



Université de Montréal

Les caractéristiques, le contexte et les processus d'implantation et de pérennisation  
d'une activité de développement professionnel par une équipe d'infirmières

par

Nathalie Pellerin

Faculté des Sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise des sciences (M. Sc.)  
en sciences infirmières

Juillet, 2015

© Nathalie Pellerin, 2015

Université de Montréal

Ce mémoire intitulé :

Les caractéristiques, le contexte et les processus d'implantation et de pérennisation  
d'une activité de développement professionnel par une équipe d'infirmières

Présenté par :

Nathalie Pellerin

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Louise Boyer, Présidente-rapporteuse

Sylvie Gendron, Membre du jury

Jacinthe Pepin, Directrice de recherche

Caroline Larue, Co-directrice de recherche

## *Résumé*

La mise à jour des connaissances par les infirmières et leur engagement dans un processus continu d'apprentissage est garant de soins de qualité à la population (Nesbitt, 2013; OIIQ, 2011b; Raelin, 2008; Wilson et al., 2015). Au Québec depuis 2012, les infirmières doivent être inscrites à un minimum de 20 heures de formation annuellement (OIIQ, 2011a). Les milieux de soins offrent de la formation souvent ponctuelle. Garcia, Meek, et Wilson (2011) soulignent que l'implantation d'activités pérennes de développement professionnel en milieu de travail demeure un défi.

La présente étude avait pour but de documenter les caractéristiques, le contexte et les processus d'implantation et de pérennisation d'une activité de développement professionnel par une équipe d'infirmières. Il s'agissait d'un club de lecture dans un centre hospitalier universitaire (CHU) d'une grande métropole québécoise. Fondée sur le modèle de Pettigrew et Whipp (1991) *Content, Context, and Process model of strategic change* adapté par Stetler, Ritchie, Rycroft-Malone, Schultz, et Charns (2007), la méthode d'étude de cas a été choisie. Des entrevues individuelles (n=7), des *focus groups* (n=2) et des périodes d'observation (n=2) ont été réalisés afin de décrire les éléments de succès de l'implantation et de la pérennisation de cette activité.

Il résulte comme caractéristique qu'une activité où les infirmières sont engagées et actives est une stratégie gagnante. Le contexte, une équipe de gestionnaires qui valorise la pratique clinique et la pratique fondée sur les résultats probants, soutient la pérennité. Une trajectoire avec des retombées concrètes pour la pratique, les soins aux patients et l'identité professionnelle des participantes est l'élément principal du processus qui contribue à ce que l'activité soit pérenne.

*Mots-clés : développement professionnel, pérennité, implantation, équipe d'infirmières, club de lecture.*

## *Abstract*

The maintaining of knowledge by nurses and their commitment to a continuous improvement process is a guarantee of quality care for the population (Nesbitt, 2012; OIIQ, 2011b; Raelin, 2008; Wilson et al., 2015). Since 2012, Quebec nurses must register for a yearly minimum of 20 hours of continuing education (OIIQ, 2011a). Care centres, such as hospitals, offer specific updates. Garcia, Meek, and Wilson (2011) highlighted that the implementation of perennial professional development activities remains a challenge.

The goal of this study was to document the characteristics, context and process of implementation and sustainability of a professional developmental activity by a team of nurses. It involved a journal club in a university teaching hospital located in a major Quebec metropolitan area. The case study method was chosen and was based on Pettigrew and Whipp (1991) Content, Context, and Process Model of Strategic Change adapted by Stetler, Ritchie, Rycroft-Malone, Schultz, and Charns (2007). Individual interviews (n=7), *focus groups* (n=2), and observation periods (n=2), were realised in order to describe the elements that made the implementation and the sustainability of this activity possible.

The resulting characteristic is that an activity in which nurses are involved and active is a winning strategy. A team of leaders who encourage clinical practice and evidence-based practice is a context that supports sustainability. A trajectory with concrete outcomes on the nursing practice, the patients care and the professional identity of the participants is the principal element of the process which sustains the activity.

*Keywords: Professional development, sustainability, implementation, team of nurses, journal club.*

*Table des matières*

## Table des matières

<i>Résumé</i> .....	iii
<i>Abstract</i> .....	iv
Table des matières .....	v
Liste des tableaux .....	viii
Liste des figures.....	ix
Liste des abréviations .....	x
Dédicace .....	xi
Remerciements .....	xii
<i>Introduction</i> .....	1
<i>Chapitre I : La problématique</i> .....	3
But de l'étude .....	13
Questions de recherche.....	13
<i>Chapitre II : La recension des écrits</i> .....	15
Cadre de référence.....	17
Le développement professionnel.....	24
Le contexte organisationnel.....	36
Les processus d'implantation et de pérennisation d'un changement .....	40
<i>Chapitre III : La méthode</i> .....	47
Devis de recherche .....	47
Sélection du cas .....	48
Description du cas .....	49
Participant <del>es</del> : recrutement, critères de sélection et description.....	<del>56</del> 53
Collecte des données .....	<del>56</del> 56
Gestion des données .....	59
Analyse des données.....	59
Critères de scientificité .....	63
Considérations éthiques.....	65

<i>Chapitre 4 : Les résultats</i> .....	67
Les résultats.....	69
Les caractéristiques : des infirmières engagées et actives.....	71
Le contexte : une équipe réflexive de gestionnaire.....	86
Le processus : une trajectoire avec des retombées concrètes pour la pratique, les soins aux patients et l'identité professionnelle.....	92
<i>Chapitre 5 : Discussion</i> .....	103
Une activité liée à la pratique où les infirmières sont engagées et actives dans leur apprentissage.....	105
Une équipe de gestionnaires qui valorise la pratique clinique et la pratique fondée sur des résultats probants.....	108
Une trajectoire avec des retombées concrètes pour la pratique, les soins aux patients et l'identité professionnelle.....	110
Forces et limites de l'étude.....	113
Suggestions pour les divers milieux.....	116
<i>Conclusion</i> .....	119
<i>Références</i> .....	121
<i>Appendice A : Lettre d'invitation aux participantes</i> .....	130
<i>Appendice B : Formulaire d'information et de consentement</i> .....	132
<i>Appendice C : Formulaire de données sociodémographiques</i> .....	138
<i>Appendice D : Guide d'observation pour les séances de l'activité</i> .....	140
<i>Appendice E : Guide pour les entrevues semi-dirigées avec les gestionnaires</i> .....	141
<i>Appendice F : Guide pour les groupes de discussion avec les infirmières</i> .....	143

## Liste des tableaux

Tableau 1- Acteurs du club de lecture et leur rôle .....	51
Tableau 2- Exemple d'un code avec extraits .....	61
Tableau 3- Regroupement initial des catégories et sous-catégories pour les caractéristiques de l'activité.....	62
Tableau 4 - Synthèse des caractéristiques, du contexte et des processus d'implantation et de pérennité du club de lecture.....	70

## Liste des figures

Figure 1- Modèle de changement stratégique.....	19
---	----

## Liste des abréviations

ANA	American nurses association
CCSI	Conseillère-clinique en soins infirmiers
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CHU	Centre hospitalier universitaire
DEC	Diplôme d'études collégiales
EPTC	Énoncé de politique des trois Conseils
LL	Lifelong learning
OIIQ	Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
WBL	Work-based learning

*À mes parents, pour leurs enseignements et les valeurs transmises.*

*À la vie, pour les défis qu'elle m'apporte.*

## Remerciements

Je remercie ma directrice de recherche, Madame Jacinthe Pepin, ainsi que ma codirectrice, Madame Caroline Larue, pour leur encadrement centré sur mes besoins et le succès de mon projet. L'accompagnement, les commentaires toujours constructifs, le respect et la confiance en mes capacités d'étudiante ont été d'une aide précieuse dans mon apprentissage. Ces deux personnes ont à cœur l'avancée des connaissances infirmières et la réussite de leurs étudiantes.

Merci aux membres du comité d'approbation scientifique, Mesdames Louise Boyer et Sylvie Gendron, pour leurs commentaires constructifs et leurs suggestions judicieuses.

Je remercie les participantes à cette étude sans qui ce projet n'aurait jamais vu le jour. Un merci particulier à l'adjointe à la directrice des soins infirmiers volet enseignement et recherche ainsi qu'à l'établissement qui a accepté mon projet pour leur contribution financière et leur soutien organisationnel dans ce projet.

Un merci à mes enfants (Sébastien et Alexandre), ma famille, ma belle-famille et mes ami(e)s pour leurs encouragements et la confiance en mes capacités à des moments où j'en doutais. Votre soutien a été des plus précieux, et ce, peu importe la forme qu'il a pris.

Finalement, à André mon mari, merci du soutien démontré dans les hauts et les bas d'un tel projet et d'avoir toujours cru en mes capacités. Tu as été un coéquipier précieux.

## *Introduction*

Depuis 2012, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ] exige de ses membres de participer à des activités de formation continue d'une durée minimale de 20 heures annuellement afin de conserver leur droit de pratique. Le développement professionnel chez les infirmières est important puisque les connaissances se développent de manière exponentielle et que de nombreuses avancées technologiques modifient rapidement les activités cliniques en milieux de soins, ce qui nécessite une mise à jour régulière.

Les infirmières souhaitent que leurs apprentissages soient en lien avec leur pratique et rejoignent ce qu'elles vivent au quotidien (Estabrooks, Chong, Brigidear, & Profetto-McGrath, 2005). Nos observations de certaines organisations nous amènent à constater que les formations offertes sont souvent générales plutôt que spécifiques. Ces formations sont plus souvent en lien avec les besoins du milieu, par exemple un nouvel appareillage, plutôt que ceux du développement professionnel des infirmières.

Par ailleurs plusieurs projets de développement professionnel voient le jour dans les centres hospitaliers mais peu sont documentés et deviennent pérennes. Le projet de documenter comment une activité de développement professionnel chez les infirmières est implanté et devenu pérenne malgré les obstacles rencontrés, est apparu essentiel.

En effet, les théories sur l'apprentissage en milieu de travail portent à croire que les infirmières, et leur clientèle, bénéficieraient d'un développement professionnel malgré les contraintes en milieu de soins au Québec.

## ***Chapitre 1 : La problématique***

La position qu'a prise l'OIIQ sur la formation continue oblige, les infirmières québécoises depuis janvier 2012, à faire annuellement un minimum de 20 heures de formation continue (OIIQ, 2011a). Dans son document sur la norme professionnelle de formation continue, l'OIIQ explique que la formation initiale ne permet plus aux infirmières d'acquérir les connaissances nécessaires pour pratiquer durant toute leur vie professionnelle. Ainsi, elles doivent continuer d'apprendre tout au long de leur carrière afin de donner des soins sécuritaires et de qualité à la population. Pour l'OIIQ, « il est important de promouvoir une culture de formation continue chez les infirmières » (2011 b, p.3). Même si cette norme oblige les infirmières à s'inscrire à des activités de formation continue, plusieurs autres changements soutiennent, dans les milieux de la santé, l'idée de développement professionnel pour les infirmières. L'idée de développement professionnel, plutôt que formation continue, est intéressante puisqu'elle soutient selon *l'American Nurses Association* [ANA] (2011) que « c'est un processus actif de participation des infirmières dans des activités qui contribuent au développement et au maintien de leur compétence en enrichissant leur pratique professionnelle » Traduction libre (<http://ananursece.healthstream.com/>).

Certains auteurs soutiennent que les professionnels de la santé doivent maintenir leurs connaissances à jour afin de donner des soins sécuritaires et compétents à la population (Griscti & Jacono, 2006; Jantzen, 2008; Pool, Poell, & ten Cate, 2013). Pour cela, il est important que les infirmières soient au fait des meilleures pratiques.

Plusieurs raisons expliquent ce besoin de développement professionnel chez les infirmières; les pathologies multiples et chroniques chez les patients, la réorganisation des unités de soins et des équipes de travail, les environnements de soins utilisant des technologies de plus en plus complexes, l'évolution des connaissances dans le domaine de la santé et les nouveaux rôles infirmiers qui changent la pratique au quotidien des infirmières justifient l'idée de développement professionnel chez les infirmières (OIIQ, 2011b; Williams, 2010). Griscti et Jacono (2006) expliquent, à l'aide d'une revue des écrits sur l'efficacité des programmes de développement professionnel, que le but premier de la formation continue devrait être d'encourager les infirmières à devenir des apprenantes tout au long de leur carrière (*lifelong learner*), un aspect aussi soutenu par l'OIIQ (OIIQ, 2011b). Plusieurs auteurs maintiennent, par ailleurs, que la clé à des soins sécuritaires et de qualité se trouve dans la participation active des infirmières à des activités de développement professionnel (Canadian Nurses Association, 2000; OIIQ, 2011b; Santos, 2012; Williams, 2010).

La plupart des infirmières participent à des activités de développement professionnel. En 2010-2011, 79,4 % des infirmières du Québec exerçant la profession déclaraient avoir participé à des activités de développement professionnel (OIIQ, 2011b). Par contre, nos observations dans les hôpitaux laissent entrevoir que les formations offertes aux infirmières, dans ces milieux, se limitent souvent à des sessions d'information lors d'un changement d'appareillage ou d'un nouveau procédé de soins. Ces formations prennent diverses formes, mais sont le plus souvent ponctuelles et sporadiques et elles dépendent de divers facteurs contextuels et organisationnels. Ainsi, même si le développement professionnel est recommandé, voire obligatoire, selon

plusieurs associations professionnelles d'infirmières, l'implantation d'activités pérennes d'apprentissage en milieu de travail demeure un défi pour les organisations de santé (Garcia, Meek, et Wilson, 2011).

Suite à une revue des écrits sur la pérennité des nouveaux programmes de pratique basée sur les résultats probants dans les organisations de santé, Wiltsey Stirman et al. (2012) évoquent que la plupart des études ont peu défini le concept de pérennité, mais avaient comme critère que l'activité devait perdurer deux ans ou plus suivant l'implantation initiale. Des 125 études retenues pour cette recension, seulement neuf étaient des interventions éducationnelles et c'était auprès des patients et non pas du personnel soignant, suggérant que peu de recherches sont disponibles sur la pérennité des activités de développement professionnel chez les infirmières.

La difficulté à définir la pérennité est que cette dernière demeure un aspect peu documenté dans les recherches puisque cela demande des recherches longitudinales qui sont souvent coûteuses (Martin, Weaver, Currie, Finn, & McDonald, 2012). Ces auteurs suggèrent que la pérennité est un processus continu, sans fin, qui requiert un effort constant et ne doit jamais être tenu pour acquis. Alors que des études documentent l'implantation de stratégies de développement professionnel chez les infirmières (Stetler, Ritchie, Rycroft-Malone, Schultz, & Charns, 2009) ou de stratégies pour faciliter l'apprentissage dans la pratique (McCormack et al., 2009), peu d'entre elles décrivent comment ces activités ont été mises en place pour que le groupe d'infirmières y participant persévère et en fasse une pratique pérenne.

Martin et al. (2012) suggèrent que, bien que des facteurs soient identifiés comme étant favorables à l'implantation d'un changement, il peut en être autrement lorsque vient le temps d'en soutenir la pérennité. Alors que l'implantation initiale est portée par un besoin de changement, la pérennisation demande une flexibilité et une capacité d'adaptation dans le temps. Entre autres, pour ces auteurs, l'enthousiasme et l'effort constant, la collaboration interprofessionnelle et les différentes formes et niveaux de leadership sont des enjeux importants lorsque l'on étudie la pérennité, surtout dans un contexte complexe et changeant comme les organisations de santé (Martin et al., 2012).

Certains milieux ont réussi à implanter des activités de développement professionnel, et ce, de façon pérenne. À notre connaissance, ces activités ont été peu documentées au Québec. Nous tenterons donc de documenter une activité de développement professionnel en milieu de pratique chez un groupe d'infirmières et qui perdure dans le temps.

