quarterly, 15*(2), 98-98.
- Payette, A., & Champagne, C. (1997). *Le groupe de codéveloppement professionnel*. Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Phaneuf, M. (2009). The think-aloud protocol, adjunct or substitute for the nursing process. Repéré le December 11 2014 à [http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument\\_anglais/The\\_think-aloud\\_protocol\\_adjunct\\_or\\_substitute\\_for\\_the\\_nursing\\_process.pdf](http://www.infiressources.ca/fer/Depotdocument_anglais/The_think-aloud_protocol_adjunct_or_substitute_for_the_nursing_process.pdf)
- Riley-Doucet, C. (2008). A self-directed learning tool for nurses who precept student nurses. *Journal for Nurses in Staff Development, 24*(2), E7-14.
- Speers, A. T., Strzyzewski, N., & Ziolkowski, L. D. (2004). Preceptor preparation: an investment in the future. *Journal for Nurses in Staff Development, 20*(3), 127-133.
- Turner, N. (2009). *Mémoires de maîtrise: d'étudiantes à infirmière d'urgence: une étude qualitative de l'expérience d'infirmières nouvellement diplômées ayant participé à un séminaire de soutien et de formation*. Montréal, QC: Université de Montréal.

- Université de Montréal. Faculté des sciences infirmières (2010). *CIFI référentiel de compétences pour la formation au préceptorat (document de travail)*. Montréal, QC: Université de Montréal.
- Williams, T., Sims, J., Burkhead, C., & Ward, P. M. (2002). The creation, implementation, and evaluation of a nurse residency program through a shared leadership model in the intensive care setting. *Dimensions of Critical Care Nursing, 21*(4), 154-161.
- Wilson, L. L., Bodin, M. B., Hoffman, J., & Vincent, J. (2009). Supporting and retaining preceptors for NNP programs: results from a survey of NNP preceptors and program directors. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 23*(3), 284-292. doi: 10.1097/JPN.0b013e3181b3075d
- Wright, A. (2002). Precepting in 2002. *Journal of Continuing Education in Nursing, 33*(3), 138-141.
- Yonge, O., Hagler, P., Cox, C., & Drefs, S. (2008a). Listening to preceptors: part B. *Journal for Nurses in Staff Development, 24*(1), 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), 113-118.
- Yonge, O., Krahn, H., Trojan, L., Reid, D., & Haase, M. (2002). Supporting preceptors. *Journal for Nurses in Staff Development, 18*(2), 73-79.
- Yonge, O., Myrick, F., & Haase, M. (2002). Student nurse stress in the preceptorship experience. *Nurse Educator, 27*(2), 84-88.

**ANNEXE 1 : Objectifs et interventions préliminaires associées**

<b>Objectifs spécifiques de stage et interventions préliminaires associées</b>	
<b>Objectifs de stage</b>	<b>Interventions associées</b>
<p>1. Mettre en place un groupe de codéveloppement professionnel pour les préceptrices</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rencontrer les infirmières préceptrices et leur présenter mon projet de stage</li> <li>• Rencontre avec l'infirmière gestionnaire afin d'établir l'horaire des rencontres et de libérer les infirmières préceptrices participantes.</li> <li>• Planifier des rencontres de groupe aux 4-6 semaines avec le personnel concerné.</li> <li>• Définir les rôles de chacun dans le groupe (animateur, client, consultant, et organisateur)</li> <li>• Co-identifier les problématiques et les préoccupations du groupe.</li> <li>• Établir un contrat de confidentialité</li> <li>• Co-établir les buts, les intérêts et les valeurs du groupe.</li> <li>• S'assurer de la pérennité, selon le succès du projet. Inclure l'infirmière éducatrice à la 3e rencontre.</li> </ul>

<b>Objectifs spécifiques de stage et interventions préliminaires associées (suite)</b>	
<b>Objectifs de stage</b>	<b>Interventions préliminaires</b>
<p>2. Encourager la mise à l'essai au sein du groupe de codéveloppement des interventions pédagogiques qui favoriseront le développement de la compétence « Soutenir les apprentissages des préceptorées », particulièrement en ce qui a trait au raisonnement clinique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager le transfert de connaissances en incitant l'échange d'informations dans le groupe.</li> <li>• Suggérer des interventions pédagogiques possibles et encourager leur utilisation.</li> <li>• Vérifier leurs connaissances liées aux bases pédagogiques lors de discussions en groupe.</li> <li>• Suggérer des lectures scientifiques sur le raisonnement clinique et autres sujets selon le besoin du groupe.</li> <li>• Co-développer des mises en situation afin de développer leur méthode d'enseignement et de rétroaction selon les préoccupations des infirmières.</li> <li>• Étude de situation vécue</li> <li>• Partage de savoirs pratiques</li> <li>• Partage de connaissances théoriques au besoin</li> </ul> <p style="text-align: right;">(Payette &amp; Champagne, 1997)</p>

**ANNEXE 2 : Échéancier planifié**

<b>Échéancier prévu au début du stage</b>		
<b>Mois 2011-2012</b>	<b>Semaines</b>	<b>Activités</b>
<i>... - Mars- Avril</i>	...au 31 mars	Prendre connaissance du milieu. Rencontre infirmières préceptrices, afin d'évaluer les besoins. Observation des orientations, du coaching et du mentorat sur le département. Rencontre avec l'infirmière gestionnaire. Recension des écrits sur le préceptorat, sur le raisonnement clinique et sur les groupes de codéveloppement
	6 et 27 avril	Présentation séminaire de stage 1 et 2. Faire réflexion par la suite. Présenter le projet aux infirmières préceptrices. Planification avec l'infirmière gestionnaire des rencontres.
<i>Mai</i>	1 au 31 mai	Préparation du document d'approbation du stage et rencontre avec ma directrice et ma superviseuse pour l'approbation. Préparation rencontre no.1. Planification avec l'infirmière-gestionnaire des rencontres.
<i>Juin</i>	1 au 7 juin	Planification et préparation rencontre no.1.
	<b>7 juin</b>	<b>Rencontre no.1 avec groupe de codéveloppement.</b> Rédaction d'un journal de bord par la suite.
	21 juin au 20 juillet	Observation, discussion, recueillir les commentaires des membres du groupe. Préparation rencontre no.2 en collaboration avec les membres du groupe
<i>Juillet-Août</i>	1 au 20 juillet	Préparation rencontre no. 2
	<b>21 juillet</b>	<b>Rencontre no.2 avec groupe de codéveloppement.</b> Rédaction d'un journal de bord par la suite.
	22 juillet au 15 septembre	Observation, discussion, recueillir les commentaires des membres du groupe. Préparation rencontre no.3 en collaboration avec les membres du groupe.
<i>Septembre</i>	<b>15 septembre</b>	<b>Rencontre no.3 avec groupe de codéveloppement.</b> Rédaction d'un journal de bord par la suite. Recueillir les commentaires des membres du groupe.
	8 au 31 septembre	Préparation 3 séminaire de stage Rédaction rapport de stage
<i>Octobre Novembre Décembre</i>	Octobre	Présentation 3 séminaire de stage
	Octobre- Novembre	Rédaction rapport de stage
	Décembre	Remise rapport de stage