À l'aide d'une revue critique des écrits, Williams (2010) met en évidence les éléments essentiels à prendre en compte lorsque l'on songe à implanter en milieu de santé des activités d'apprentissage pour les infirmières. L'auteure suggère d'utiliser trois processus impliqués dans le *work based learning*, comme stratégie éducative : apprentissage dans l'action; apprentissage comme activité collective; développement d'une aptitude à apprendre et à questionner sa pratique. Pour les infirmières, cela signifie d'être engagées et responsables d'apprendre dans leur pratique. Pour les infirmières gestionnaires, cela signifie de collaborer avec les infirmières afin qu'elles-mêmes identifient ou créent des formations adaptées à leurs besoins et deviennent des facilitatrices de la formation en soutenant une activité collective. Pour les organisations,

cela signifie de valoriser ces changements et de s'assurer que des ressources adéquates soient allouées au développement professionnel, comme le temps et la présence de personnes-facilitatrices expérimentées (Williams, 2010).

De son côté, Jantzen (2008) documente ce que les infirmières identifient comme étant des situations d'apprentissage en milieu de travail. Elle note d'abord que les infirmières soignantes rencontrent des barrières au maintien de leurs compétences; l'horaire de travail variable et la pertinence de certaines formations peuvent parfois les décourager. Jantzen (2008) suggère que les formatrices orientent leurs stratégies d'apprentissage vers la facilitation d'activités de réflexion et d'échange sur les situations vécues et contribuent à créer une culture où apprendre de sa propre expérience, de celle des autres et de celles des patients est valorisée et soutenue. Cette idée de facilitation de la réflexion et de partage avec les collègues est aussi soutenue par Estabrooks et al. (2005) qui ont recensé les sources de connaissances les plus utilisées par des infirmières de différentes unités de soins de deux régions canadiennes. Plus près de nous, au Québec, Larue, Dubois, Girard, Goudreau, et Dumont (2013), qui ont décrit les stratégies d'apprentissage utilisées, par les nouvelles infirmières diplômées, pour développer leur raisonnement et leur leadership clinique, ont trouvé qu'elles apprennent principalement par l'expérience et en échangeant avec leurs collègues ou personnes ressources sur des situations cliniques qu'elles rencontrent.

Il existe quelques études permettant d'identifier des caractéristiques communes d'activités de développement professionnel des infirmières dans leur milieu et qui semblent favoriser une amélioration de la qualité des soins (Manley, Titchen, & Hardy, 2009; McCormack, Wright, Dewar, Harvey, & Ballantine, 2007; Raelin, 2008). Parmi

ces caractéristiques, il y a notamment 1) la présence d'un facilitateur lors des activités de formation ainsi que 2) l'incitation à mettre en commun ses réflexions durant l'activité de formation (Benner, Tanner, & Chesla, 2009; Flanagan, Baldwin, & Clarke, 2001; Gopee, 2005; Kemp, Rooks, & Mess, 2009; Manley et al., 2009; McCormack et al., 2009; Webster-Wright, 2009). La première caractéristique suggère que le facilitateur est vu comme étant le leader ou initiateur, mais aussi comme celui qui aidera les participantes à rendre leurs apprentissages significatifs et qui guidera la discussion (McCormack et al., 2009; Raelin, 2008). Ces mêmes auteurs ajoutent que le facilitateur contribue par ses habiletés professionnelles et personnelles, à motiver les gens à participer et à s'impliquer. Manley et al. (2009) vont jusqu'à dire que le facilitateur joue un rôle pivot pour aider l'intégration des apprentissages en contexte de travail.

La deuxième caractéristique mentionnée est la présence de réflexion lors des activités. Selon Benner et al. (2009), la capacité de l'infirmière à questionner sa pratique ainsi que le partage de récits narratifs en groupe contribuent au développement et à la consolidation des connaissances. L'implantation dans les milieux de soins d'activités d'apprentissage de façon régulière, dans lesquelles il y a un échange chez les participantes semble donc promouvoir le développement professionnel.

Parmi les stratégies de développement professionnel qui existent en milieu de pratique, dans le but de soutenir le développement et l'enrichissement des compétences chez les infirmières, notons entre autres, les clubs de lecture (St. Pierre, 2005; Staveski, Leong, Graham, Pu, & Roth, 2012), les groupes ou communautés de pratique (Overton, Kelly, McCalister, Jones, & MacVicar, 2009; Timmermans, Van Linge, Van Petegem,

Van Rompaey, & Denekens, 2013), la pratique réflexive (Platzer, Blake, & Ashford, 2008) et les discussions de cas (Walsh, Moss, Lawless, McKelvie, & Duncan, 2008).

Le besoin d'implanter des activités de développement professionnel en milieu de pratique pour les infirmières du Québec a été identifié et les stratégies pouvant être utilisées sont connues. Ainsi, les écrits suggèrent d'impliquer les infirmières dans leur apprentissage par des stratégies actives en groupe, où un facilitateur les amène à réfléchir et à se questionner sur leur pratique afin que ce soit significatif pour leur développement professionnel. Alors que les activités de développement professionnel s'implantent graduellement, certaines barrières sont présentes et peuvent avoir un impact sur la participation des infirmières et sur la pérennité de telles activités. Dans une revue des écrits sur la pérennité du changement organisationnel, Buchanan et al. (2005) identifient peu d'études sur la pérennité et mentionnent la nécessité de mener des recherches longitudinales. Selon eux, jusqu'à présent, « la pérennité est vue comme un problème à résoudre plutôt qu'un idéal à atteindre » (Buchanan et al., 2005, traduction libre, p. 190). Les auteurs identifient deux menaces à la pérennité : 1) des événements externes qui amènent, par exemple, le gestionnaire à ne pas appliquer ce qui est décidé et 2) le manque de continuité dans le leadership, tel que le départ de la personne initiant le changement.

Buchanan et al. (2005) ont tenté d'expliquer pourquoi un changement perdure dans une organisation, alors qu'ailleurs, il se détériore. Bien qu'au terme de leur recension, ils identifient 11 facteurs influençant la pérennité, ils concluent en spécifiant que le processus de pérennisation est complexe et multidimensionnel (Buchanan et al., 2005). Pour d'autres auteurs, le contexte de travail, où l'apprentissage est valorisé,

favorise la mise en application par les infirmières de nouvelles connaissances dans leur pratique (McCormack et al., 2002; Rycroft-Malone, 2004). Quant à eux, Griscti et Jacono (2006) suggèrent, suite à une revue des écrits sur l'efficacité des programmes de développement professionnel, qu'afin d'améliorer l'impact de ces formations sur la pratique des infirmières, ces dernières devraient jouer un rôle plus participatif et un effort devrait être mis sur des formations réalistes et accessibles pour les infirmières.

Alors que la norme de formation continue est une nouveauté pour les infirmières au Québec et que les écrits guident vers un apprentissage dans l'action afin de soutenir la mise en application de savoirs dans la pratique (Williams, 2010), il semble pertinent de documenter les caractéristiques d'une activité régulière de développement professionnel qui perdure depuis au moins deux ans et qui a donc été implantée ou plutôt adoptée par un groupe d'infirmières dans leur milieu de travail. Johnson, Hays, Center, et Daley (2004) suggèrent une définition intéressante de la pérennité. Selon eux, il s'agit d'« un processus par lequel un programme ou un changement peut être intégré dans les activités régulières afin que les utilisateurs en bénéficient » (Traduction libre, p. 137). Cette définition découle des trois critères suggérés par Shediak-Rizkallah et Bone (1985) cités par Johnson et al. (2004) sur la pérennité : 1) maintien des bénéfices pour les utilisateurs tout au long du programme 2) continuité d'un programme dans une organisation et 3) autonomie des participants à continuer le programme implanté. Ceci nous amène à définir la pérennisation dans notre étude, comme étant l'intégration d'une activité de développement professionnel dans la pratique régulière des infirmières.

Dans leur revue des écrits sur l'implantation d'innovations dans les systèmes de santé, Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, et Kyriakidou (2004) suggèrent

« d’orienter les recherches futures sur les éléments qui constituent un succès dans un contexte défini plutôt que d’évaluer l’efficacité d’une intervention » (traduction libre, p.615). Ces auteurs définissent le terme d’innovation comme un changement implanté suivant une planification et des actions coordonnées. Ils ajoutent que la description des processus par lesquels l’organisation a implanté et soutenu l’innovation, en y décrivant de façon exhaustive le contexte, devrait être le centre d’intérêt de recherches futures pour comprendre la pérennisation. Wiltsey Stirman et al. (2012) appuient cette idée et une de leurs recommandations est d’étudier les éléments qui ont une influence sur la pérennité, par exemple les éléments du contexte (leadership, culture) ou les processus qui peuvent servir de protection ou compenser pour certains facteurs absents dans la pérennisation d’un changement. À ce jour, il ne semble pas y avoir d’études qui ont examiné ce qui soutient la pérennité d’une activité de développement professionnel chez les infirmières en contexte québécois.

À l’instar d’autres études en sciences infirmières, dont celle de Stetler, Ritchie, Rycroft-Malone, Schultz, et Charns (2007), le cadre de référence guidant la présente recherche est le *Content, Context and Process Model of Strategic Change* de Pettigrew et Whipp (1991) adapté par Stetler et al. (2007). Ce modèle initialement utilisé pour comprendre les changements stratégiques dans le secteur privé fût par la suite adapté et appliqué aux organisations de santé (Pettigrew, Ferlie, & McKee, 1992). Il a aussi été utilisé dans plusieurs études de cas surtout sur l’implantation de nouveaux programmes dans le domaine de la santé (Löfgren, Hansson, Øvretveit, & Brommels, 2012; Sandahl et al., 2013; Stetler et al., 2009).

Ce modèle comporte trois dimensions soit les caractéristiques, le contexte et le processus d'un changement stratégique. Les caractéristiques du changement comprennent des éléments tels que le type d'activité, le lieu, les ressources et les participants ainsi que les activités afin d'améliorer ou de soutenir l'implantation et sa pérennisation. Le contexte comprend deux aspects, soit l'interne incluant l'organisation et la culture, mais aussi l'externe qui est la demande des utilisateurs du service, le comportement des concurrents et les conditions économiques en place pour implanter et pérenniser ce changement. Ce contexte influence positivement ou négativement l'implantation et la pérennisation d'un changement dans une organisation. Enfin, le processus renvoie à la façon dont le changement a été implanté et quels sont les résultats à court et moyen terme. Dans la présente étude, l'implantation et la pérennisation, par un groupe d'infirmières, d'une activité de développement professionnel en milieu de pratique sera le changement examiné.

### **But de l'étude**

Le but de l'étude était de documenter les caractéristiques, le contexte et les processus d'implantation et de pérennisation d'une activité de développement professionnel par une équipe d'infirmières.

### **Questions de recherche**

- Quelles sont les caractéristiques de l'activité de développement professionnel implantée par une équipe d'infirmières?
- Quel est le contexte favorisant l'implantation et la pérennisation d'une activité de développement professionnel par une équipe d'infirmières?

- Quels sont les processus qui ont mené à l'implantation et la pérennisation d'une activité de développement professionnel par une équipe d'infirmières?

La documentation de l'implantation et de la pérennisation d'une activité de développement professionnel semble une avenue intéressante pour faire connaître les éléments qui ont fait que l'histoire de ce groupe est un succès. D'autres milieux pourront ensuite s'en inspirer et implanter leur propre activité de développement de pratique professionnelle. Le développement professionnel des infirmières est un élément important pour assurer la sécurité des patients et la qualité des soins (OIIQ, 2011b). Dans un environnement où les ressources pour la formation en milieu de pratique sont rares, le fait de documenter comment un milieu a réussi à implanter une activité de développement professionnel pérenne avec leurs infirmières peut s'avérer utile pour les organisations et encourageant pour les infirmières qui débudent le processus d'implantation d'activités de développement professionnel.

## ***Chapitre II : La recension des écrits***

La recension des écrits étant guidée par le cadre de référence, celui-ci sera présenté en début de chapitre afin de bien situer les dimensions importantes à expliquer pour documenter le processus de pérennisation de l'activité de développement professionnel. Nous aborderons par la suite les écrits empiriques sur le développement professionnel. Cette section comprendra une description, selon le cadre de référence choisi, des caractéristiques d'une activité de développement professionnel (*content*), du contexte organisationnel (*context*), incluant ses éléments facilitants et contraignants et finalement les écrits sur le processus d'implantation et de pérennisation d'un changement (*process*).

Pour la recension des écrits, la recherche d'articles a été réalisée à l'aide des bases de données suivantes : *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), MEDLINE, *Education Resource Information Center* (ERIC) et PsychInfo de 2005 à 2015. Les mots-clés suivants ont été ciblés et combinés : *lifelong learning, continuing education, practice development, work-based learning, nursing, reflective practice, professional learning, barriers and facilitators, active learning, action learning, innovation, implementation, evidence-based practice, organisationnal change, innovation, sustainability, nursing practice environnement* et *nurse education*. Les articles retenus à la lecture des résumés devaient présenter des résultats de recherche, inclure les infirmières en milieu de travail et non pas des étudiantes, abordaient l'apprentissage en groupe, définissaient les concepts à l'étude ou étaient des revues systématiques des écrits sur le sujet. Une lecture approfondie des articles retenus (n=36) et de certains articles primaires (n=5) cités dans les revues systématiques a aidé la

sélection finale pour cette recherche. Les revues suivantes : *Nurse Education Today*, *Journal of Continuing Education in Nursing* et *Journal for Nurses in Staff Development* furent furetéés de façon manuelle permettant l'identification d'articles ou de cadres théoriques pertinents supplémentaires pour le projet (n=8).

Les recherches qui répondaient aux critères mentionnés plus haut ont été menées principalement selon une approche qualitative descriptive et visaient à comprendre, décrire ou identifier des éléments essentiels à l'implantation et la pérennisation d'une activité de développement professionnel; certaines ont utilisé l'étude de cas comme devis. Par contre, l'utilisation d'une terminologie homogène et une définition plus claire des concepts dans les différentes études auraient été souhaitées. En effet, les termes adoption ou institutionnalisation était souvent utilisés pour représenter la pérennisation, et les mots innovation ou nouveaux programmes étaient utilisés pour représenter le changement. Les recherches retenues ont néanmoins permis d'identifier les critères de sélection du cas, en particulier le type d'activité de développement professionnel à étudier.

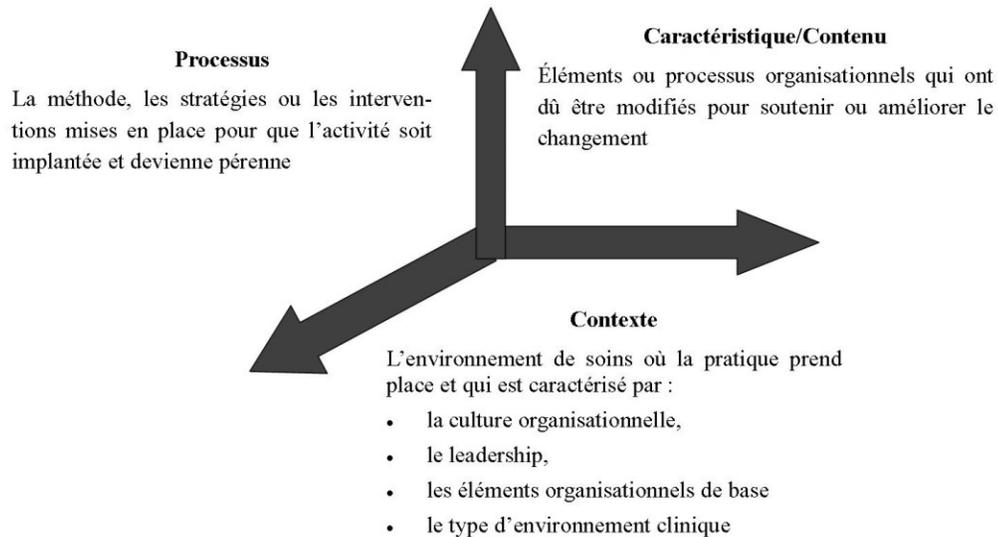
### **Cadre de référence**

Divers cadres de référence ont été examinés, entre autres, ceux de Johnson et al. (2004) et de Pluye, Potvin, Denis, et Pelletier (2004), mais ne furent pas retenus comme cadre pour notre étude. Ces cadres, bien qu'étant adaptés pour l'étude de la pérennisation de programme mettent l'accent sur le degré d'atteinte de la pérennité ou la planification de celle-ci. Puisque nous voulons documenter ce qui a fait qu'une activité de développement professionnel s'est implantée et est devenue pérenne, la présente

étude sera fondée sur le modèle de Pettigrew et Whipp (1991) intitulé *Content, Context, and Process Model of Strategic Change* adapté par Stetler et al. (2007). Ce cadre a été adapté en sciences infirmières par Stetler et al. (2007), pour étudier les dimensions qui contribuent à implanter et à pérenniser une pratique basée sur les résultats probants dans les milieux cliniques. Il permet de comprendre de façon systémique, à l'aide de trois dimensions, soit le contenu (caractéristiques), le contexte et le processus, la gestion du changement dans une organisation. Pettigrew et Whipp (1991) soulignent qu'il y a une interaction entre ces trois dimensions. La présence de chevauchement entre les trois dimensions inhérente au modèle peut quelques fois être source de confusion. Stetler et al. (2007) expliquent que chaque utilisateur de ce modèle peut interpréter les dimensions de façon différente selon le but recherché de l'étude.

Pour ces auteurs, un changement réussi est le résultat de l'interaction entre l'activité que l'on veut implanter (contenu), le processus (*process*) par lequel on amorce le changement et le pérennise et le contexte (*context*) où le changement aura lieu. Ce modèle guidera la collecte et l'analyse des données.

**Figure 1 : Modèle adapté de changement stratégique selon Stetler et al. (2007, 2009)**



Les trois dimensions du modèle de changement stratégique de Pettigrew & Whipp (1991)  
adapté par Stetler et al. (2007, 2009) traduction libre Nathalie Pellerin (2014).

Ce modèle, d'abord créé à partir d'études de cas comparatives dans les secteurs manufacturiers (Pettigrew & Whipp, 1991), a été utilisé pour examiner le processus de changement dans les milieux de santé britanniques (Pettigrew et al., 1992). À l'aide d'une étude de cas comparative, Pettigrew et ses collaborateurs ont examiné 16 organisations de santé et concluent qu'il y a des contextes qui sont plus réceptifs permettant l'implantation et la pérennisation d'un changement. Les résultats de leur étude de cas aident à expliquer les facteurs qui sont présents et à comprendre les organisations chez qui l'implantation d'un changement fût un succès. Ce modèle est utilisé la plupart du temps dans des études de cas (comparatives) ajoutant à la pertinence

de l'utiliser pour notre étude, que nous souhaitons mener selon la méthode d'étude de cas. La figure 1 présentée plus haut représente le modèle de changement stratégique tel qu'illustré par Pettigrew et Whipp (1991) et adapté pour les sciences infirmières par Stetler et al. en 2007. Nous en décrivons les trois dimensions : contenu (caractéristiques), contexte et processus.

La première dimension réfère aux caractéristiques (*content*) du changement. Elle comprend le « quoi » du changement, soit les objectifs, la cible et les buts, les éléments tels que le type d'activité, le lieu, les ressources et les participants ainsi que les activités mises en place afin d'améliorer ou de soutenir l'implantation et sa pérennisation. Pour Pettigrew et Whipp (1991), il faut bien définir, dès le départ, l'objectif que l'on se fixe, clarifier la cible du changement et le but à atteindre. Pour ce faire, il faut commencer par évaluer le but et les idées de départ pour implanter le changement et se poser la question suivante : est-ce que les changements correspondent au besoin du milieu et sont réalistes et réalisables? Stetler et al. (2007) caractérisent cette dimension par les éléments organisationnels ou les processus dans le système qui ont dû être modifiés de façon à soutenir le changement. Pour notre étude, nous définissons les caractéristiques par le type d'activité choisie et les caractéristiques des participantes à l'activité.

La deuxième dimension est le contexte (*context*), soit l'environnement dans lequel le changement est implanté. Il comprend le contexte interne et externe. Le contexte interne est caractérisé par la structure et la culture organisationnelle, le leadership et les gestionnaires en place, les ressources internes, le type d'unité de soins. Le contexte externe inclut les éléments plus larges qui configurent une organisation tels que l'environnement économique, légal, politique et social dans lequel cette organisation

opère. Ces deux contextes sont reliés, si le contexte externe change le contexte interne sera transformé en conséquence. Stetler et al. (2007) ne font pas cette distinction entre l'externe et l'interne, elles définissent le contexte comme « l'environnement de soins dans lequel la pratique prend place et qui est caractérisé par la culture organisationnelle, le leadership et le type de milieu clinique » (Stetler et al., 2007, traduction libre, p.3). Dans notre étude, le contexte est défini par le milieu de soins, sa culture, ses gestionnaires et le type de milieu clinique.

Et, finalement, la dimension processus (*process*) est définie par Pettigrew et Whipp (1991) comme étant les processus d'implantation et de pérennisation pour réussir un changement : la méthode, les stratégies et les interventions mises en place, par lesquels le programme a été intégré à la pratique et la pérennité de ce programme. Stetler et al. (2007) reprennent de façon littérale cette définition. Cette troisième dimension amène à regarder la méthode, les stratégies ou les interventions mises en place pour que l'activité soit implantée avec succès et donc devienne pérenne. Le processus comprend le processus du changement, la formulation du projet, son implantation et les stratégies utilisées pour soutenir la pérennité (Pettigrew et Whipp, 1991; Stetler et al., 2007). Notre étude examinera le processus par lequel l'activité a été implantée et est devenue pérenne.

Alors que des écrits mettent l'accent sur le leader (facilitateur) comme étant un acteur clé dans le succès de l'implantation d'un changement dans une organisation (Buchanan et al., 2005; Greenhalgh et al., 2004), le cadre de Pettigrew et Whipp (1991) adapté par Stetler et al. (2007) explique que les trois dimensions interagissent non pas de façon linéaire, mais plutôt de façon systémique. Ce cadre illustré dans la figure 1, permet, dans notre étude, d'identifier de façon approfondie les éléments liés aux

caractéristiques, au contexte et aux processus présents lors de l'implantation et de la pérennisation d'une activité de développement professionnel chez un groupe d'infirmières.

Afin qu'un changement perdure dans le temps, il existe des conditions gagnantes présentes dans le contexte des organisations étudiées et qui favorisent le succès d'une telle activité. Ces conditions ont été précisées par Pettigrew et al. (1992), comme des signes de réceptivité au changement, qui peuvent être liés à l'une ou l'autre des trois dimensions décrites. Ces signes de réceptivité sont une combinaison interreliée qui permet d'expliquer la pérennité d'un changement. D'ailleurs Stetler et al. (2009), dans leur étude sur l'implantation et la pérennisation de la pratique basée sur les résultats probants, reprennent ces signes pour identifier les éléments du contexte qui contribue au succès.

Les prochains paragraphes présentent ces signes et n'ont pas d'ordre précis, puisque selon l'environnement étudié, ils peuvent être un facteur plus ou moins important (Pettigrew et al., 1992). Un des signes de réceptivité est la qualité et la cohérence des règles organisationnelles. Lorsqu'un changement doit être implanté, il ne suffit pas d'avoir un but et des politiques écrites, il importe de se préoccuper de la faisabilité et de la possibilité d'implanter ce changement spécifique. Un autre signe d'un contexte réceptif au changement est la gestion en équipe plutôt qu'une gestion hiérarchique. Est-ce une seule personne qui soutient le projet ou tous se sentent-ils impliqués? Pettigrew et al. (1992) expliquent que lorsque plusieurs personnes sont responsables du projet, ce dernier a plus de chance de continuer dans le temps. La pression de l'environnement externe peut aussi influencer l'implantation et la

pérennisation. À titre d'exemple, des coupes budgétaires, un manque de personnel ou une priorité différente dans l'environnement organisationnel ou politique sont des facteurs qui ont un impact sur la réceptivité d'un milieu à maintenir un changement.

Une culture organisationnelle soutenant le changement est un signe de réceptivité, mais difficile à évaluer selon Pettigrew et al. (1992), puisque la culture se reflète non seulement dans les valeurs de chaque individu, mais aussi dans les décisions des gestionnaires, ce qui peut être une barrière invisible au changement. Des relations harmonieuses entre les gestionnaires et leur personnel sont un autre signe. Il est important pour les gestionnaires de comprendre ce que le personnel trouve important et l'inverse est aussi nécessaire. Des liens de communication doivent aussi exister entre les gestionnaires de l'organisation et les autres organismes gouvernementaux qui ont un impact sur les décisions telles que l'allocation des budgets, des ressources, etc. Un autre signe est que les gestionnaires, qui ont des priorités simples et claires et qui persistent dans la poursuite de leurs objectifs, sont plus prédisposés à réussir un changement. Finalement, il faut une coordination entre le calendrier d'implantation, les facteurs présents au niveau local et l'environnement dans lequel le changement est implanté puisque s'il y a une différence, cela pourrait influencer les efforts déployés pour le changement (Pettigrew et al., 1992).

Ce modèle est pertinent pour notre étude puisqu'il a guidé la formulation des questions de recherche. Le guide d'entrevues a été organisé selon les trois dimensions. Le cadre de Pettigrew et Whipp (1991) a été employé dans d'autres recherches portant sur l'implantation et la pérennisation d'un changement dans des centres hospitaliers (Löfgren et al., 2012; Sandahl et al., 2013; Stetler et al., 2009). Il permettra de décrire en

profondeur les éléments du cas qui ont fait que l'activité soit implantée et devienne pérenne afin de permettre à d'autres chercheurs de transférer les similarités à leur milieu.

Puisque notre étude documentera une activité de développement professionnel avec des infirmières dans leur milieu et que les écrits recensés ont divers termes pour le développement professionnel, la prochaine section examinera les différentes définitions utilisées pour le développement professionnel dans les écrits.

### **Le développement professionnel**

Les expressions *practice development*, *work-based learning*, *lifelong learning* et *action learning* décrivent le processus de développement professionnel visant à favoriser l'apprentissage dans la pratique. Ces termes sont fréquemment rencontrés dans les écrits qui examinent le développement professionnel chez les infirmières. Même s'ils utilisent des expressions différentes, les écrits ont en commun : l'apprentissage dans l'action, à travers des situations liées à la pratique, où il y a partage de réflexion. Ces points communs ont servi à choisir une activité de développement professionnel pour cette étude et à définir ce qu'on entend ici par développement professionnel.

Mc Cormack et al. (2009) ont utilisé le terme *practice development* pour référer à la mise en place d'un programme d'apprentissage dans l'action dans un centre hospitalier d'Irlande. Le concept *practice development* provient des sciences de l'éducation, en particulier de l'andragogie; et est plus souvent utilisé en référence à la structuration des programmes de formation plutôt que pour comprendre l'expérience d'apprentissage des participants (Webster-Wright, 2009). McCormack et al. (2009) ont structuré leur programme de formation pour implanter la pratique infirmière centrée sur

le patient dans des centres de soins de longue durée. Il en résulte plusieurs éléments dans le choix des activités qui facilitent la mise en place d'activités de développement professionnel : développement d'une vision commune, l'apprentissage dans l'action, la réflexion structurée et le développement d'habiletés de facilitateur.

Le développement professionnel est aussi associé au concept d'apprentissage en milieu de travail « *work-based learning* ». Le *work-based learning* (WBL) a deux influences théoriques : les théories de l'apprentissage et les théories socioculturelles (Manley et al, 2009). Les premières expliquent l'apprentissage par l'expérience à l'âge adulte, tandis que les théories socioculturelles aident à comprendre la façon dont les adultes apprennent et construisent leurs connaissances en contexte de milieu de travail.

Le processus de réflexion et l'apprentissage dans l'action sont les éléments centraux du WBL (Raelin, 2008). Pour certains, ces deux éléments semblent une avenue intéressante qui se retrouve au cœur du développement professionnel des infirmières (Flanagan et al., 2001; Manley et al., 2009; McCormack et al., 2009).

Les études ayant utilisé le concept de « *work-based learning* » en sciences infirmières sont nombreuses. Williams (2010) a fait une recension des écrits afin de comprendre les éléments essentiels du *work-based learning* et la pertinence pour la pratique clinique. Cette recension des écrits met en évidence le besoin d'une culture organisationnelle d'apprentissage mise en place par les gestionnaires et la présence de facilitateurs qui soutiennent les apprentissages du personnel, soit dans leur réflexion ou dans l'implantation des changements dans leur pratique.

Marshall (2012) explore à l'aide d'études de cas (n=6), les effets de l'implantation d'un module d'apprentissage, de type WBL, chez un groupe de sages-femmes australiennes (n=12), mais ajoute aussi la perception de leur superviseur (n=12), de leurs gestionnaires (n=12) et de leurs collègues (n=28). Cette auteure souligne que ce type de module a eu un impact au niveau du développement personnel et professionnel des participantes. En plus de ces effets positifs; le module a contribué à améliorer leur pratique en augmentant leur confiance, leur crédibilité et leur reconnaissance en tant qu'expertes, et a ainsi permis à certaines d'obtenir une promotion. Enfin, le module a servi de catalyseur pour les autres sages-femmes qui ont vu le potentiel de ce type d'apprentissage pour leur propre pratique.

Kemp et al. (2009) ont documenté, à l'aide d'entrevues et de journaux réflexifs, le processus d'un groupe d'infirmières (n=13) ayant pris part à un programme d'activités structurées, basé sur le WBL, qui avait pour but d'améliorer leurs habiletés cliniques principalement axées sur la communication avec les patients. Au départ, six journées de formation ont été offertes et incluaient des notions théoriques et pratiques jumelées à un journal réflexif. Six semaines plus tard s'ajoutait une journée d'évaluation formative afin de consolider les nouvelles habiletés dans la pratique. Les participantes ont identifié une amélioration de leurs habiletés de communication, le développement de qualités personnelles et ont aussi mentionné être satisfaites des stratégies actives priorisées pour ce programme. D'autres bénéfices relevés sont encore plus intéressants, puisqu'ils renvoient à une influence directe sur la pratique quotidienne : une meilleure documentation de leurs soins, davantage de temps de qualité passé avec les patients,

l'utilisation des tournées de façon plus efficace et l'amélioration de la cohésion dans l'équipe (Kemp et al., 2009).

Ces deux études mentionnent des aspects importants du développement professionnel. Même si les formations étaient structurées, il y avait un espace pour échanger sur la pratique et les participantes évoquaient une amélioration au-delà de la simple acquisition de connaissances théoriques, par une capacité à mobiliser les connaissances pertinentes, au bon moment, dans la pratique. Les auteurs font état d'une description riche des résultats obtenus et la formation offerte est détaillée permettant une compréhension plus approfondie des étapes choisies par les auteurs.

De son côté, le concept de *lifelong learning* (LL) est aussi issu des sciences de l'éducation et peut prendre forme dans un environnement formel ou informel. Il est utilisé par les enseignants pour soutenir l'importance de l'apprentissage continu une fois sur le marché du travail. En sciences infirmières, Gopee (2005) a créé un cadre conceptuel, suite à des entrevues individuelles (n=26) et deux *focus groups* (n=6) d'infirmières, sur leur perception des facteurs qui influencent l'implantation de LL et des effets du LL sur elles. Ses résultats regroupent les différents facteurs influençant le LL, selon les catégories suivantes : organisationnels, sociopolitiques et individuels ou personnels.

Finalement, l'*action learning* provient des sciences de l'éducation et du domaine du développement professionnel. Cette expression est définie comme « un processus continu d'apprentissage et de réflexion qui a lieu dans un groupe travaillant sur un problème dans le but de le résoudre » (Brockbank & McGill, 2003, p.11). L'*action*

*learning* (McGill & Beaty, 1995) est une approche qui permet de relier l'action à la réflexion à travers de petits groupes d'échange coopératif.

Les termes définis dans les paragraphes précédents nous permettent de constater la diversité des contextes ainsi que certains processus ou stratégies utilisés pour développer les connaissances des infirmières dans la pratique. On y décrit aussi un contexte organisationnel, sociopolitique et individuel comportant des éléments facilitants ou contraignants ainsi que des stratégies gagnantes pour l'implantation et la pérennisation. La recension des écrits qui suivra comportera donc des études qui utilisent l'une ou l'autre des expressions.