**ANNEXE 3 : Échéancier modifié**

<b>Échéancier modifié suite à la rencontre no.3 du GDCD</b>		
<b>Mois 2011-2012</b>	<b>Semaines</b>	<b>Activités</b>
...Mars - Avril	...au 31 mars	Prendre connaissance du milieu. Rencontre infirmières préceptrices, afin d'évaluer les besoins. Observation des orientations, du coaching et du mentorat sur le département. Rencontre avec l'infirmière gestionnaire. Recension des écrits sur le préceptorat, sur le raisonnement clinique et sur les groupes de codéveloppement
	6 et 27 avril	Présentation séminaire de stages 1 et 2. Faire réflexion par la suite. Présenter le projet aux infirmières préceptrices. Planification avec l'infirmière gestionnaire des rencontres.
Mai	1 au 31 mai	Préparation du document d'approbation du stage et rencontre avec ma directrice et ma superviseuse pour l'approbation. Préparation rencontre no.1. Planification avec l'infirmière-gestionnaire des rencontres.
Juin	1 au 7 juin	Planification et préparation rencontre no.1.
	<b>7 juin</b>	<b>Rencontre no.1 avec groupe de codéveloppement.</b> Rédaction d'un journal de bord par la suite.
	21 juin au 20 juillet	Observation, discussion, recueillir les commentaires des membres du groupe. Préparation rencontre no.2 en collaboration avec les membres du groupe
Juillet-Août-Septembre	1 au 20 juillet	Préparation rencontre no. 2
	<b>21 juillet</b>	<b>Rencontre no.2 avec groupe de codéveloppement.</b> Rédaction d'un journal de bord par la suite.
	22 juillet au 15 septembre	Observation, discussion, recueillir les commentaires des membres du groupe. Préparation rencontre no.3 en collaboration avec les membres du groupe.
Septembre	<b>15 septembre</b>	<b>Rencontre no.3 avec groupe de codéveloppement.</b> Rédaction d'un journal de bord par la suite. Recueillir les commentaires des membres du groupe.
	8 au 13 octobre	Observation, discussion, recueillir les commentaires des membres du groupe. Préparation rencontre no.4 en collaboration avec les membres du groupe.
Octobre Novembre Décembre	<b>13 Octobre</b>	<b>Rencontre no.4 avec groupe de codéveloppement.</b> Recueillir les commentaires des membres du groupe.
	13 octobre au 23 novembre	Observation, discussion, recueillir les commentaires des membres du groupe. Préparation rencontre no.5 en collaboration avec les membres du groupe et outil d'évaluation de la satisfaction du GDCD
	<b>24 novembre</b>	<b>Rencontre no.5 avec groupe de codéveloppement.</b> Recueillir les commentaires des membres du groupe.
Octobre Novembre Décembre	24 novembre au 1 février	Préparation séminaire de stage no.3. + envoi du sondage+ recueillir les commentaires des membres du groupe
Février 2012	2 février...	Présentation 3 séminaire de stage + rédaction par la suite+ continuer le projet des GDCD à l'urgence suite à la demande. (Mais fin du stage!)

**ANNEXE 4 : Les étapes du groupe de codéveloppement professionnel**

## LES ÉTAPES DU GROUPE DE CODÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

Étapes du GCDP	Description des rôles
1) <b>Exposé</b> d'une problématique, d'un projet ou d'une préoccupation	Le client expose..., les consultants écoutent.
2) <b>Clarification</b> : questions d'information factuelles	Les consultants formulent des questions, le client y répond.
3) <b>Contrat</b> : résultat espéré et type de consultation souhaitée	Le client définit le contrat de consultation, les consultants reformulent, tous s'entendent.
4) <b>Exploration</b> : questions réflexives, réactions, suggestions pratiques des consultants	Les consultants réagissent : partage des impressions, commentaires, idées, etc. puis le client écoute.
5) <b>Synthèse</b> des apprentissages et <b>plan d'action</b>	Le client assimile l'information, indique ce qu'il retient, et conçoit un plan d'action.
6) <b>Évaluation</b>	Tous décrivent leurs apprentissages et en prennent note. Ils évaluent le fonctionnement du groupe.

Payette, & Champagne, 1997

**ANNEXE 5 : Power point première rencontre**

UN GROUPE DE CODÉVELOPPEMENT  
PROFESSIONNEL DE PRÉCEPTRICES INFIRMIÈRES  
DE L'URGENCE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE  
MONTRÉAL



Marie-Andrée Jacques

7 juin 2011

Directrice: Johanne Goudreau

Superviseure: Nancy Turner

## But de mon stage

Mettre à l'essai un groupe de  
codéveloppement professionnel de  
préceptrices infirmières, afin de favoriser  
le développement de leur compétence  
« Soutenir les apprentissages des  
préceptorées »

## Objectifs préliminaires de ce stage

- 1- Mettre en place un groupe de codéveloppement professionnel pour les préceptrices
- 2- Encourager la mise à l'essai au sein du groupe de codéveloppement des interventions pédagogiques qui favoriseront le développement de la compétence « Soutenir les apprentissages des préceptorées », particulièrement en ce qui a trait au raisonnement clinique

3

## C'est quoi une compétence?



Quelles sont les compétences à atteindre par les préceptrices?

- Voir le référentiel de compétence de la Faculté des sciences infirmières( révisé en 2010)

Un groupe de codéveloppement professionnel, c'est quoi?



## Un groupe de codéveloppement professionnel, **c'est nous!**

- Le groupe de codéveloppement professionnel est une approche de formation qui mise sur le groupe et sur les interactions entre les participants pour favoriser l'atteinte de l'objectif fondamental: améliorer la pratique professionnelle.

( Payette & Champagne, 2008)

## Un groupe de codéveloppement professionnel

Ce groupe constitue une communauté d'apprentissage qui partage les mêmes buts et la même méthode

- Étude de situation vécue
- Partage de savoirs pratiques
- Partage de connaissances théoriques au besoin

(Payette & Champagne, 2008)

## Groupe de codéveloppement professionnel

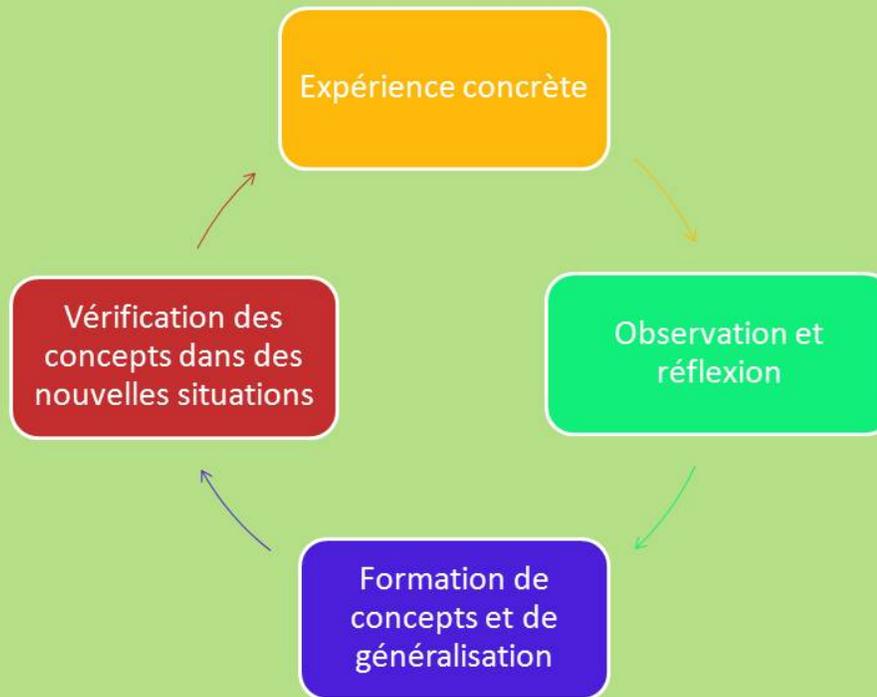
Le groupe de codéveloppement professionnel, en mettant l'accent sur le partage d'expériences, sur la réflexion individuelle et collective, sur les interactions structurées entre praticiens expérimentés, vise à élargir les capacités d'action et de réflexion de chaque membre du groupe.

( Payette & Champagne, 2008)

## Quels sont les différents rôles?

- Organisateur
- Animateur
- Client
- Consultants

## Cycle de l'apprentissage ( Kolb, 1984)

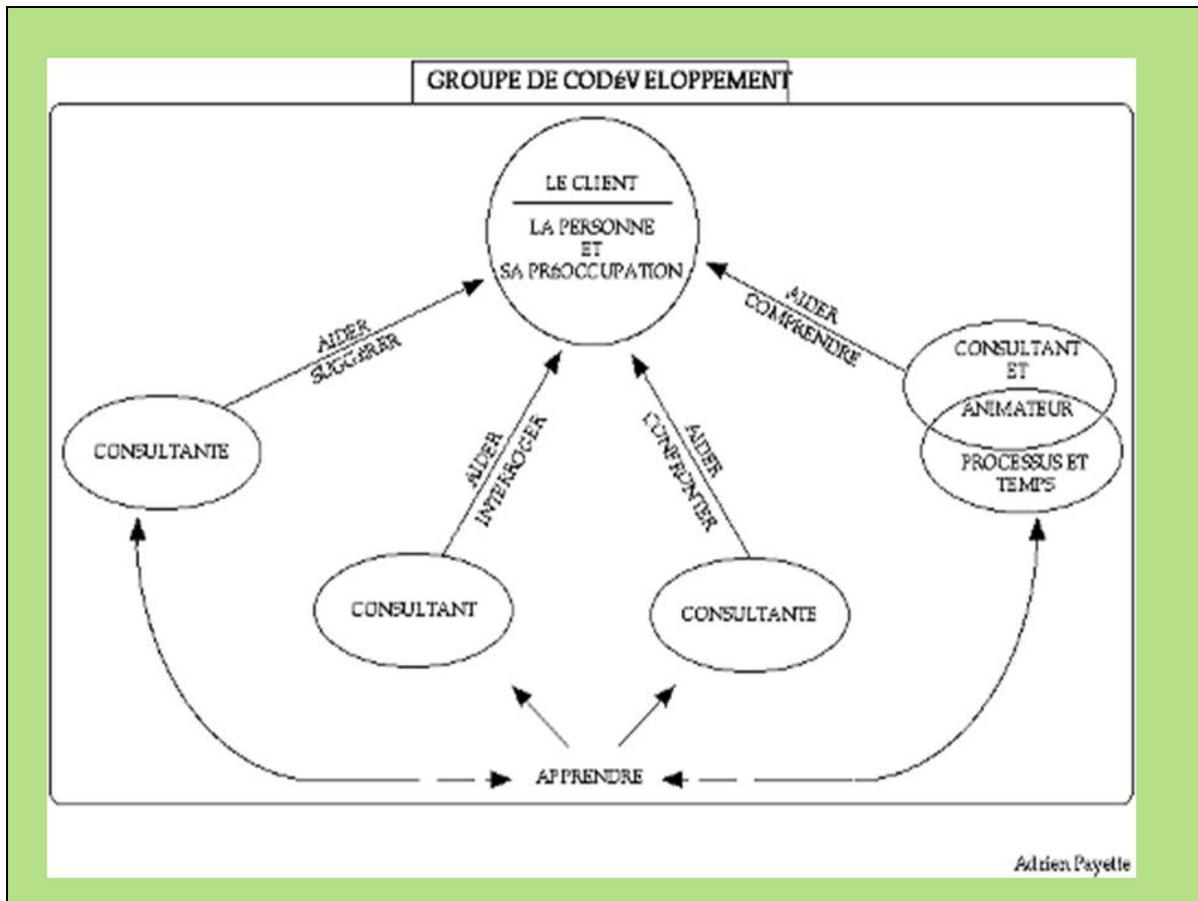


## Groupe de codéveloppement professionnel

### Séquence de consultation:

- 1- Exposé de la problématique ou du projet par le client
- 2- Clarification de la problématique: questions d'information
- 3- Contrat de consultation
- 4- Réactions, commentaires, suggestions des consultants
- 5- Synthèse et plan d'action
- 6- Conclusion: évaluation et assimilation des apprentissages par chacun.