Comme la présente étude a pour but de documenter l'implantation et la pérennisation d'une activité de développement professionnel, une revue des principaux écrits organisée selon les trois dimensions du modèle de changement stratégique de Pettigrew et Whipp (1991) suivra : les caractéristiques des activités de développement professionnel, le contexte organisationnel et les processus favorables à l'implantation et à la pérennisation d'un changement.

### **Les caractéristiques des activités de développement professionnel**

L'apprentissage actif continu, contextualisé et en groupe, à partir des problématiques vécues dans le milieu par les infirmières est, selon plusieurs auteurs, ce qui semble le plus prometteur pour assurer un développement professionnel (Flanagan et al., 2001; Kemp, 2009; Manley et al., 2009; Marshall, 2012; McCormack et al., 2009; Webster-Wright, 2009). Estabrooks et al. (2005) ont recensé les sources préférées de connaissances des infirmières. Parmi celles-ci les interactions sociales entre infirmières

ou avec les patients/familles, ainsi que l'expérience sont vues comme étant les plus utilisées et transformatrices dans leur pratique. Ces mêmes auteurs identifient le contexte favori dans lequel ces échanges se font, soit : 1) sur l'unité de soins ou 2) de façon formelle sous forme de discussions de cas ou de rencontres d'échanges sur les pratiques de chacune.

L'idée d'échanges et discussions soutient le choix de documenter une activité de groupe et les stratégies qui existent pour soutenir le développement des infirmières, tout au long de leur carrière. D'ailleurs, une étude récente au Québec sur le développement continu du raisonnement clinique et du leadership clinique chez les nouvelles diplômées (n=34) indique que, selon les participantes, c'est principalement avec l'expérience et le questionnement des pairs à travers les situations rencontrées sur leur unité de soins qu'elles développent leur pratique (Larue et al., 2013).

### **Les stratégies de développement professionnel en groupe**

Il existe plusieurs stratégies de développement professionnel en groupe : par exemple, les clubs de lecture (Deenadayalan, Grimmer-Somers, Prior, & Kumar, 2008; Honey & Baker, 2011; Kupferschmid, Bollondi Pauly, & Roulin, 2013; Nesbitt, 2013; St. Pierre, 2005; Staveski et al., 2012) sont des rencontres régulières, où les participantes discutent d'un article choisi ou suggéré par l'une d'elles et où il y a une discussion en groupe afin de voir si les résultats de l'article s'appliquent à leur pratique. Ce type d'activités peut être une façon intéressante d'améliorer les pratiques, mais il est suggéré d'avoir un suivi pour aller au-delà du partage et mettre en pratique ce qui est discuté. Nesbitt (2013) ajoute d'autres avantages tels que : le mentorat des plus jeunes, la

motivation par le groupe qui crée une sorte d'obligation à s'impliquer et l'augmentation de la fréquence de lectures scientifiques par les participantes qui développent une confiance en leur qualité de lectrice. Les participantes (n=17) de l'étude de cas menée par Nesbitt (2013) mentionnent lors d'entrevues l'impact de la lecture sur leur pratique, car elles remettent en question les pratiques traditionnelles. La réflexion les amène ainsi à être plus conscientes de leur pratique.

Dans une étude récente, Wilson et al. (2015) ont évalué à l'aide d'un devis pré-/posttest si un club de lecture, d'une durée de huit semaines, basé sur les données probantes, pouvait améliorer la pratique. Le format permettait une participation en personne ou en ligne, augmentant la possibilité des infirmières des autres quarts de travail de participer. Bien qu'il y ait eu une légère préférence pour la participation en personne, le nombre de participants en ligne fut légèrement plus élevé. Les résultats dénotent une amélioration significative de l'utilisation des données probantes dans la pratique ainsi qu'une ouverture à utiliser ces données probantes. Ils suggèrent que des méthodes alternatives, telles que la participation simultanée sur place et en ligne, peuvent être intéressantes puisqu'elles permettent de rejoindre des participants ayant des styles d'apprentissage différents.

Une autre stratégie est celle des groupes ou communautés de pratique (Overton et al., 2009) qui est similaire quelques fois aux clubs de lecture. En 1991, Lave et Wenger furent parmi les premiers à parler de telles communautés. La définition des communautés de pratique est un groupe de personnes qui partagent un intérêt et qui échangent leurs idées ou leurs connaissances, dans le but d'améliorer leur pratique (Wenger, McDermott, & Snyder, 2002). Les communautés de pratique peuvent se

réaliser de manière virtuelle ou en présentiel, mais permettent un échange sur une pratique ou situation apportée et approfondie par les participantes. Une telle communauté de pratique a été créée pour explorer l'expérience d'un groupe de discussion sur la pratique basée sur les résultats probants (Overton et al., 2009). Pour les participantes (n=13), suite à l'analyse de leur journal de bord, les discussions ont permis l'échange de nouvelles connaissances, l'apprentissage avec les pairs, le partage d'information et de ressources, de même que l'amélioration de la confiance professionnelle et personnelle. La participation dans le groupe a encouragé la réflexion et la transformation des pratiques courantes. Les discussions ont permis, selon les participantes, d'adapter les nouvelles pratiques à la « vraie vie » et de les rendre significatives (Overton et al., 2009).

Une troisième stratégie est celle des groupes de pratique réflexive (Dawber, 2013; Dubé, 2012; Nelson & Purkis, 2004; Platzer et al., 2008) qui peuvent être structurés ou non, avec des participantes qui sont présentes, de façon régulière, et d'autres de manière plus ponctuelle. Les thèmes abordés peuvent varier, mais ils sont en lien avec la pratique des infirmières, suggérant une certaine homogénéité des participantes du moins pour le milieu de pratique. Les écrits mentionnés plus haut suggèrent l'utilisation d'un modèle de réflexion structurée et que la discussion soit guidée par un facilitateur. Dawber (2013) ajoute que le succès d'une telle pratique demande une préparation approfondie et une collaboration avec les participantes pour la mise en place initiale. Elle explique que pour l'implantation de ce type de groupe, il faut tenir compte du contexte de l'unité et de son organisation. Gustaffson et Faberberg (2007) évoquent que la pratique réflexive est un engagement dans un processus de

*lifelong learning* qui caractérise la croissance professionnelle des infirmières. Les auteures font aussi mention que c'est un outil pratique pour débiter un processus cognitif dans un groupe. Mann, Gordon, et Mac Leod (2009), dans leur revue systématique de la pratique réflexive, expliquent que bien que l'efficacité et l'apprentissage réalisé lors de pratique réflexive peuvent être variables, cette stratégie constitue un outil d'apprentissage à utiliser avec les professionnels.

Finalement, les stratégies d'études de cas (Jarman, 2009; Walsh et al., 2008) ressemblent aux communautés de pratique, à la différence que les communautés de pratique peuvent discuter de sujets plus larges pendant plusieurs rencontres, alors que les discussions de cas sont plus spécifiques et spontanées. Les discussions de cas partent d'une problématique vécue avec un patient, présentée au groupe par une participante, puis analysée par tous. Walsh et al. (2008) proposent sept étapes 1) nommer le problème, 2) discuter de ce qui est problématique, 3) examiner le problème et regarder les solutions possibles, 4) explorer la pratique, 5) reformuler le problème, 6) envisager la meilleure solution et 7) trouver des stratégies nouvelles pour l'action dans le futur. Pour l'étude de Jarman (2009) sur l'impact de l'introduction de discussions de cas (*nursing grand rounds*) dans une unité d'urgence d'un hôpital Londonien, ce moyen s'est avéré une stratégie novatrice pour soutenir l'apprentissage mutuel et le partage d'expertise des infirmières plus expérimentées avec leurs collègues.

Ces types de stratégies de développement professionnel en groupe ont des caractéristiques communes : l'apprentissage prend place en milieu de travail, est contextualisé au vécu des participants et s'inscrit dans un espace de collaboration. Les différents auteurs ajoutent qu'il doit y avoir un animateur afin de faciliter, de diriger les

échanges et de stimuler la réflexion chez les participantes (Christensen, 2009; Flanagan et al., 2001; Gopee, 2005; Jarman, 2009; Kemp et al., 2009; Marshall, 2012; Williams, 2010). La réflexion ainsi que la présence d'échanges sur des problématiques rencontrées sont d'autres éléments qui contribuent à transférer les apprentissages dans la pratique parce qu'ils sont significatifs pour les participantes (Jantzen, 2008; Marshall, 2012; Williams, 2010). Ces mêmes auteurs énumèrent comme avantages de ces caractéristiques : 1) qu'ils répondent aux besoins des membres du groupe, 2) permettent l'échange d'information et de réflexion et 3) éventuellement améliorent et transforment les pratiques.

### **Des conditions à privilégier pour le développement professionnel**

Plusieurs de ces auteurs ont déterminé des conditions essentielles pour faciliter le développement professionnel chez les infirmières (Christensen, 2009; Flanagan et al., 2001; Kemp et al., 2009; Manley et al., 2009; Marshall, 2012; McCormack et al., 2009; Webster-Wright, 2009). Deux conditions ressortent comme étant fondamentales : la présence d'un facilitateur lors des rencontres et la présence de réflexion chez les participantes à l'activité.

#### *La présence d'un facilitateur (leader)*

L'importance d'avoir un facilitateur qui stimule la réflexion, lors des rencontres, est mentionnée, par plusieurs, comme étant essentielle dans l'implantation, la qualité et la pérennité des activités de développement professionnel (Christensen, 2009; Flanagan et al., 2001; Kemp et al., 2009; Manley et al., 2009; Marshall, 2012; McCormack et al., 2009; Webster-Wright, 2009).

Les différents auteurs identifient certaines caractéristiques pour le facilitateur. Entre autres, pour Manley et al. (2009), le facilitateur aide l'équipe à apprendre des situations quotidiennes et agit, de façon formelle, comme un superviseur, un mentor ou un coach. Son accompagnement peut aussi être informel lors de conversations avec le personnel croisé dans le corridor ou la salle de repos du personnel.

Plusieurs notent que le rôle de facilitateur est essentiel pour guider la pratique réflexive et amener les infirmières à se questionner sur leur pratique (Dawber, 2013; Kemp et al., 2009). Ces deux auteurs mentionnent que le facilitateur a joué un rôle primordial pour le succès du projet et a contribué à faciliter le transfert dans la pratique en donnant une rétroaction constructive et en facilitant la réflexion des infirmières sur leur pratique. L'activité documentée pour notre étude devrait donc avoir un animateur afin de guider et stimuler l'échange.

### *Le partage de réflexions*

Dans un ouvrage théorique sur la réflexion productive au travail, Boud, Cressey, et Docherty (2005) mentionnent que « la réflexion est un mécanisme humain pour comprendre notre expérience et en tirer des leçons » (traduction libre, p. 3). Ces auteurs proviennent respectivement des sciences de l'éducation des adultes, de la sociologie et de la gestion de l'innovation; tous trois s'intéressent à l'apprentissage chez les travailleurs.

Leur écrit porte sur l'aspect collectif de la réflexion et énumère les caractéristiques d'une réflexion productive. D'abord, ils suggèrent d'orienter la réflexion vers l'organisation et le groupe, de la contextualiser au milieu de travail (apprentissage

par le travail) et d'y inclure plusieurs catégories de personnes par exemple, des infirmières, des gestionnaires et des patients. Ils proposent aussi de considérer la réflexion comme un outil de développement, car elle nourrit le groupe, est un processus ouvert et non prévisible, est dynamique et donc change dans le temps. La réflexion est utilisée depuis quelques décennies dans plusieurs milieux de travail, particulièrement celui de l'éducation, mais aussi celui de la pratique infirmière (Boud et al., 2005).

Une partie des écrits recensés décrivent un processus de réflexion chez les participantes. Par contre, il est rarement fait mention de référence à un modèle de réflexion spécifique. Les études, qui ont recensé les préférences des infirmières, rapportent qu'elles aiment apprendre en groupe, en collaboration, à travers des échanges sur des problématiques issues de leur pratique (Estabrooks et al., 2005; Jantzen, 2008; Larue et al., 2013).

Pour certains auteurs, la présence de réflexion durant l'activité de formation est souvent sous forme de questionnement individuel ou collectif guidé et nourri par le facilitateur (Jantzen, 2008; Marshall, 2012; Williams, 2010). Ce type de réflexion peut contribuer, pour certains (Marshall, 2012; Williams, 2010), à réduire l'écart entre la théorie et la pratique et a le potentiel d'être bénéfique pour la clientèle (Marshall, 2012). Jantzen (2008), à l'aide de récits narratifs (n=8), a décrit comment certaines infirmières apprennent. L'auteure signale que les infirmières apprennent de leur propre expérience, de celle de leurs collègues avec qui elles échangent, de leurs erreurs et de situations de soins significatives (*lifechanging situation*). Les participantes mentionnent qu'apprendre en milieu de travail a un impact sur leur pratique, et qu'à travers un processus réflexif et analytique, elles apprennent de situations cliniques autant négatives que positives et

transfèrent ces apprentissages à d'autres situations de soins similaires. Elle note également qu'il serait profitable, pour le développement professionnel des infirmières, de créer une culture où apprendre de son expérience est valorisé et sécuritaire (Jantzen, 2008).

Dans une revue des écrits (n=8) sur l'apprentissage en groupe (*team learning*) et l'innovation en soins infirmiers, Timmermans et al. (2013) soulignent au départ des aspects positifs de l'apprentissage en groupe. Pour elles, les infirmières peuvent utiliser l'équipe pour échanger, se donner de la rétroaction, partager et appliquer des nouvelles connaissances et résoudre des problèmes dans leur pratique. Elles n'ont recensé qu'une seule étude qui a examiné la relation entre l'implantation d'une innovation et l'apprentissage en groupe. Par contre, les autres études recensées ont permis de mettre en évidence des facteurs individuels (n=6) et contextuels (n=13) influençant les activités d'apprentissage en groupe chez les infirmières. Ces facteurs seront discutés dans la prochaine section.

Considérant l'impact que les échanges et la réflexion peuvent avoir sur la pratique des infirmières, pour notre étude, l'activité devra comporter une période de réflexion et de questionnement sur la pratique.

### **Le contexte organisationnel**

Le contexte dans lequel les infirmières travaillent est un aspect important pour leur développement professionnel, en milieu de pratique. L'environnement incluant le type de leader en place, les caractéristiques du groupe d'infirmières et le type d'unité sont des aspects qui peuvent influencer leur participation régulière à des activités de

développement professionnel (Bakker et al., 2013). D'ailleurs, Bakker et al. (2013) soulignent le contexte spécifique du travail en oncologie comme étant une force qui façonne le contexte de soins et qui stimule le besoin de connaissances et d'habiletés spécialisées chez les infirmières. La plupart des écrits recensés décrivent les éléments du contexte sous forme de barrières ou d'éléments facilitants. Regardons de plus près les études qui ont documenté les barrières (Baker et al., 2010; Munro, 2008; Øvretveit et al., 2012; Santos, 2012; Schweitzer & Krassa, 2010), de même que les éléments qui facilitent ce développement professionnel (Gopee, 2002; Gopee, 2005; Lee, 2011).

### **Les barrières ou contraintes au développement professionnel**

Santos (2012) suite à une recension des écrits sur les barrières à l'apprentissage par les infirmières en milieu de travail ou en lien avec leur pratique, souligne cinq grands thèmes récurrents : 1) le manque de temps et des horaires de travail non flexibles; 2) les contraintes financières, l'absence de remboursement par l'employeur et le manque de budget alloué à la formation; 3) la culture de l'organisation : le manque de soutien des gestionnaires et des collègues, l'incapacité à appliquer les nouvelles connaissances dans la pratique, et le risque d'être jugé par les collègues, 4) l'accès et la pertinence des formations, c'est-à-dire des formations éloignées du milieu et qui ne sont pas nécessairement adaptées aux besoins des infirmières; et finalement 5) le niveau peu développé de compétences informatiques des infirmières pour accéder à l'information sur des banques informatisées.

Baker et al. (2010) ont réalisé une revue systématique *Cochrane* comprenant 12 études expérimentales permettant d'examiner les interventions qui visent à contrer les

barrières identifiées. Les auteurs soutiennent qu'une intervention ciblée selon une barrière identifiée est plus propice à améliorer la pratique professionnelle. Mais ils soulignent aussi plusieurs lacunes dans les études répertoriées, soit dans la méthode utilisée pour identifier les barrières, soit dans la description de l'intervention ou de l'impact que celle-ci a eu sur la barrière. Ils ne peuvent donc proposer des interventions, mais suggèrent 1) de développer et de mettre en place des méthodes qui permettent d'investiguer si les barrières ont été surmontées suite à l'intervention, 2) de bien décrire comment les barrières ont été identifiées et si les interventions mises en place ont contribué à les surmonter et 3) d'explorer si c'est plutôt d'autres facteurs qui ont eu un impact sur la réduction de la barrière.

Timmermans et al. (2013) mentionnent quelques barrières à l'apprentissage en groupe, entre autres, un leadership hiérarchique, une gestion centralisée et des équipes de travail nombreuses. De nos jours, l'apprentissage en milieu de travail est un grand défi pour les organisations de santé (Garcia et al., 2011) qui invoquent le manque de personnel, le temps nécessaire à la formation ainsi que les restrictions budgétaires comme éléments qui complexifient le développement professionnel en milieu de travail.

### **Les éléments facilitant le développement professionnel**

Plusieurs éléments du contexte peuvent faciliter l'implantation et la pérennisation d'activités de développement professionnel en milieu de travail. Ces conditions favorables à l'implantation et à la pérennisation des activités doivent être prises en compte lorsqu'on décide de mettre en place de telles activités (Gallagher, 2007).

Gopee (2005) a mené une étude exploratoire sur les perceptions des infirmières du *lifelong learning*. Ce chercheur a réalisé 26 entrevues individuelles et deux *focus groups* de six infirmières chacun. Trois types de facteurs facilitant l'apprentissage en formation continue chez les infirmières sont mentionnés : organisationnels, sociopolitiques et individuels. Les facteurs organisationnels mentionnés sont : exigence d'heures de formation continue par les ordres professionnels; budget alloué à la formation continue; congé disponible pour celles qui s'engagent dans des activités de formation continue; opportunité de développement de carrière; apprentissage en milieu de travail; et changements au niveau des méthodes d'enseignement. Pour Timmermans et al. (2013), des facteurs contextuels sont essentiels pour permettre l'apprentissage en équipe. Ils citent entre autres pour permettre des activités qui favorisent l'apprentissage en équipe; un leadership facilitant et une vision commune de l'apprentissage, le soutien entre collègues, un espace pour apprendre, la confiance et l'ouverture dans le groupe et finalement la stabilité de l'équipe.

Les facteurs sociopolitiques facilitants sont, pour Gopee (2005), une organisation apprenante, des gestionnaires axés vers la supervision clinique, la pratique réflexive et l'évaluation par les pairs comme stratégies pour maintenir les compétences. Au niveau sociétal et gouvernemental, les attitudes favorables à la formation, l'allocation de budget et la promotion de la formation par des politiques influencent le développement professionnel.

Finalement, les facteurs individuels ou personnels mis en évidence, autant pour Gopee (2005) que pour Timmermans et al. (2013), sont une attitude positive face à l'apprentissage que ce soit en groupe ou en individuel, une appréciation du travail

d'équipe et un intérêt de s'améliorer continuellement. Timmermans et al. (2013) ajoutent que le fait d'avoir eu des expériences positives d'apprentissage contribue à l'*empowerment* des infirmières et accroît leur participation aux activités de développement professionnel.

Suite à des entrevues semi-structurées avec des participantes à des activités de développement professionnel (n=26) et des questionnaires (n=11), Lee (2011) souligne le soutien des collègues, la motivation et le leadership comme éléments individuels facilitant le transfert des apprentissages dans la pratique.

À notre connaissance, aucune étude n'a décrit en profondeur le processus de développement professionnel pour un groupe d'infirmières. À partir des éléments discutés précédemment, où le partage en groupe et l'échange avec l'aide d'un facilitateur indiquent favoriser le développement professionnel, il s'avère pertinent de documenter une activité comportant ces caractéristiques chez un groupe d'infirmières. Les critères de l'activité de développement professionnel étant définis, la section suivante examinera les études qui se sont attardées soit au processus d'implantation ou de pérennisation d'un changement.

### **Les processus d'implantation et de pérennisation d'un changement**

Afin de documenter les processus d'implantation et de pérennisation d'une activité de développement professionnel, nous examinons trois recensions des écrits. La première revue porte sur la pérennité d'une innovation dans les organisations de santé (Greenhalgh et al., 2004) - ces auteurs utilisent le terme innovation pour parler du changement réalisé, la deuxième sur la pérennité d'un changement organisationnel

(Buchanan et al., 2005) et la troisième sur la pérennité des nouveaux programmes en santé (Wiltsey Stirman et al., 2012). De ces revues sont mis en évidence des éléments incontournables qu'il importe de connaître pour l'implantation et la pérennisation d'un changement. Ces éléments guideront certaines observations et analyses des données dans notre étude.

Greenhalgh et al. (2004), à partir de leur revue des écrits, ont identifié près de 500 écrits empiriques et non empiriques sur l'implantation et la pérennisation d'un changement dans plusieurs secteurs ou organisations de services. Leur analyse des 200 écrits retenus indique que, pour qu'il y ait pérennisation, le changement doit être adopté et utilisé par l'individu, mais aussi par l'organisation dans lequel cet individu évolue. Des caractéristiques individuelles favorables à la pérennisation sont relevées et bien documentées dans les écrits. Selon Greenhalgh et al. (2004) ces aspects ne nécessitent plus de recherche; il s'agit des traits de personnalité amenant l'individu à adopter ou non le changement, de sa motivation et ses capacités, de la signification du changement pour l'individu, de la connaissance du changement implanté, de la formation et du soutien pour adopter ce changement et, finalement, de la réponse aux inquiétudes/préoccupations de l'individu face au changement.

Greenhalgh et al. (2004) remarquent que pour les organisations, lorsque le changement est adopté par l'équipe ce processus, moins documenté de manière systématique, se réalise souvent de manière désorganisée. À ce moment, la volonté de l'organisation d'implanter le changement dépend de certains éléments : la situation actuelle est perçue comme étant intolérable, le changement cadre bien avec les valeurs de l'organisation, l'évaluation de l'implantation sera faite, les gens qui soutiennent le

changement sont en nombre suffisant, un budget est alloué et les impacts seront aussi évalués. Une seule étude sur les 200 retenues note pourquoi les gens, rejettent le changement et indique quels sont les éléments qui font que des individus adoptent ce changement ou non.

Buchanan et al. (2005) répondent en partie à cette dernière question. Dans leur revue des écrits sur la pérennisation du changement organisationnel, ils ont relevé le manque d'une définition commune de la pérennité dans les écrits retenus. Par contre, ils ne font pas mention de leur méthodologie pour choisir les études retenues et ne mentionnent pas le compte final d'études. Ces auteurs présentent quatre catégories de conditions influençant la pérennisation d'un changement organisationnel. La première catégorie étant au niveau individuel : les gens acceptent-ils d'être déstabilisés suite à un nouvel apprentissage et de suivre les décisions prises par l'équipe? La deuxième est les gestionnaires : sont-ils prêts à faire face aux problèmes et acceptent-ils de changer leur propre comportement? En troisième vient la culture : le changement est-il perçu par le personnel et l'organisation comme positif? Finalement, la quatrième catégorie est le processus : est-ce que la pérennisation est vue comme un problème ou plutôt comme faisant partie du processus d'implantation et de développement du changement? Buchanan et al. (2005) expliquent que, souvent, on s'occupe de la pérennisation lorsqu'on arrive au questionnaire suivant : Que doit-on faire pour que ça perdure? Des écrits plus récents suggèrent de considérer la pérennisation comme un processus continu qui requiert un effort constant (Martin et al., 2012). Pour ces auteurs, la pérennisation d'un changement appartient souvent aux personnes en place qui sont convaincues des impacts de leur programme (Martin et al., 2012). Alors que d'autres auteurs tels que

Pluye, Potvin, Denis, Pelletier, et Mannoni (2005) pensent que c'est dès le départ que le souci de pérennisation doit être présent. Ils suggèrent de planifier les interventions soutenant la pérennisation en même temps que l'implantation.

Wiltsey Stirman et al. (2012), suite à leur revue d'écrits empiriques sur la pérennité de nouveaux programmes et d'innovations dans le domaine de la santé (n=125), ont remarqué plusieurs limites aux études disponibles et font des recommandations pour les recherches futures : 1) utiliser une définition claire de la pérennité; 2) définir les résultats et les bénéfices de ces programmes lors de l'analyse des résultats; 3) séparer la période initiale d'implantation de celle où elle devient pérenne [à ce titre plusieurs études avaient utilisé la période de deux ans après l'implantation initiale ou le retrait de subvention pour déclarer un programme pérenne]; 4) évaluer la pérennité de façon longitudinale plutôt qu'en une seule fois; 5) étudier la fidélité et l'adaptation, plusieurs des études mentionnaient une certaine adaptation du projet de départ, mais peu la décrivait; 6) identifier les éléments centraux et les composantes gagnantes afin d'atteindre le but du changement; 7) puisque les recherches sur la pérennité sont relativement nouvelles, ils suggèrent aussi que les chercheurs identifient le modèle de pérennisation le plus approprié pour leurs questions de recherche; 8) finalement, les auteurs mentionnent que la recherche qualitative et mixte étudiant les influences potentielles de plusieurs éléments sur la pérennité continue d'être nécessaire, pour répondre à des questions comme « Quels sont les éléments (leadership, culture) ou les processus qui peuvent servir de protection ou compenser certains autres éléments absents dans la pérennisation d'un changement? » (Wiltsey Stirman et al., 2012, traduction libre p. 13).

En sciences infirmières, des écrits présentent quelques exemples d'implantations d'activités de développement professionnel chez des infirmières et qui se sont révélées pérennes. Celles qui portent sur une pratique basée sur des résultats probants se retrouvent dans des centres hospitaliers de type « *magnet hospitals* » (Stetler et al., 2009). Ces auteurs ont utilisé le modèle de changement stratégique de Pettigrew et Whipp (1991) pour identifier les éléments contextuels clés et les processus stratégiques implantés dans deux organisations de santé afin de réussir la pérennisation.

Stetler et al. (2009) ont comparé deux hôpitaux des États-Unis; un reconnu comme étant un modèle de rôle pour l'implantation et la pérennisation de la pratique basée sur des résultats probants et l'autre qui en est à ses débuts. Les résultats de leur étude rejoignent ceux de l'étude de Pettigrew et al. (1992) et indiquent qu'il y a des éléments contextuels inter-reliés. Ces éléments sont 1) la qualité et la cohérence des règles organisationnelles; 2) la disponibilité des personnes clés ou des leaders à diriger le changement; 3) la pression de l'environnement externe; 4) une culture organisationnelle soutenant le changement; 5) des relations efficaces entre les gestionnaires et leur personnel; 6) des réseaux inter organisationnels coopératifs; 7) des buts et priorités simples et clairs; 8) un accord (*fit*) entre la planification du changement et l'environnement. Stetler et al. (2009) soulignent comme éléments principaux le leadership des personnes clés, la culture organisationnelle et la cohérence des politiques institutionnelles qui contribuent à la pérennité. La culture organisationnelle est vue comme un élément contextuel déterminant pour l'implantation, mais surtout pour la pérennité d'une pratique basée sur des résultats probants.

De leur côté, McCormack et al. (2009) ont documenté, à l'aide d'une étude de cas multiples (n=18), l'implantation d'un programme d'apprentissage actif qui perdure dans le temps et qui vise le développement des pratiques infirmières. Les auteures se sont attardées à documenter ce qui a facilité cette implantation. Le programme de deux ans comportait des activités diverses pour intégrer, dans les équipes de soins, le modèle de soins centrés sur la personne. Leurs résultats mentionnent que l'utilisation de stratégies actives d'apprentissage, en groupe, améliore et soutient l'implantation et la pérennisation d'un changement.

En somme, plusieurs éléments peuvent influencer le processus d'implantation et de pérennisation d'une activité. Il s'agit, entre autres, d'un contexte favorisant la pérennité et d'une culture organisationnelle soutenant le changement et l'apprentissage. Ces éléments mentionnés dans les paragraphes précédents aideront à documenter le cas choisi pour l'étude et en analyser les résultats. À ce jour, personne ne semble avoir documenté l'implantation et la pérennisation d'un processus de développement professionnel chez un groupe d'infirmières dans le contexte hospitalier québécois.

Cette étude de cas qualitative se basera donc sur le modèle de changement stratégique de Pettigrew et Whipp (1991) adapté pour les sciences infirmières par Stetler et al. (2007). Ce modèle comporte trois dimensions qui sont les caractéristiques, le contexte et le processus par lequel un changement est implanté et devient pérenne. Notre étude ira donc voir comment ces trois dimensions ont interagi de façon à ce qu'une activité de développement professionnel s'implante avec succès et devienne pérenne avec un groupe d'infirmières utilisant une activité de type club de lecture pour se

développer professionnellement. Le prochain chapitre présentera la méthode qui sera utilisée dans le cadre de notre étude.

### ***Chapitre III : La méthode***

Le présent chapitre porte sur la méthode utilisée pour atteindre le but de cette étude soit : documenter les caractéristiques, le contexte et les processus d'implantation et de pérennisation d'une activité de développement professionnel par une équipe d'infirmières. Nos questions de recherches sont 1) Quelles sont les caractéristiques de l'activité de développement professionnel implantée par un groupe d'infirmières? 2) Quel est le contexte favorisant l'implantation et la pérennisation d'une activité de développement professionnel par un groupe d'infirmières? 3) Quels sont les processus qui ont mené à l'implantation et la pérennisation d'une activité de développement professionnel par un groupe d'infirmières? Ce chapitre comprend : le devis de recherche, la sélection du cas, la description du cas et des participantes à l'étude, les stratégies de collecte de données, l'analyse des données, les critères de scientificité et, enfin, les considérations éthiques.

### **Devis de recherche**

Pour réaliser cette étude, un devis qualitatif d'étude de cas de type instrumental a été utilisé. Selon Stake (1995), une étude de cas « permet de comprendre le cas dans son contexte réel et de le décrire en détail » (traduction libre, p.3). Creswell (2012) explique que l'étude qualitative est justifiée lorsque le chercheur veut comprendre le contexte dans lequel les participantes décrivent la problématique. Pour notre étude, nous avons interrogé les participantes à l'activité de développement professionnel afin d'en comprendre les dimensions de l'implantation et de la pérennisation. Dans la présente

recherche, la description, à l'aide d'une étude de cas, d'une activité de développement professionnel s'est avéré une méthode pertinente, puisque ce devis a permis une étude en profondeur de l'activité, par le biais de diverses méthodes de collecte de données. Le cas est instrumental, selon Stake (2005), lorsqu'un « cas particulier est examiné pour approfondir la compréhension d'une problématique » (traduction libre, p.445). Dans cette étude, le groupe d'infirmières participant à l'activité de développement professionnel contribue à la compréhension des dimensions; les caractéristiques, le contexte et les processus en place qui font qu'une activité de développement professionnel est implantée et devienne pérenne. Le cas comprend donc le groupe d'infirmières participant à l'activité de développement professionnel incluant les gestionnaires qui l'ont implantée et la soutiennent.

Afin de bien identifier les dimensions contribuant à l'implantation et la pérennisation de l'activité de développement professionnel implantée par les infirmières, cette étude de cas a été guidée par le modèle adapté de changement stratégique (Stetler et al. 2007). Ce modèle a permis de décrire les caractéristiques, le contexte et les processus d'implantation et de pérennisation de l'activité choisie, à l'aide de divers moyens de collecte de données tels que des entrevues individuelles, des *focus group* et des périodes d'observation.