( Payette & Champagne, 2008)



## Principes de base d'un groupe de codéveloppement

- La pratique a des savoirs, que la science ne produit pas.
- Apprendre une pratique professionnelle; c'est apprendre à agir.
- Échanger avec d'autres sur ses expériences permet des apprentissages impossibles autrement.
- Le praticien en action est une personne unique dans une situation unique.
- La subjectivité de l'acteur aussi importante que l'objectivité de la situation.
- Le travail sur l'identité professionnelle est au coeur du codéveloppement.

( Payette & Champagne, 2008)

## Pourquoi un groupe de codéveloppement professionnel?

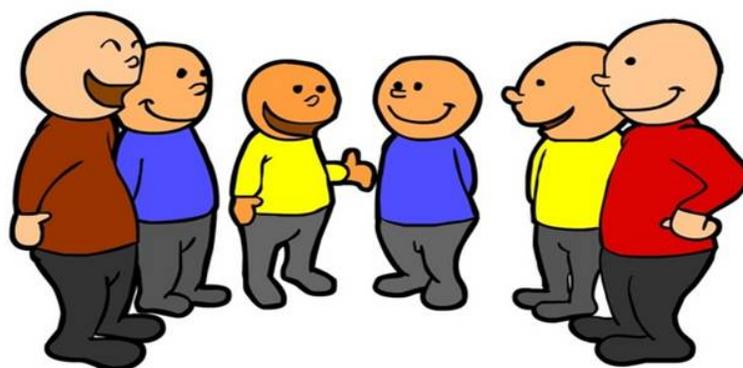


### Voici mes préoccupations.....est-ce que vous en avez d'autres???

- Augmentation des orientations à l'urgence du MGH (30 nouvelles infirmières en 2010, dont 10 CEPI et 20 inf. ).
- De mai à août 2011, 10 étudiantes, 8 CEPI et X RN seront à l'urgence du HGM.
- Changement dans les orientations. Familiarisation-jumelage dans la section de soins aigus (nouveau).
- Pas de cours spécifique offert en pédagogie aux précepteurs sur une base régulière, pas de formation continue reliée à la pédagogie.
- Réflexion sur la pratique faite avec l'apprenant (dans le cadre du Genesis) et non avec les précepteurs.
- Position d'évaluation et non d'apprentissage (Giroux et al, 2009).
- Infirmières orientées de plus en plus vers la tâche et moins vers le raisonnement clinique, le processus décisionnel et le jugement critique.
- Équipe d'infirmières de plus en plus jeunes (Débutantes-Compétentes (Benner,1984)).

Quelles sont nos préoccupations,  
valeurs, buts et intérêts  
communs?

Bienvenue à tous!!!!



**ANNEXE 6 : Contrat de participation et de confidentialité**



### **Contrat de participation et de confidentialité**

Je, \_\_\_\_\_, par la présente m'engage à participer au premier groupe de codéveloppement pour les infirmières préceptrices du centre universitaire de santé McGill, et ce tout en adhérant aux conditions suivantes :

Lors de ces rencontres, je m'engage à :

- Faire preuve d'authenticité, d'humilité et de non jugement.
- Partager mes bons comme mes mauvais coups.
- Favoriser le climat de confiance et d'ouverture envers les autres membres du groupe
- Aider les autres membres du groupe face à l'atteinte de leur compétence.
- Respecter la confidentialité de ces rencontres, c'est-à-dire que toutes les informations que ce soit par rapport à mes collègues ou autres, ne seront pas divulguées à l'extérieur de ces rencontres.
- Agir en tant que client et consultant
- Utiliser les 4 premières des 12 clés d'intervention d'une rétroaction efficace (voir page suivante)
- Être actif et participatif lors des rencontres.
- Accepter, par la présente, que mes collègues me critiquent de façon respectueuse.
- Améliorer mes compétences en tant que préceptrice/précepteur et d'aider mes collègues à atteindre les leurs.

Je déclare avoir lu et compris les termes du présent contrat.

Signature du participant \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

### **Douze clés d'intervention pour une rétroaction efficace**

- 1 **Obtenir l'accord de la personne à qui on se prépare à donner de la rétroaction, lui donner le temps d'exprimer ses propres perceptions et ses questions.**
- 2 **Partager avec cette personne ses façons de voir, ses réactions, ses observations (message « je ») plutôt que l'évaluer ou lui donner des conseils (message « tu »).**
- 3 **Lui parler de ses comportements et non de sa personne : on peut changer un comportement alors qu'il est bien difficile de changer des traits de personnalité.**
- 4 **Décrire des faits (ce qui se voit et s'entend), plutôt qu'interpréter, prêter des intentions, communiquer des hypothèses explicatives.**
- 5 Diriger la rétroaction sur des comportements reliés à des situations et des faits précis et non sur des comportements « en général », sans exemple précis.
- 6 Décrire les comportements et les faits, au besoin en se référant à un continuum (plus ou moins), plutôt que communiquer des jugements (bien ou mal, trop ou pas assez).
- 7 Décrire aussi les réactions, les effets observés chez soi et chez les autres, en écho aux comportements de la personne, et la laisser tirer ses propres conclusions.
- 8 Décrire autant les faits pour lesquels on a observé un résultat qui nous est apparu positif que ceux dont les effets nous sont apparus plus mitigés, voire indésirables.
- 9 Dans le cas de comportements dont l'effet ne correspond pas à ce que la personne veut produire, explorer avec elle des alternatives de changement plutôt que lui apporté des solutions (tu devrais...) et des réponses toutes faites (y a qu'à...).
- 10 Se laisser guider par ce que peut en retirer la personne qui reçoit la rétroaction plutôt que par la satisfaction de celle qui la donne : limiter la quantité d'information à ce qui peut être absorbé.
- 11 Offrir la rétroaction en temps et lieux propices, le plus près possible de la situation où elle est puisée, mais en dehors d'une situation de crise.
- 12 Vérifier ce que la personne a compris et ce qu'elle retient, de façon à clarifier au besoin l'écart entre le message émis et reçu.

**ANNEXE 7 : Questionnaire sociodémographique**

Informations sociodémographiques

Âge : \_\_\_\_\_

Année de graduation comme infirmière: \_\_\_\_\_

Année de début au MGH : \_\_\_\_\_

Depuis combien d'année faites-vous du préceptorat ? \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité: \_\_\_\_\_

Scolarité en cours: \_\_\_\_\_

Cours en pédagogie reçu(s): \_\_\_\_\_

**ANNEXE 8 : Questionnaire sur l'état/réflexion sur certaines de vos  
connaissances/compétences reliées à la pédagogie**

**État/réflexion sur certaines de vos connaissances/compétences reliées à la pédagogie**

Quelles sont vos attentes par rapport au groupe de codéveloppement?