### **Sélection du cas**

La stratégie privilégiée pour la sélection du cas est l'échantillonnage par choix raisonné (Creswell, 2012). Dans une étude de cas, le choix raisonné est justifié puisque nous voulons décrire un cas qui permet une étude en profondeur de la problématique

(Creswell, 2012; Loisele, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007). Stake (1995) mentionne qu'il peut être utile de choisir un cas qui est typique ou représentatif des autres cas afin de maximiser ce que nous pouvons en apprendre. Étant donné la difficulté, pour des groupes d'infirmières, de maintenir pérenne une activité de développement professionnel dans leur milieu, le cas choisi, à partir des conditions tirées de la recension des écrits, devrait permettre de dégager les caractéristiques, le contexte et le processus d'implantation et de pérennisation pour que d'autres équipes puissent implanter et pérenniser une activité de développement professionnel dans leur milieu.

Comme décrit dans la recension des écrits, le groupe d'infirmières devait participer à une activité de développement professionnel encadrée par un facilitateur, tenue régulièrement et permettre un échange sur la pratique. Ces rencontres devaient être en place depuis plus de deux ans, critère de temps suggéré suite à la revue des écrits de Wiltsey Stirman et al. (2012). Pour identifier le cas de cette recherche, deux centres universitaires de la région urbaine ont été contactés. Un premier contact a été établi avec la Direction des soins infirmiers de chaque établissement afin d'identifier l'unité ou les unités susceptibles d'avoir une activité qui répond aux critères de sélection. Le premier cas qui a répondu aux critères a été retenu.

### **Description du cas**

Le cas choisi pour notre recherche est un groupe d'infirmières et leurs gestionnaires participant à une activité de club de lecture et travaillant dans le programme d'oncologie dans différents secteurs incluant l'oncologie ambulatoire jusqu'aux soins palliatifs. Ce club de lecture existe depuis cinq ans à raison de sept

rencontres annuelles. Cette activité est soutenue activement par les gestionnaires. Le milieu où se déroule l'activité est un centre universitaire affilié qui comporte une structure organisationnelle qui promeut et soutient les activités de formation pour les infirmières.

De manière plus spécifique, les rencontres du club de lecture se tiennent aux six semaines, avec relâche pendant la période des fêtes et les mois d'été. Le nombre de participantes varie de 20 à 28 et peut aller jusqu'à 32. Il a lieu à l'heure du dîner, toujours les lundis, dure 60 minutes et comporte trois parties soit la présentation de l'article, l'échange et la décision du prochain sujet de discussion. Lors des deux périodes d'observation, il y a eu respectivement 19 et 22 participantes dont 15 étaient infirmières et les autres des gestionnaires.

L'équipe de gestionnaires assiste aux rencontres, mais ne présente pas d'articles. Ce sont les infirmières qui présentent. Par leur présence, les gestionnaires démontrent que cette activité est importante pour elles. Dans l'équipe de gestionnaires, il y a deux conseillères-cadres en soins infirmiers (CCSI). Ce sont elles qui sont responsables à tour de rôle de l'animation de la rencontre et du soutien à l'infirmière qui présente. Le tableau 1 décrit les acteurs principaux du club de lecture et leur rôle.

**Tableau 1 Acteurs du club de lecture et leur rôle**

<b>Acteurs/Rôle</b>	<b>Animatrice/facilitatrice</b>	<b>Présentatrice</b>	<b>Participante</b>
<b>Gestionnaires incluant les deux CCSI</b>	Une des deux CCSI à tour de rôle	Jamais	En mode écoute
<b>Infirmières</b>	Pourraient si elles se sentent à l'aise, mais cela n'est jamais arrivé.	Une ou deux à tour de rôle	En mode actif
<b>Documentaliste</b>	Identifie les articles en lien avec la question clinique		

Tout d'abord, le choix du sujet a été discuté lors de la rencontre précédente. Une des deux CCSI apporte la question auprès de la documentaliste de la bibliothèque du centre hospitalier. Cette dernière fait une recherche d'articles qui doivent être en français et remet les articles repérés à la CCSI concernée. Puis, les CCSI rencontrent l'infirmière qui présentera et choisira l'article le plus pertinent en fonction du besoin exprimé par les infirmières. Il arrive qu'un seul article soit disponible en français, puisqu'il y a encore peu d'articles disponibles en français.

L'infirmière prépare sa présentation avec le soutien des CCSI. Ces dernières sont disponibles selon les besoins de l'infirmière qui présente, aident à la compréhension du texte, révisent la présentation qui sera faite ou répondent à tout autre besoin exprimé par l'infirmière. La publicité et la promotion du club de lecture et de son sujet sont assurées par les gestionnaires. Les gestionnaires d'unité inscrivent les infirmières en fonction de celles qui travaillent la journée du club de lecture et distribuent personnellement des copies de l'article aux infirmières inscrites afin que chaque participante ait le temps de le lire avant la rencontre.

Le jour de la rencontre, les repas commandés à l'avance par la CCSI sont servis dans une boîte à lunch. Cela contribue à une meilleure gestion du temps disponible pour le club. La CCSI qui anime arrive plus tôt pour s'assurer que la salle est préparée puisque le club doit débiter et terminer à l'heure. Les gens arrivent graduellement et la présentation débute. Cette présentation, faite par une des infirmières, peut ou non être accompagnée d'un *PowerPoint*. Cette partie dure au plus 20 minutes. Durant cette présentation, les participantes mangent en écoutant. Lors des deux périodes d'observation, cette partie a duré respectivement 14 et 12 minutes.

Par la suite, la CCSI animatrice prend le relai, spécifie certains éléments qui auraient besoin de précision et débute l'échange avec des questions ouvertes de type : *Comment ce qui est dans l'article rejoint-il votre pratique avec vos patients? (notes observation, mai 2014)*. Puis, une à une, les infirmières commencent à exprimer leurs idées, avis, expériences. Lors des deux périodes d'observation, les échanges ont débuté de façon timide, mais une fois que les premières participantes s'expriment, cela suscite les échanges. Les participantes viennent de différents milieux dans l'hôpital, mais travaillent toutes en oncologie. Elles s'expriment sur leur réalité avec leurs patients, et cette différence semble stimuler l'échange : *chez nous ce n'est pas comme ça, on n'a pas le temps de faire ça, puis les patients ne sont pas rendus là, ils veulent juste leur traitement (notes observation, mai 2014)*. La CCSI animatrice gère les tours de parole. Les gestionnaires présents, cela inclut l'autre CCSI qui n'anime pas, s'expriment peu et sont plus en mode écoute laissant toute la place aux infirmières. Cet échange se poursuit pendant 30 minutes environ.

Finalement, les dernières minutes sont consacrées à la discussion sur le sujet du prochain club et du choix de la prochaine infirmière qui présentera.

### **Participant·es à l'étude : recrutement, critères de sélection et description**

Un premier échange a été effectué avec une des deux conseillères cliniciennes en soins infirmiers qui sont responsables de l'activité. Cette conseillère a, par la suite, invité et présenté l'étudiante chercheuse aux participant·es du club de lecture. Même si les deux groupes de participant·es au club de lecture sont composés d'infirmières, nous référerons au premier groupe par « gestionnaires » et au deuxième par « infirmières ».

### **Recrutement des participant·es à l'étude**

Une fois reçue l'approbation du comité d'éthique du centre hospitalier les infirmières et les gestionnaires prenant part au club de lecture ont été sollicitées pour participer à l'étude, par le biais d'une présentation par l'étudiante chercheuse, de la distribution d'une lettre d'invitation (Appendice A) et du formulaire de consentement (appendice B). Les participant·es intéressées par l'étude ont, par la suite, communiqué avec l'étudiante chercheuse par téléphone ou courriel. Les questions ont été répondues et, au besoin, des informations supplémentaires ont été données. Puis, une rencontre a été planifiée, selon les disponibilités des participant·es. Les gestionnaires ont répondu par courriel à l'invitation. Une deuxième présentation, lors d'une des périodes d'observation des rencontres du club, a été effectuée et a permis de recruter huit infirmières supplémentaires.

Pour les gestionnaires qui contribuent à la mise en place et la pérennisation du club de lecture, suite à la signature du consentement, elles ont été rencontrées pour des entrevues individuelles (n=7). Ces gestionnaires étaient de différents niveaux de gestion et avaient différentes responsabilités dans le soutien du club de lecture. Pour les infirmières soignantes (n=8), elles ont d'abord signifié leur intérêt, puis un formulaire de consentement leur a été remis et elles ont pris rendez-vous, selon les dates du *focus group*, qui convenait à leur disponibilité.

### **Critères de sélection**

Deux groupes de participantes à l'étude ont été recrutés : des infirmières (n=8) et des gestionnaires (n=7). Pour participer à l'étude, les gestionnaires devaient répondre aux critères suivants : 1) avoir participé à l'élaboration et la planification de près ou de loin de l'activité; 2) encourager la participation des infirmières au club de lecture; et 3) accepter de s'exprimer sur leur expérience à implanter et à soutenir la pérennisation du club de lecture.

Le deuxième groupe de participantes, les infirmières, devait répondre aux critères suivants : 1) avoir un permis de pratique de l'OIIQ 2) soigner au quotidien les patients, 3) avoir participé au club de lecture plus d'une fois et 4) accepter de s'exprimer sur les éléments qui font qu'elles participent à cette activité, et ce que cette participation apporte à leur pratique. Le critère de sélection initial : *avoir participé aux rencontres plus d'une fois*, était très large pour assurer le recrutement d'un nombre suffisant d'infirmières mais n'aurait sans doute pas permis de bien décrire les dimensions de l'implantation et de la pérennisation de l'activité. Heureusement les infirmières qui ont

fait partie de notre étude, participaient au club de lecture depuis plus d'un an et avait en moyenne participé 6 fois dans la dernière année.

### **Description des participantes à l'étude**

Sept entrevues individuelles (n=7) ont été réalisées avec des gestionnaires qui sont à la direction des soins infirmiers et des unités de soins et qui soutiennent de près ou de loin les activités du club de lecture. L'âge moyen des gestionnaires est de 47 ans et varie de 29 ans à 58 ans. Elles cumulent entre 9 et 36 ans d'expérience en soins infirmiers, avec une moyenne de 9 ans d'expérience dans un poste de gestion. Elles détiennent toutes un diplôme universitaire allant du baccalauréat au doctorat. La plupart sont impliquées dans le club de lecture depuis les débuts en 2009. La majorité d'entre elles participent à toutes les rencontres du club de lecture (moyenne de 4 à 7/année).

Du côté des infirmières soignantes, huit (n=8) ont été rencontrées lors de deux *focus groups*. Elles ont en moyenne 44 ans et leur âge varie de 38 à 52 ans. Elles cumulent une moyenne de 20 années d'expérience en soins infirmiers et la plupart sont dans le même emploi depuis environ dix ans. Elles ont différents niveaux de scolarité allant du diplôme d'études collégiales au diplôme de deuxième cycle universitaire. Certaines participent au club de lecture depuis ses débuts en 2009 (n=3), alors que d'autres se sont jointes en 2012 (n=3) et que les dernières y participent depuis un an (n=2). Elles rapportent avoir pris part à presque toutes les rencontres du club de lecture depuis les douze derniers mois, certaines mentionnent en avoir peut-être manqué un pour cause de vacances. Au moins, une personne par secteur d'activité de l'oncologie tel que

la clinique ambulatoire, la radio-oncologie, les soins palliatifs et l'unité d'hospitalisation était présente à un des *focus group*.

## **Collecte de données**

### **Formulaire de données sociodémographiques**

Un formulaire de données sociodémographiques (appendice C) a été rempli, suite à l'obtention du consentement, pour chacune des participantes à l'étude. Les données recueillies furent l'âge, la scolarité, l'expérience professionnelle et la participation au club de lecture. Ces données ont permis de tracer un profil des personnes qui ont participé à cette étude.

### **Observation non participante**

Deux périodes de 60 minutes d'observation non participante de l'activité ont été réalisées, selon le rythme et la planification des rencontres en avril et mai 2014, afin de bien comprendre le déroulement de l'activité et observer la dynamique du groupe. Pour Laperrière (2009), l'observation permet de documenter les actions des participants dans leur contexte. Les données d'observation recueillies à l'aide d'une grille (Appendice D) ont aidé à mettre en contexte les propos des participantes et à décrire en profondeur le déroulement de l'activité. Cette grille a été développée pour cette étude afin de répondre aux questions de recherche, donc en lien avec les trois dimensions de Pettigrew et Whipp (1991). Les données ont été consignées pendant la période d'observation sous forme de notes de terrain et de notes de réflexion audionumérique immédiatement après l'observation, alors que la période d'observation était encore récente dans la mémoire de

l'étudiante chercheuse. L'étudiante chercheuse a une certaine habitude de l'observation, grâce à sa formation d'infirmière et son rôle de professeur qui accompagne des étudiantes dans le milieu de soins.

Les données recueillies ont aidé à mettre en contexte les propos des participantes. Le but premier de l'observateur est de rendre l'invisible visible aux yeux du lecteur, puisque ce dernier n'a pas participé aux rencontres et que ce sont des éléments qui peuvent être difficiles à décrire par les participants (Foster, 2006). Stake (1995) ajoute que l'observation apporte une meilleure compréhension du cas. Pope et Mays (2007) mentionnent que l'observation permet de décrire les relations et les comportements des participantes et qu'il est important de bien documenter et rapporter le plus fidèlement, par écrit, ces données.

### **Entrevues semi-dirigées auprès des gestionnaires**

Afin de bien documenter le contexte, il est important de réaliser des entrevues avec les gestionnaires ayant participé à l'implantation et à la pérennisation de l'activité. Sept entrevues individuelles, d'une durée moyenne de 40 minutes ont été réalisées de mai à mi-juin 2014. Afin de diminuer l'effet de désirabilité sociale et d'avoir une variabilité des points de vue, les entrevues individuelles ont été privilégiées compte tenu du lien hiérarchique entre les gestionnaires. Le guide d'entretien (appendice E) a été élaboré, pour cette étude, à partir du modèle de Pettigrew et Whipp (1991) et adapté pour les sciences infirmières, par Stetler et al. (2007). Les thèmes abordés furent le contexte d'implantation, les caractéristiques de l'activité, du milieu et des participantes, l'impact de cette activité sur les infirmières et sur les soins et, finalement, le processus

qui a mené à la pérennisation de l'activité par les infirmières. Les entretiens ont été enregistrés sur bandes audionumériques.

### ***Focus group avec les infirmières***

Deux sessions de 50 minutes de type *focus group*, avec au total huit infirmières, ont été tenues à l'heure du midi en mai et en juin 2014. Le *focus group* est un environnement social, où les idées d'un membre peuvent être génératrices d'idées pour les autres et où le potentiel d'accroître la qualité et la richesse des données de façon plus rapide est possible (Fortin & Gagnon, 2010). Il y a dans le *focus group* la possibilité d'une coconstruction de la réalité par les participantes. Comme le cas utilisé pour cette étude est le groupe d'infirmières participant à une activité de développement professionnel, il est important de documenter leur point de vue, puisque ce sont elles qui participent et font que l'activité est maintenant pérenne. Les thèmes abordés dans le *focus group* ont été orientés vers leur expérience à participer à l'activité, les éléments facilitateurs, les difficultés rencontrées et les avantages pour leur pratique. Les questions (appendice F) sont basées sur le cadre théorique de Pettigrew et Whipp (1991) adapté par Stetler et al, (2007) afin de répondre aux questions de recherche. Un assistant devait être présent pour voir au bon déroulement des séances mais la personne s'est désistée à la dernière minute lors du premier *focus group*. Afin de ne pas changer les conditions entourant les deux *focus groups*, il n'y a pas eu recours à un assistant tel qu'annoncé dans le protocole original. Pour pallier à cet imprévu, une fois les sessions terminées l'étudiante chercheuse s'est assurée de consigner et d'enregistrer sur bandes numériques ses réflexions avant même de quitter la salle où s'était déroulé les *focus groups*. Étant

donné le petit nombre de participants à chacun des groupes (n=4), l'étudiante chercheuse a été en mesure de bien diriger les discussions. Deux enregistreurs numériques ont été utilisés pour chaque *focus group* au cas où il y aurait des problèmes de nature technique.

### **Gestion des données**

Les entrevues individuelles et *focus groups* enregistrés furent écoutés à plusieurs reprises, puis transcrits intégralement par l'étudiante chercheuse dans un document *Word* ce qui a permis de revivre les moments d'entrevues et de les retranscrire le plus fidèlement possible. Trois vérifications des transcriptions ont été faites par l'étudiante chercheuse pour validation. Les notes d'observation et les notes de réflexions ont aussi été transcrites par l'étudiante chercheuse et ont permis de se remémorer les moments de la collecte. Les données ont été importées sous format *Word* dans le logiciel *QDA miner*.

### **Analyse des données**

Stake (1995) suggère quatre étapes pour l'analyse des données : la description, le regroupement de catégories, le dégagement des tendances et, finalement, les généralisations.

Les catégories ont été organisées autour des trois grandes dimensions de Pettigrew et Whipp (1991). Les données des observations, des entrevues individuelles et des *focus groups* ont été traitées de la même façon et ne sont pas séparées dans l'analyse tel que suggéré par Baxter et Jack (2008). Les données provenant de différentes sources analysées ensemble viennent soutenir, approfondir et décrire les thèmes récurrents et significatifs.

## **La description**

Stake (1995) définit cette première phase comme étant la présentation des données incontournables qui aident à la compréhension du cas et de son contexte par le lecteur. Les données recueillies lors des observations ont grandement aidé à la description en détail de l'activité. À partir des entrevues et des périodes d'observation, une chronologie des événements entourant la tenue du club de lecture a été réalisée et est présentée en début de ce chapitre.

## **Le regroupement des codes en catégories**

Les données des observations, des entrevues semi-dirigées et des *focus groups* permettent de décrire les caractéristiques, le contexte et le processus d'implantation et de pérennisation de l'activité. Stake (1995) explique que le premier regroupement, *interprétation directe*, provenant des données brutes permet de faire émerger des pistes d'explications significatives à la problématique de départ. Une première lecture a permis d'annoter les données de manière manuscrite afin de dégager un sens général et de pouvoir identifier les premiers codes. La première codification a permis d'identifier 84 codes qui décrivaient ce qui semblaient contribuer à l'implantation et la pérennisation de l'activité. Une codification des entrevues et des *focus group* a été faite par l'étudiante chercheuse et comparée avec celle faite indépendamment par la directrice, afin d'assurer que la codification retenue reflète bien les propos des participantes. Les divergences ont été résolues par consensus entre les codeurs lors de discussions et ont mené à un deuxième regroupement des codes. Un exemple sommaire de cette codification est présenté dans le tableau 2.

Tableau 2

Exemple d'un code avec extraits

Code : sujets provenant des infirmières
<i>Je pense que lorsqu'on part des infirmières c'est vraiment ce qui est le plus gagnant (EI 001; 104)</i>
<i>Ce ne sont pas des sujets qui sont imposés ça provient des infirmières. (EI 005; 93)</i>
<i>En début d'année, on demande aux infirmières de quoi vous aimeriez entendre parler? Là elles sortent des thèmes, des questions... (EI 007; 37)</i>
<i>Ce sont des sujets qui nous parlent plus quand ça vient de nous (FG 001; 124)</i>

Une nouvelle codification dans le logiciel *QDA miner* a été faite à l'aide de ces nouveaux codes (n=53). Ces premiers regroupements ont permis l'identification de sous-catégories. Ces sous-catégories ont été classées dans chacune des dimensions du modèle utilisé pour notre étude. Par la suite, les sous-catégories ont été regroupées en catégories. Par exemple, les participantes identifiaient des caractéristiques communes à l'activité; elles incluait dans les caractéristiques les habiletés de l'animatrice et leur motivation à participer. Les participantes mentionnaient que le fait d'avoir des articles avec des thèmes cliniques pertinents amenait une motivation croissante à participer au club de lecture et que les échanges avec les autres infirmières leur permettaient de se développer. Cet exemple de regroupement est présenté dans le tableau 3.

Tableau 3

Regroupement initial des catégories et sous-catégories pour les caractéristiques de l'activité

Dimension : caractéristiques	
Catégories	Sous-catégories
L'activité ses thèmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provient d'un questionnement clinique, du terrain</li> <li>• Près de la pratique</li> <li>• Qui unit les différents départements/secteurs</li> </ul>
De l'animation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questionnement sur ses habiletés               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pratique réflexive après chaque club</li> </ul> </li> <li>• Évaluation continue</li> </ul>
Des participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Briser l'isolement</li> <li>• Apprendre des autres</li> <li>• Se tenir au courant</li> </ul>
Des échanges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect</li> <li>• Perspectives différentes</li> <li>• Apprendre ce qui se fait ailleurs pour améliorer sa propre pratique</li> </ul>

### Dégagement des tendances

Par la suite, un dégagement des tendances a permis de regrouper et d'identifier les catégories (n=9) et sous-catégories finales (n=28) dans les trois dimensions du modèle de Pettigrew et Whipp (1991). Plusieurs rencontres avec les directrices ont permis d'arriver à la finalisation de ces catégories et sous-catégories, en regroupant les catégories similaires, par exemple, la catégorie finale **des thèmes cliniques pertinents** était déclinée au départ par : questionnement clinique, sujet en lien avec la pratique, présence d'une question clinique et sujets provenant des infirmières. Le tableau 4 présenté au chapitre suivant est le résultat final de cette analyse.

## **Généralisation**

Finalement, une généralisation, non pas au sens théorique, mais plutôt dans le sens des leçons apprises à l'aide du cas étudié, est présentée à la fin du chapitre des résultats. La révision des transcriptions et des codes identifiés dans les trois phases précédentes de l'analyse a permis une interprétation de ce qui a été appris de manière macro de ce cas. Il en résulte un thème central par dimension (caractéristiques, contexte et processus) pour l'implantation et la pérennisation d'une activité de développement professionnel. La généralisation permet d'émettre des suggestions pour l'implantation et la pérennisation d'une telle activité dans d'autres milieux de soins.

## **Critères de scientificité**

Différentes mesures ont été utilisées afin de démontrer de la rigueur scientifique tout au long de cette recherche. Depuis 1985, Lincoln et Guba proposent quatre critères pour la recherche qualitative qui permettent au chercheur de démontrer que ses résultats représentent le plus fidèlement possible la réalité. Ces critères sont la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité et la transférabilité. Les prochains paragraphes décrivent de quelle façon notre étude répond à ces critères.

## **Crédibilité**

La crédibilité réfère à la confiance que l'on peut avoir dans la véracité des données et dans leur analyse (Lincoln & Guba, 1985). Parmi les moyens proposés par ces auteurs, nous avons retenu la triangulation des données et la vérification par des participantes. Trois modes de collecte des données ont été effectués soit : entrevue

individuelle auprès des gestionnaires, *focus groups* auprès des infirmières et périodes d'observation de l'activité. De plus, une validation des résultats préliminaires présentés sous forme d'un tableau a été réalisée par courriel auprès des participantes. Trois relances ont été effectuées auprès des participantes. Celles qui ont répondu (n=2) soulignent que les thèmes mentionnés reflétaient bien leurs réponses. Comme l'étudiante chercheuse est à ses débuts dans la recherche, les échanges et discussions ainsi que les vérifications par les directrices ont aussi contribué à la crédibilité de l'analyse.

### **Fiabilité**

Lincoln et Guba (1985) décrivent la fiabilité comme la constance des résultats au fil du temps. Une description détaillée de la méthode et en particulier de la façon dont les catégories ont été identifiées au cours de l'analyse assure que d'autres chercheurs pourraient arriver à des résultats très similaires. De plus, l'utilisation d'un journal afin de garder une piste des décisions prises au fil de l'analyse et la relecture des notes des rencontres avec les directrices ont permis d'assurer que les résultats découlent bien de l'analyse.

### **Confirmabilité**

La confirmabilité est pour Lincoln et Guba (1985) le degré de neutralité recherchée par le chercheur afin que les résultats proviennent bien des données recueillies auprès des participantes et non de ses propres opinions. Pour ce faire, le chercheur doit garder une trace de ses décisions prises tout au long de son analyse. Un journal de réflexion a été tenu tout au long du processus de collecte et d'analyse des

données. Des notes ont été prises lors des rencontres et discussions avec les directrices permettant de garder une trace des changements effectués selon les réflexions et les échanges tout au long de l'analyse.

### **Transférabilité**

Bien que l'étude de cas ne permette pas de généralisation (Corcoran, Walker , & Wals, 2004; Stake, 2005), une description riche du cas est essentielle afin de permettre à d'autres chercheurs d'identifier les éléments qui s'appliqueraient à leur milieu. Pour Lincoln et Guba (1985), il est important de bien décrire les caractéristiques de la population étudiée et son contexte afin de cibler ce qui pourrait être similaire pour d'autres milieux ou populations. Comme notre étude est sous la forme d'une étude de cas, la description détaillée du cas contribue à bien identifier, pour les lecteurs, les éléments qui seraient similaires à leur milieu. Cette description permet à d'autres chercheurs, d'identifier des éléments présents dans leur milieu et leur permettre ainsi de transférer les résultats de cette étude à leur propre contexte.

### **Considérations éthiques**

Le protocole de recherche a été soumis à un comité scientifique à la Faculté des sciences infirmières et approuvé. Il a ensuite été soumis au Comité scientifique et d'éthique de la recherche du centre hospitalier participant. Le certificat d'éthique a été obtenu avant le début de l'étude. Lors des périodes d'observation, puisqu'il n'y avait aucun renseignement personnel de recueilli et que la diffusion des résultats ne permet pas l'identification des participantes, le consentement n'était pas nécessaire tel que le stipule l'énoncé des politiques des trois conseils (EPTC) (Conseil de recherches en

sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & Instituts de recherche en santé du Canada, 2010). Un formulaire de consentement faisant état des risques et des avantages ainsi que du caractère volontaire de la participation a été remis puis signé par chacun des participants des entrevues individuelles ou de *focus groups*, pour l'obtention de leur consentement éclairé. Bien qu'aucun risque ou conséquence négative liés à la participation ne soient entrevus, tous les participants ont été avisés de leur droit de refuser de participer ou de se retirer à tout moment au cours de l'étude, et ce, sans conséquence négative pour eux ou leur organisation. Afin d'assurer la confidentialité des propos des personnes rencontrées, seules les membres de l'équipe de recherche ont eu accès aux enregistrements et au verbatim des entretiens. Le nom de l'établissement, de l'unité de soins et des participants ne sont pas mentionnés lors de la présentation des résultats. Les données d'observation ont été codées de façon à ne pas identifier les participantes. Les données seront gardées sous clé pendant une période de 7 ans et seule l'étudiante chercheuse aura accès à l'identification des participantes.

## ***Chapitre IV : Les résultats***

*Une fois la présentation de l'article terminée, la facilitatrice demande aux participants « Est-ce que vous vous retrouvez dans cet article ? » Silence... Puis une infirmière lève la main et dit : « Ben des fois ce n'est pas facile d'amener un patient à être réaliste face à sa situation, et puis est-ce vraiment notre rôle? ». Et là l'échange démarrait, de nombreuses mains se levaient pour ajouter à ce commentaire, tellement que la facilitatrice ne savait plus à qui donner la parole... (Observation 2, 2014-05-26)*

Ce chapitre présente les résultats de la recherche. Nos questions de recherches étaient : Quelles sont les caractéristiques de l'activité de développement professionnel implantée par un groupe d'infirmières? Quel est le contexte favorisant l'implantation et la pérennisation d'une activité de développement professionnel par un groupe d'infirmières? Quels sont les processus qui ont mené à l'implantation et la pérennisation d'une activité de développement professionnel par un groupe d'infirmières?

L'analyse basée sur le cadre de référence de Pettigrew et Whipp (1991) nous amène à présenter les résultats sur le club de lecture en trois grandes sections soit les caractéristiques, le contexte et les processus ayant permis d'implanter et de pérenniser une activité de développement professionnel.

### **Les résultats**

Dans ce qui suit, les caractéristiques du club de lecture incluant l'article discuté, les animatrices et les participantes ainsi que les échanges pendant les rencontres sont présentées. Puis, le contexte, qui comprend la valorisation de la pratique clinique par les gestionnaires, sera décrit. Suite à cela, les processus d'implantation et de pérennisation du club de lecture seront présentés incluant l'idée de départ, le processus réflexif et le processus de transfert des apprentissages dans la pratique. Finalement, nous citons les

éléments des trois dimensions qui décrivent, pour notre étude de cas, l'implantation et la pérennisation. Le tableau 4 réunit les catégories et sous catégories pour chacune des dimensions qui sont détaillées dans ce chapitre pour donner une vue d'ensemble des résultats qui émanent de l'analyse des données.

**Tableau 4 Synthèse des caractéristiques, du contexte et des processus  
d'implantation et de pérennité du club de lecture.**

Caractéristiques : des infirmières engagées et actives	
Des thèmes cliniques pertinents	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Découler d'un questionnement clinique des infirmières</li> <li>• Choisir des thèmes transversaux aux différents secteurs</li> </ul>
Les habiletés de facilitation des animatrices	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagner dans l'apprentissage</li> <li>• Se développer professionnellement pour mieux soutenir les infirmières dans leur développement</li> <li>• Se soucier du climat</li> </ul>
La motivation croissante des participantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Briser l'isolement</li> <li>• Améliorer sa pratique grâce à la variété des perspectives</li> <li>• Se sentir valorisée professionnellement</li> <li>• Bénéficier de mesures incitatives</li> </ul>
L'apprentissage par les échanges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se préparer à présenter et à échanger</li> <li>• Participer à des échanges productifs</li> <li>• Centrer les échanges sur le patient</li> </ul>
Contexte : une équipe réflexive de gestionnaires	
Une structure organisationnelle qui valorise la pratique clinique et la pratique fondée sur des résultats probants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoriser la pratique clinique</li> <li>• Soutenir une pratique fondée sur des résultats probants</li> </ul>
Le leadership visionnaire des gestionnaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler en synergie : une structure de soutien</li> <li>• Adopter une vision proactive</li> <li>• Commencer avec la méthode des petits pas</li> </ul>
Processus : une trajectoire avec des retombées concrètes pour la pratique, les soins aux patients et l'identité professionnelle	
L'idée de départ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provenir de la pratique : l'idée d'une infirmière</li> <li>• S'inspirer des meilleures pratiques pour l'implantation d'un club de lecture</li> </ul>
Un processus réflexif : la première phase et le processus actuel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Progresser au rythme des infirmières : évaluer et adapter le club de lecture</li> <li>• Collaborer avec d'autres</li> <li>• Ajouter une mesure incitative</li> <li>• Engager toutes les unités</li> <li>• Entretien le succès</li> <li>• Être flexible</li> </ul>
Un processus de transfert des apprentissages dans la pratique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transférer les apprentissages dans sa pratique</li> <li>• Partager les apprentissages avec les collègues</li> <li>• Utiliser les connaissances pour offrir de meilleurs soins aux patients</li> </ul>

## **Les caractéristiques : des infirmières engagées et actives**

Plusieurs caractéristiques émanent de l'analyse des données contribuant, selon les participantes, à décrire l'implantation et la pérennisation du club de lecture. Ces différentes caractéristiques ont été regroupées en quatre catégories. Le tableau 4 résume l'ensemble des caractéristiques nommées par les participantes.

### **Des thèmes cliniques pertinents**

Pour l'implantation et la pérennisation de l'activité, les caractéristiques qui sont nommées par les infirmières comme favorisant leur participation sont que les thèmes des articles retenus sont pertinents à leur pratique et transversaux au domaine de l'oncologie.