---

---

---

Qu'est-ce que vous voudriez apprendre lors des rencontres de ce groupe?

---

---

---

Quelle est votre conception du raisonnement clinique?

---

---

---

Quelles stratégies/ concepts/ méthodes pédagogiques utilisez-vous lorsque vous faites du préceptorat?

---

---

---

Connaissez-vous des stratégies pédagogiques? Si oui, lesquelles?

---

---

---

Autres informations que vous voudriez mentionner...

---

---

---

## **Annexe 9 : Informations sociodémographiques**

## Informations sociodémographiques

### Âge :

- 26 ans
- 28 ans
- 36 ans
- 34 ans
- 35 ans
- 28 ans
- 39 ans
- 35 ans

### Année de graduation comme infirmière:

- 2005
- 2004
- 1997
- 2006
- 2005
- 2005
- 1992
- 2005

### Année de début au MGH :

- 2006
- 2006
- 1998
- 2006
- 2006
- 2008
- 1992
- 2005

### Depuis combien d'année faites-vous du préceptorat?

- 3 ans
- 4 ans+ 1 an avant MGH
- 11 ans
- 4, 5 ans
- 3 ans
- 2 ans MGH mais+ 4 ans par agence
- 18 ans
- 5 ans

**Niveau de scolarité:**

- Baccalauréat en sciences infirmières
- Baccalauréat (graduate diploma management (health care))
- Baccalauréat en sciences infirmières
- Diplôme d'étude collégial
- Diplôme d'étude collégial
- Diplôme d'étude collégial
- Diplôme d'étude collégial

**Scolarité en cours:**

- Aucune
- Aucune
- Master admission
- Aucune
- Baccalauréat en nursing
- Baccalauréat en nursing
- Baccalauréat en nursing
- Baccalauréat en sciences infirmières

**Cours en pédagogie reçu(s):**

- Alliance et partenariat. Leadership et influence.
- Aucune
- Preceptorship workshop du MUHC (1 day)
- Aucune
- Preceptorship workshop du MUHC (1 day)
- Aucune
- 2 (University level)
- Aucune réponse

**Annexe 10 : Réponses des participantes sur l'état/réflexion sur certaines des connaissances/compétences reliées à la pédagogie**

**Réponses des participantes sur l'état/ réflexion sur certaines des connaissances/compétences reliées à la pédagogie**

**Quelles sont vos attentes par rapport au groupe de codéveloppement?**

- To work as a group to strategize re : new tools-methods of teaching that work best in different situation
- Améliorer mes compétences en tant que préceptrice
- Discussion constructive
- Aide à résolution de problème (groupe d'entraide)
- Troubleshoot challenges encountered on the unit
- Helps develops a realistic and comprehensive method for staff development and training
- Développer de meilleures techniques d'enseignement
- "Assir" les compétences de préceptrice
- Définir (connaître) les buts et compétences qu'une préceptoree doit travailler à acquérir
- Teaching technique
- Je m'attends à ce que le groupe m'aide à être une meilleure préceptrice. Qu'il m'aide à faire une meilleure introspection face à mes compétences et mes lacunes d'enseignement.
- Improve my skills as a preceptor. Improve the preceptor program to as preceptee. Build tools to help both preceptors and preceptees.
- Apprendre de l'expérience des autres.

**Qu'est-ce que vous voudriez apprendre lors des rencontres de ce groupe?**

- I would like to learn about what other members are doing during their preceptoring experiences, what their goals are, etc. What new tools have worked best...
- Gestion de personnalité difficile
- Méthodes de stratégies pédagogiques
- But à atteindre
- Courbe d'apprentissage normal
- Strategies for training the trainer
- How to continuously contact informally on day to day basis
- Better methods of teaching/ precepting new GPLs+RNs
- Teaching technique
- Expectation from leadership team par rapport au preceptorat
- De nouvelles methodes d'enseignement
- Technique d'enseignement
- Discuss and learn from each other
- New methods to precept
- More knowledge base to teach
- More psychological knowledge to recognize how to assist preceptees

### **Quelle est votre conception du raisonnement clinique?**

- To be able to take a situation and effectively apply you knowledge step by step.
- Capacité de faire le lien entre les pathologies, les interventions, les résultats et les symptômes.
- Ability to take data from multiple sources and integrate it to make decisions
- Its evidence based knowledge and the understanding why something is being done.
- Être capable avec la condition Clinique, données objectives/ subjectives, d'établir un plan selon la démarche scientifique.
- Capacité d'évaluer un patient selon sa condition primaire et secondaire. D'avoir une vue d'ensemble sur l'état général d'un patient et avoir la capacité de donner des soins adaptés et d'en comprendre la raison.
- Recognized a situation, seeing if you can deal with it, if no :seek someone that can i learn, if yes : deal with it and evaluate your intervention. Seeing if there are other ways.
- Faire les liens cliniques entre les symptômes et la physiopathologie de la maladie du patient.

### **Quelles stratégies/ concepts/ méthodes pédagogiques utilisez-vous lorsque vous faites du préceptorat?**

- APC
- Évaluation des connaissances avant, pendant, après
- Feedback actif
- Reflective discussions. Case discussions, how to find information
- Group learning, reflective thinking, peer development
- Discussions
- Demonstration-validation
- Reflet, par exemple: Qu'avons-nous fait dans cette situation?
- J'utilise beaucoup l'enseignement pratique et l'apprentissage par questionnement et auto-raisonnement.
- Recognizing types of personality and adjust
- Breaking things done to a theory and then concrete manual and then evaluate
- Recognizing and preparing short and long term goal with preceptee for then seeing what interests then
- Investigue les connaissances de la personne.
- Pose des questions pour la faire réfléchir
- Répéter l'information
- Laisser la personne faire ses erreurs
- Presently i organize the # of days of teaching I have with the orientee+ together we discuss each others expectations and goals and decide a plan to meet those goal-every day we re-evaluate this plan.

**Connaissez-vous des stratégies pédagogiques? Si oui, lesquelles?**

- Teaching adults. Using different teaching aids, visual, non-visual, pre-tests, etc.
- Keep the learner involved
- Non
- Non
- Question trop théorique!
- Théorie/pratique pour compréhension des soins dispensés par le questionnement et le raisonnement clinique.
- Theory- reviewing-then doing. Repetition. Making them look for own knowledge.
- Showing them their resources be it person, book, internet
- No

**Autres informations que vous voudriez mentionner...**

- I would really like to re-develop ( as a group) a new preceptorship/ orientee package+ guidelines with this group so that we are all approaching new ER nurses in a standardized way.
  - Although it is important to have developmental meetings. It is also equally important to have active follow up and input making changes in the develop of further versions of the preceptor program.
  - Voir pour le follow-up de l'apprentissage des RN tout au long de leur augmentation de leur expertise.
  - J'aime bien l'idée d'avoir un groupe de codéveloppement à l'urgence
  - Great that things are being developed with both educator and team members
- 
- 
-

**ANNEXE 11 : Jeu de mémoire pour la catégorisation de l'information**

**Partie du corps:**

Abdomen  
Visage  
Fesses  
Jambes  
Bras  
Épaules

**Fruits:**

Fraise  
Banane  
Orange  
Cantaloup  
Kiwi

**Meubles :**

Table  
Chaise  
Bureau  
Commode  
Sofa

**Sortes de Film :**

D'amour  
Suspense  
D'horreur  
D'enfant  
XXX

**Temps :**

Février  
Mois  
Année  
Octobre  
Jour  
Décembre

**Unité de mesure :**

Celsius  
Pouce  
Pied  
Décimètre  
Mile  
Gramme

**Nom de garçon :**

Roger  
Bruce  
Michel  
Nathan  
Éric  
Benoît

**Vêtements :**

Short  
Chandail  
Pantalon  
Robe  
Bas

**Beauté :**

Mascara  
Crayon  
Ombre à paupière  
Rouge à lèvres  
Blush  
Pince à sourcil  
Shampooing  
Fixatif

**Termes utilisés dans notre  
rencontre :**

Jugement clinique  
Savoir  
Compétence  
Pensée critique  
Raisonnement clinique  
Mentorat  
Précepteur

**Lettres :**

P  
Q  
R  
S  
T

**Boissons alcoolisés :**

Bière  
Téquila  
Gin  
Vin  
Cosmopolitain  
Martini

**Maladies :**

Appendicite  
Colite  
Ostéomyélite  
Otite  
Laryngite

**Légumes :**

Brocoli  
Asperge  
Choux  
Salade  
Tomate

**Pays :**

Madagascar  
Paraguay  
Japon  
Canada  
Mexique  
Lyban

**Voiture :**

Audi  
Toyota  
Mazda  
Porsche  
Ford

**Sports :**

Natation  
Baseball  
Judo  
Danse  
Yoga

**Boy's name:**

Roger  
Bruce  
Michel  
Nathan  
Eric  
Benôit

**Body part:**

abdomen  
face  
buttocks  
legs  
arm  
shoulders

**Fruits:**

strawberry  
banana  
orange  
cantaloupe  
kiwi

**Furniture:**

Table  
Chair  
Desk  
Book Shelf  
Sofa

**Type of movies:**

Romantic  
Suspense  
Horror  
Kids  
XXX

**Time:**

February  
Month  
Year  
October  
Day  
December

**Clothing:**

Shorts  
Sweater  
Pants  
Dress  
Socks

**Beauty:**

Mascara  
Eye pencil  
Eye shadow  
Lipstick  
Blush  
Tweezers  
Shampoo  
hair spray

**Terms used in our meeting:**

Clinical Judgment  
Knowledge  
Competence  
Critical Thinking  
Clinical reasoning  
Mentoring  
Preceptor

**Letters:**

P  
Q  
R  
S  
T

**Alcoholic beverages:**

Beer  
Tequila  
Gin  
Wine  
Cosmopolitan  
Martini

**Vegetables:**

Broccoli  
Asparagus  
Cabbage  
Salad  
Tomato

**Country:**

Madagascar  
Paraguay  
Japan  
Canada  
Mexico  
Lyban

**Car:**

Audi  
Toyota  
Mazda  
Porsche  
Ford

**Sports:**

Swimming  
Baseball  
Judo  
Dance  
Yoga

**Unit of measure:**

Celsius  
Inches  
Foot  
Decimeter  
Mile  
Gram

**Diseases:**

Appendicitis  
Colitis  
Osteomyelitis  
Otitis  
Laryngitis

Table	Jour	Gin
D'horreur	<b>Temps :</b>	Tomate
T	Chandail	Ford
Robe	Mois	Martini
Ostéomyélite	Octobre	Brocoli
Bureau	<b>Unité de mesure :</b>	<b>Maladies :</b>
Éric	<u>Ombre à paupière</u>	<b>Légumes :</b>
Commode	Décembre	Otite
Fraise	Celsius	<b>Pays :</b>
D'amour	Roger	Audi
Année	Pouce	Japon
Sofa	Rouge à lèvres	<b>Sports :</b>
Pensée critique	Pied	Canada
<b>Partie du corps:</b>	Savoir	Judo
Chaise	Q	Lyban
Cantaloup	Mascara	<b>Voiture :</b>
Raisonnement clinique	Nathan	<b>Beauté :</b>
Baseball	Toyota	Natation
<b>Fruits:</b>	XXX	Choux
Yoga	Décimètre	Mexique
Pantalon	Benoît	D'enfant
Cosmopolitain	Mazda	Mascara
Shampooing	Gramme	Suspense
R	Porsche	Appendicite
Rouge à lèvres	<b>Boissons alcoolisées :</b>	Fevrier
Michel	Short	Paraguay
Abdomen	Bruce	
Danse	<b>Vêtements :</b>	
Visage	Mile	
Pince à sourcil	Compétence	
Fesses	Bas	
Jambes	Crayon	
Bras	Blush	
P	Bière	
Épaules	Colite	
Jugement clinique	Fixatif	
<b>Meubles :</b>	Laryngite	
<b>Nom de garçon :</b>	<b>Termes utilisés dans</b>	
Banane	<b>notre rencontre :</b>	
<b>Sortes de Film :</b>	Madagascar	
Orange	Asperge	
Kiwi	Mentorat	
	Vin	
	S	
	Précepteur	
	<b>Lettres :</b>	
	Téquila	

**ANNEXE 12 : Outils créés pour le suivi des orientations et pour la rétroaction pour la  
préceptrice et la préceptorée**

Nom du préceptoré: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Nom du précepteur 1 : \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Nom du précepteur 2 : \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Section: \_\_\_\_\_

Informations générales: \_\_\_\_\_

Full time – Inside weekend (exemple)

Date	Shift	Section	Précepteur
------	-------	---------	------------

Évaluation à la moitié de l'orientation : \_\_\_\_\_ (Date)

Évaluation à la fin de l'orientation : \_\_\_\_\_ (Date)

**Nom du précepteur:** \_\_\_\_\_

**Adresse email :** \_\_\_\_\_

Je suis disponible pour faire des orientations

Je suis non-disponible : de \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Raisons : \_\_\_\_\_

**Je suis disponible pour être précepteur avec :**

CPNP

Infirmières

Étudiants

Étudiants d'Université

POD (2-3 orientés en même temps)

**Je me sens confortable pour être précepteur dans ces sections-rôle**

SSU

Stretcher care area

Monitor care area

Ambulatory care area

Psychiatry

Trauma room

Nurse in charge

**Autres commentaires- Préférences :**

---



---



---



---

Veillez noter que l'enseignement fait partie du rôle de l'infirmière-clinicienne spécialisée. L'infirmière-clinicienne quant à elle aura une prime supplémentaire lors de chaque journée d'orientation.

### Rapport de rétroaction journalière

Nom du préceptoré: \_\_\_\_\_

Nom du précepteur: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Section: \_\_\_\_\_

Nombre de patients: \_\_\_\_\_

#### Objectif de la journée (À remplir par le préceptoré avant la journée d'orientation)

---



---



---



---

#### Forces:

---



---



---



---

#### Ce qui doit être amélioré:

---



---



---



---

#### Objectifs et plan pour les éléments à améliorer:

---



---



---



---



---

Signature du précepteur: \_\_\_\_\_

Signature du préceptoré: \_\_\_\_\_

NPDE-NM avisées PRN:

Josée  Marie-Andrée  Carole

Date: \_\_\_\_\_





### Rétroaction pour le précepteur

	Totalement en accord	En accord	Indécis	En désaccord	Totalement en désaccord
Le précepteur m'aide à m'engager activement dans ma démarche d'apprentissage	5	4	3	2	1
Le précepteur démontre des habiletés de communication et de soutien.	5	4	3	2	1
Le précepteur sait stimuler ma réflexion.	5	4	3	2	1
Le précepteur m'aide à surmonter mes difficultés.	5	4	3	2	1
Le précepteur manifeste une ouverture lors d'échange et de points de vue différents	5	4	3	2	1
Le précepteur m'a fourni des rétroactions constructives et fréquentes.	5	4	3	2	1
Le précepteur démontre son intérêt à l'égard du préceptorat et de la profession infirmière.	5	4	3	2	1
Les objectifs de l'orientation sont clairement mentionnés.	5	4	3	2	1
Le précepteur a facilité mon intégration au sein de l'équipe de travail.	5	4	3	2	1
Le rapport de rétroaction journalier a été rempli et discuté avec le précepteur.	5	4	3	2	1
Le précepteur m'a libéré au moins 15 minutes par jour, afin que je puisse	5	4	3	2	1

---

réfléchir sur ma pratique.

---

Je me sens outillé pour faire face à différentes situations suite à mon orientation.	5	4	3	2	1
--	---	---	---	---	---

---

Le précepteur m'a orienté vers les ressources appropriées.	5	4	3	2	1
--	---	---	---	---	---

---

**Commentaires:**

---

---

---

---

---

**Forces:**

---

---

---

---

---

**Suggestions; ce qui doit être amélioré:**

---

---

---

---

---

**Appréciation de votre orientation:**

---

---

---

---

---

**ANNEXE 13 : Questionnaire sur l'évaluation du groupe de codéveloppement professionnel**  
**(SurveyMonkey©)**

**Questionnaire sur l'évaluation du groupe de codéveloppement professionnel****( post 5 rencontres)**

1. I like to participate to codevelopment group. / J'aime participer au groupe de codéveloppement.

---

---

2. Do you think codevelopment group should continue for the preceptor at the emergency? And why? / Est-ce que vous croyez que le groupe de codéveloppement devrait se poursuivre pour les préceptrices de l'urgence?

---

---

3. Do you think codevelopment group bring something to the emergency department? If yes, what? / Est-ce que le groupe de codéveloppement amène quelques chose pour le département de l'urgence? Si oui, quoi?

---

---

4. At a more personal level, what did the codevelopment group make you realize? / À un niveau plus personnel, qu'est-ce que le groupe de codéveloppement vous a fait réaliser?

---

---

5. What has changed in your practice as preceptor and mentor since you're part of the group? / Qu'est-ce qui a changé dans votre pratique en tant que precepteur ou mentor depuis que vous faites partie de ce groupe?

---

---

6. Do you have any comments/suggestions to improve the emergency codevelopment group? / Avez-vous des commentaires ou suggestions afin d'améliorer le groupe de codéveloppement de l'urgence?

---

---

7. What did you like in the concept of the codevelopment group at the emergency? /  
Qu'est-ce que vous aimez du concept du groupe de codéveloppement à l'urgence?

---

---

8. Any comments or suggestions that you would like to share about your experience in this  
group/ Des suggestions ou commentaires que vous voudriez partager à propos de votre  
expérience dans ce groupe?

---

---

**Annexe 14 : Réponses au questionnaire d'évaluation du groupe de codéveloppement  
professionnel**

## **Réponses au questionnaire d'évaluation du groupe de codéveloppement professionnel**

(5 réponses par l'outil de sondage SurveyMonkey© et une réponse au format papier)

### **1. I like to participate to codevelopment group. / J'aime participer au groupe de codéveloppement.**

- Strongly agree/ Vraiment en accord
- Indifferent/ Indifférent
- Strongly agree/ Vraiment en accord

### **2. Do you think codevelopment group should continue for the preceptor at the emergency? And why? / Est-ce que vous croyez que le groupe de codéveloppement devrait se poursuivre pour les préceptrices de l'urgence?**

- Yes, everyone that is participating has a clear idea of how the organization wants us to proceed. Therefore we can all be more consistent during preceptee's orientation.
- Oui, le groupe devrait continuer, car il nous aide à être de meilleure préceptrice et par le fait même donne un meilleur soutien aux préceptées lors de leur orientation.
- Yes, because I think it's important to share different experiences and solutions.
- Oui, il permet aux infirmiers qui orientent de se sentir valoriser dans leur travail qui parfois n'est pas facile. Aide à trouver des pistes de solution lors des orientations difficiles.
- Oui, le groupe devrait continuer d'exister puisqu'il nous permet de demeurer à jour avec les méthodes d'enseignement. C'est aussi un bon soutien pour les préceptrices.
- Oui, n'ayant pas de formation sur les procédures à suivre pour être de bons préceptrices, ces rencontres nous permettent d'échanger sur les techniques, faiblesses et qualités de chacun. Ça élimine nos craintes et ça solidifie notre confiance.

### **3. Do you think codevelopment group bring something to the emergency department? If yes, what? / Est-ce que le groupe de codéveloppement amène quelque chose pour le département de l'urgence? Si oui, quoi?**

- Oui, ça permet aux préceptrices d'offrir une formation plus homogène. Il faut éviter que les préceptées sentent qu'ils seront moins bien entraînés dépendamment avec qui ils seront jumelés. Ils doivent sentir que la qualité d'enseignement et de soutien est la même pour tout le monde.
- Tout à fait, il nous permet de faire de la résolution de problème et d'optimiser nos techniques d'enseignement.
- Oui, ça nous amène des outils pour mieux faire réfléchir les preceptees et nous même lorsqu'on fait des orientations. Ça nous permet de connaître d'autre approche que l'enseignement direct.
- Oui, il permet d'augmenter la qualité du préceptorat et apporte des outils afin

- d'améliorer le contact et les techniques d'enseignement.
- I think it brings a more cohesive/ standardized method of precepting to the ER.
  - Yes, evidence based knowledge, team work, clearer vision, understand others people's views, building of resources for evaluation and references
- 4. At a more personal level, what did the codevelopment group make you realize? / À un niveau plus personnel, qu'est-ce que le groupe de codéveloppement vous a fait réaliser?**
- It made me realize the importance of offering the new candidate the most solid base possible in which to start from as an ER nurse
  - Other colleagues point of views and visions, therefore an understand of colleagues: i.e more acceptance. Finding out which personnel still remain at risk and team effort to support that colleague to improve.
  - Il m'a fait réaliser de façon plus concrète que les attentes que j'ai envers le préceptorat peuvent être très différentes des siennes (approche par problème vs gestion de temps)
  - Il m'a aidé à m'adapter à différentes personnes et de mettre en application de nouvelles façons d'enseigner,( comme l'approche par compétence).
  - Que j'étais sur le droit chemin dans ma façon d'enseigner, mais que je possédais aussi certaines lacunes. En parler pendant les rencontres m'a permis d'être plus structurée, d'avoir des objectifs plus précis, de stimuler la recherche et la curiosité chez le précepté et d'être plus en confiance sur mes qualités de préceptrices.
  - J'ai beaucoup appris de l'expérience des autres. Ça m'a permis de faire de l'introspection face à mes compétences/attentes de préceptrice.
- 5. What has changed in your practice as preceptor and mentor since you're part of the group? / Qu'est-ce qui a changé dans votre pratique en tant que precepteur ou mentor depuis que vous faites partie de ce groupe?**
- Ma façon de questionner le précepté surtout. Opter pour des questions plus ouvertes et stimuler sa curiosité pour qu'il trouve lui-même les réponses.
  - J'encourage beaucoup plus les infirmières à trouver les réponses à leurs questions au lieu de leur donner les réponses sur le champ.
  - Il m'a permis d'offrir un meilleur suivi d'orientation et d'organiser de façon plus efficace l'orientation ; ex : prendre le temps d'établir des objectifs à court terme réalisable lors du début de l'orientation, prendre le temps de revenir sur la journée à la fin de celle-ci.
  - Perhaps it has helps me to be more aware and understanding of the insecurities that exist with each new candidate.
  - More a guider to preceptees then giver of information. More encourager, more patient

**6. Do you have any comments/suggestions to improve the emergency codevelopment group? /Avez-vous des commentaires ou suggestions afin d'améliorer le groupe de codéveloppement de l'urgence?**

- Like the idea that the new people should be incorporated into the team for continued innovation and ideas for growth
- As an experienced ER nurse, my skills and knowledge lag behind many of the new nurses who are being offered all the courses when they begin. Even old nurses need refreshment courses! I think half of our day in the codevelopment group should be spent on refreshing our skills eg: defibrillators, medication reviews, etc.
- Permettre une rotation des personnes qui y participent. Avoir accès à plus d'articles scientifiques ou référence sur les sujets discutés.
- Il serait bien d'intégrer une partie d'enseignement clinique au groupe sur diverses pathologies fréquentes à l'urgence et ainsi travailler sur les stratégies pour les enseigner et faire des simulations régulièrement avec nos collègues pour se mettre à jour ensemble.
- Les rencontres ont besoin d'être régulières, ex : une fois aux six semaines ce qui laisserait aux préceptrices le temps de vivre leurs expériences et ne pas oublier certains événements clés. J'ai apprécié comment avec le temps les séances étaient plus structurées. Je préfère avoir un chef d'équipe qui mène la discussion, que de laisser le groupe décider de lui-même. Les discussions avaient tendance à déroger parfois de leur objectif primaire surtout au début.

**7. What did you like in the concept of the codevelopment group at the emergency? / Qu'est-ce que vous aimez du concept du groupe de codéveloppement à l'urgence?**

- Ça permet de trouver des solutions en groupe à des difficultés communes. On a le sentiment d'appartenir à quelques choses qui nous tient à cœur et de participer à la création de protocoles faits par les infirmières pour les infirmières.
- Le partage d'idées et la résolution de problème. Ça nous aide à voir plus clair.
- Sentiment que notre travail de préceptrice est reconnu et qu'on nous stimule à faire un meilleur travail auprès des preceptees.
- Il permet d'offrir une valorisation et un appui aux orienteurs.
- Building a program together where all players know what is needed from them and providing resources to use as a baseline. There is always improvement to be had.
- Sharing our ideas and solutions.

**8. Any comments or suggestions that you would like to share about your experience in this group. / Des suggestions ou commentaires que vous voudriez partager à propos de votre expérience dans ce groupe?**

- L'expérience m'a permis de m'ouvrir et de m'exprimer plus. D'avoir le sentiment que j'avais une voix et qu'elle était écoutée. Ça m'a permis d'échanger et de mieux connaître les collègues avec qui je travaille. Je crois qu'il faut essayer d'éviter les discussions qui ne contiennent que des lamentations. Les plaintes ne doivent pas déroger des objectifs fixés, d'où l'importance d'une chef de discussion et elles doivent être suivies de suggestions ou de résolutions de problèmes constructives.
- I think i have already answered this before.
- Great experience that I hope continues and grows into the mentorship program.
- Pas de réponse
- Je crois que ça m'a vraiment aidé à être un meilleur précepteur. Mes orientations sont plus constructives. Merci!
- Pas de réponse