#### *Découler d'un questionnaire clinique des infirmières*

La première catégorie est que le thème de l'article choisi pour la prochaine rencontre du club de lecture provient du questionnaire clinique exprimé par des infirmières. Différents thèmes sont discutés, mais tous rejoignent la pratique quotidienne des infirmières. Les thèmes ou questionnements cliniques, qui ont été discutés, au cours de la dernière année sont : la fatigue, le sommeil, la transition des soins curatifs aux soins palliatifs et l'anxiété des personnes soignées.

*Le premier questionnaire qui est venu a été : qu'est-ce qu'on dit aux patients qui nous rapportent toujours qu'ils sont fatigués avec la chimiothérapie, la radiothérapie? (EI<sup>1</sup>006; 22)*

Lors de la rencontre du club de lecture, les réflexions sur la fatigue peuvent entraîner d'autres questionnements, par exemple, comment évaluer le patient, déterminer

---

<sup>1</sup> EI indique entrevue individuelle

des interventions infirmières, développer des outils. Cette écoute des besoins des infirmières, dans la pratique directe, est soulignée comme favorable à la participation de ces dernières au club de lecture. Aussi, il est possible d'approfondir un thème en l'abordant à plus d'une rencontre.

*Les trois autres clubs sur les troubles du sommeil sont venus des infirmières au soin des patients. Parce qu'elles trouvaient qu'elles n'avaient pas fait le tour de la question, qu'elles n'avaient pas eu réponse à leur question [...] moi je ne pensais pas qu'on allait faire quatre rencontres là-dessus. Mais là on a vidé le fond de l'affaire [...] et maintenant ça débouche sur de quoi de concret, d'évidence-based. (EI 001; 90).*

D'ailleurs, dès que les sujets s'éloignent de la pratique clinique, parce qu'ils ne sont pas assez concrets ou que les infirmières ont le sentiment que l'article propose des outils qui pourraient leur être imposés, cela a un impact immédiat sur leur participation. Une gestionnaire raconte que, dans un des articles proposés, il y avait de nouveaux outils d'évaluation et que les infirmières ont eu l'impression que ces outils leur seraient imposés. Cette gestionnaire rapporte que la participation avait été moindre lors de la rencontre du club de lecture.

*Parce que les infirmières n'étaient pas d'accord sur ce thème et pensaient que les gestionnaires voulaient introduire de nouveaux outils d'évaluation. Elles ont boycotté l'activité... elles ne disaient pas un mot. (EI 001; 72).*

Le questionnement clinique des infirmières soignantes est donc mentionné comme étant un élément central motivant la participation de ces infirmières aux rencontres du club de lecture. Toutes les participantes à l'étude rapportent aimer cette proximité des sujets et des discussions avec leur pratique quotidienne auprès des patients. Selon elles, c'est même essentiel à leur intérêt et à leur présence aux rencontres.

*Ça vient interpeller les infirmières davantage... elles ont besoin de trucs concrets. Le moindrement qu'on déroge c'est moins apprécié [...] Il faut que ça serve pour leur pratique immédiatement, il faut que les infirmières y voient un intérêt [...] (EI001; 48)*

En plus d'avoir comme point de départ une question clinique provenant des infirmières, il y a la préoccupation de centrer la discussion sur la pratique des infirmières. Les réflexions, suite à la présentation, sont tournées vers ce que les infirmières font dans leur pratique. Les questions soulevées sont : *est-ce que cela rejoint votre pratique? Qu'est-ce qui est différent? Est-ce qu'on pourrait changer quelque chose ou ce qu'on fait en ce moment est adéquat?* (notes observation, juin 2014).

#### *Choisir des thèmes transversaux aux différents secteurs*

Le fait que les participantes au club de lecture proviennent de différents secteurs de l'oncologie contribue à enrichir la discussion. Les articles choisis doivent donc être centrés sur des thèmes qui sont communs à tous les secteurs pour que toutes puissent faire des liens avec leur pratique. Selon les participantes et les observations, un temps est réservé à la fin de la rencontre pour qu'il y ait un commun accord sur le thème de la prochaine rencontre.

*La recette c'est de prendre des sujets, premièrement qui rejoignent beaucoup les gens, le plus possible avec leur pratique, qu'il y ait quelque chose de transversal au programme. (EI004; 42)*

#### **Les habiletés de facilitation des animatrices**

Les habiletés des animatrices font parties des conditions présentes lors de l'activité et qui contribuent à la participation de infirmières au club de lecture. Ces

habiletés à accompagner les infirmières dans leur apprentissage et les soutenir pour qu'elles se développent professionnellement sont appréciées.

### *Accompagner dans l'apprentissage*

Les habiletés de l'animatrice une CCSI, qui facilite le club de lecture sont mentionnées, tant par les gestionnaires que les infirmières, comme essentielles à la pérennité du club. D'ailleurs, plusieurs gestionnaires notent l'importance des CCSI et expliquent que leur culture clinique et leur implication personnelle auprès des infirmières ont une influence sur la pérennité du club de lecture. Les infirmières, quant à elles, soulignent leur proximité avec les CCSI comme facilitant leur participation, l'échange et les apprentissages réalisés pendant et après les rencontres du club de lecture.

*Elle [facilitatrice] soutient énormément, elle relance lorsqu'il y a un silence, elle revient sur les choses importantes ou relance avec des questions. (FG<sup>2</sup>; 22)*

Les infirmières ajoutent l'importance du soutien des CCSI dans leur participation. Que ce soit lorsqu'elles se préparent pour participer ou pour présenter l'article lors du club de lecture, elles mentionnent avoir besoin d'encouragement et de reconnaissance de leur part. Certaines expriment même que lorsque l'animatrice les encourage, cela les pousse à aller plus loin, car elles se sentent stimulées dans leur apprentissage.

*Si elle ne nous soutenait pas autant, on pense que ça tomberait à l'eau, elle fait beaucoup de choses... Oui le fait qu'elle nous pousse, entre nous ça nous amène à nous dire : on va le faire! On est stimulées. (FG2; 23)*

---

<sup>2</sup> FG indique *focus group*

Les habiletés des CCSI dans leur rôle d'animatrice semblent, autant pour les gestionnaires que les infirmières, être d'une grande importance. Parmi celles mentionnées et appréciées de la part des infirmières, notons l'écoute, l'ouverture d'esprit, le rôle de motivateur, de mentor et de coach.

À la suite des entrevues, il apparaît que le soutien des gestionnaires est important. Ce soutien se manifeste de différentes façons. Particulièrement l'encouragement, par les CCSI, et l'aide qu'elles apportent, lors de la préparation de la présentation est essentiel car les infirmières mentionnent que ce n'est pas facile pour elles de bien se préparer, de comprendre le texte et de le vulgariser pour leurs collègues.

*D'aller chercher la participation des gens, de solliciter que ce ne soit pas juste les gestionnaires ou les CCSI qui présentent, que ce soit les infirmières terrain, les accompagner dans ça là, je vous dirais depuis qu'on a deux CCSI, elles sont capables de se partager cette tâche-là, de ne pas les [infirmières] laisser toute seule préparer l'article. (EI004; 61)*

*Se développer professionnellement pour mieux soutenir les infirmières dans leur développement*

La capacité des CCSI de motiver les infirmières et de favoriser la participation se développe. Les CCSI expliquent qu'une préparation de leur part est effectuée avant chaque rencontre. Elles ont aussi eu recours au soutien d'un professionnel afin de se former pour animer et préparer les séances du club de lecture. Cette préparation a permis une meilleure confiance en leur habileté à animer et les a rassurées sur le fait que le succès de la participation ne repose pas uniquement sur leurs épaules. Pour s'assurer d'être bien préparée et de répondre aux besoins des infirmières, une réflexion est faite avant et après la rencontre du club de lecture. Les CCSI racontent qu'après chaque

rencontre elles se questionnent et évaluent le déroulement du club. Elles expliquent que cela leur permet de mieux s'ajuster pour la suite.

*... avant, je prépare mes questions, je regarde ce que je veux aller chercher comme information... (EI001; 250)*

*[Après] je prends le temps de faire le tour à chaque fois : a-t-on bien fait les choses? Aurait-on pu faire mieux? (EI001; 270)*

### *Se soucier du climat*

Le climat lors des clubs de lecture préoccupe beaucoup les gestionnaires, puisque les rencontres se veulent un espace d'échange et de discussion; ce climat se doit d'être respectueux et ouvert. Plusieurs gestionnaires rapportent qu'il faut être à l'écoute de toutes les participantes afin de bien diriger l'échange, faire face aux personnes qui ont peut-être moins d'intérêt à être là et faire en sorte que l'attitude de ces dernières n'influence pas le climat du groupe.

Un autre élément souligné dans les *focus groups* et les entrevues individuelles et qui est arrivé par hasard est la disposition de la salle. Lors de la deuxième période d'observation, plutôt que d'avoir de petites chaises avec tablettes intégrées une grande table était au centre et les chaises disposées autour. Toutes les participantes, en entrant, ont exprimé comment elles aimaient cette disposition et, étrangement, ce fût le club, où, selon, plusieurs les échanges furent le plus animés.

Pour clore la rencontre, un temps de discussion, afin de voir les sujets possibles pour la prochaine rencontre, est réservé. À ce moment, la facilitatrice demande aux infirmières si elles ont des questions, des idées pour les rencontres futures. Les

observations ont permis de voir qu'il semble difficile pour les infirmières d'exprimer leur besoin, non pas à cause du climat, mais il leur semble plutôt difficile pour elles de cerner leurs besoins spécifiques d'apprentissage. Ici aussi, la facilitatrice démontre de la flexibilité dans les idées apportées et relance la question aux infirmières présentes.

*Pour clore la séance du club de lecture, la facilitatrice demande vous voulez quoi pour la prochaine rencontre? Est-ce que nous continuons le sujet? Finalement, une des infirmières demande de continuer le même sujet pour avoir un guide qu'elles pourraient utiliser afin d'aider le patient. (Observation1; 36)*

### **La motivation croissante des participantes**

Plusieurs raisons motivent les infirmières à participer au club. Parmi celles mentionnées lors des *focus groups* notons « se sentir moins isolées dans sa pratique », « se développer dans sa pratique », « bénéficier d'incitatifs tels : des unités de formation continue et un repas ». Même si certaines infirmières mentionnent qu'au départ c'était une pression de la part des gestionnaires qui les a amenées au club, l'apprentissage réalisé pour leur pratique a rapidement remplacé cette obligation de participer.

*Au départ c'était fortement conseillé par l'employeur. Puis l'intérêt a augmenté en lisant les articles. (FG 1, 7)*

*On m'avait inscrit sans que je le demande, puis j'ai constaté qu'en assistant à ces séances ça m'apportait beaucoup et que malgré mon expérience, je pouvais constater des façons de faire différentes. (FG2, 4)*

#### *Briser l'isolement*

Le fait de se sentir moins isolée dans sa pratique est un des thèmes souligné par plusieurs infirmières et cela contribue à leur participation. Par exemple, une infirmière qui travaille avec une clientèle ambulatoire côtoie rarement les autres infirmières des unités d'hospitalisation en oncologie. D'autres expliquent qu'elles sont plutôt en

minorité, comme infirmières, dans l'équipe de professionnels de l'unité de soins où elles pratiquent. Les rencontres du club de lecture permettent donc aux infirmières œuvrant aux différents points de la trajectoire de soins des patients atteints de cancer de pouvoir échanger sur des sujets communs à leur clientèle avec d'autres infirmières.

*Je me sens isolée. Donc, pour moi, c'est une façon de savoir ce qui se passe au point de vue nursing dans l'hôpital (FG1; 29)*

*... on se retrouve entre infirmières, car peut-être que c'est différent sur les étages, mais moi je suis très seule dans mon bureau. Donc de pouvoir partager avec d'autres, d'échanger et de voir ce qui se fait dans les écrits, ce qui se fait ailleurs pour améliorer ma pratique... (FG2; 10)*

*Améliorer sa pratique grâce à la variété des perspectives*

Le fait que les participantes soient de milieux de soins différents en oncologie est vu comme une force du groupe et une source de motivation. Toutes les infirmières qui participent travaillent en oncologie, mais les sous-spécialités diffèrent : oncologie de jour, infirmière pivot, radio-oncologie, greffe hématopoïétique et soins palliatifs. Ces perspectives variées développent un regard différent et permettent une discussion riche en faisant connaître aux autres le vécu du patient à travers son épisode de soin. Les infirmières rapportent que cela enrichit leurs connaissances.

*On n'a pas la même réalité. C'est ça que j'aime parce que tu entends des choses d'autres secteurs... puis ils n'ont pas la même réalité que nous aussi, alors ça nous aide à trouver des solutions... ah c'est vrai ce problème-là on pourrait le faire ensemble et puis on discute c'est intéressant. (EI005; 31)*

*C'est en discutant avec d'autres qu'on se rend compte que ce n'est pas juste l'article papier, mais aussi en discutant avec d'autres collègues, qui ont d'autres façons de faire cela nous permet de nous améliorer dans notre pratique (FG1; 218)*

Pour plusieurs, le fait de se développer professionnellement par l'acquisition de connaissances pour sa pratique est une source de motivation importante. Quelques-unes ont évoqué avoir peu de connaissances quand elles ont débuté leur travail dans le milieu de l'oncologie et les rencontres ont été une source d'information précieuse. La plupart soutiennent que l'échange avec les infirmières des différents secteurs est une riche source d'information pour leur pratique quotidienne ce qui motive leur participation au club de lecture. Ces échanges avec d'autres infirmières contribuent, selon plusieurs, au développement de leurs connaissances, en plus de les aider à mieux articuler certaines problématiques et à donner de meilleurs soins au patient.

*Moi je n'avais pas d'expérience en oncologie quand je suis arrivée... Le club existait déjà alors c'était d'aller chercher des connaissances de plus et n'ayant pas de bac, il y a un plus dans les connaissances de tout le monde. La plupart des infirmières qui sont là ont leur bac et même leur maîtrise alors cela aide pour articuler une problématique X (FG2; 6).*

Finalement, le fait de tenir des rencontres de club de lecture incite quelques infirmières à lire des articles scientifiques et à essayer d'appliquer, dans leurs soins aux patients, les nouvelles connaissances acquises lors des rencontres. Elles affirment qu'elles manqueraient de motivation à faire seule cette activité. D'autant plus que la préparation se fait à l'extérieur des heures de travail.

*... d'avoir la motivation de lire des articles scientifiques à la maison le soir, je ne l'ai pas. Alors c'était comme un petit coup de pied dont j'ai besoin pour lire et pour pouvoir l'appliquer au quotidien. (Fg2; 10)*

#### *Se sentir valorisée professionnellement*

La valorisation professionnelle est nommée par plusieurs lors de la question « qu'est-ce qui fait que vous continuez de participer? ». Elles répondent que c'est

qu'elles voient des bénéficiaires qui leur amènent un sentiment de dépassement de soi ainsi qu'un sentiment d'être une professionnelle au même titre que les autres membres de l'équipe de soins avec qui elles travaillent tels que les technologues, médecins, etc. Certaines ont même l'impression que leur rôle en tant qu'infirmière est plus étendu voir même amélioré.

*Avec ce qu'on apprend au club de lecture, cela nous montre qu'on n'est pas simplement exécutante, qu'on est aussi évaluateur, que l'on prend des décisions pour le bien-être de nos patients. Peut-être que ce genre de journal club nous permet d'être acteurs et pas seulement exécutants. (FG1; 361)*

*Bien, on est plus qu'une infirmière, on est une vraie infirmière! On évalue, on peut donner notre opinion, on sait de quoi on parle, on sait ce qu'on donne comme soin. (FG1; 372)*

Les retombées du club de lecture amènent certaines à faire des présentations plus formelles sur les outils créés, contribuant ainsi à une reconnaissance de l'expertise développée. Ces outils développés par les infirmières leur permettent de devenir des personnes ressources sur leur unité de soins et auprès de leurs collègues, ce qui contribue à les valoriser professionnellement.

*En ayant été au journal club, tu entends parler de certaines nouveautés et, comme toi tu le fais, et bien on vient te voir, on te pose des questions... (FG1; 347)*

*Les gens qui assistent régulièrement, ils deviennent en quelque sorte formateurs auprès de leurs collègues, multiplicateurs d'informations. Ce qui fait que cette formule-là elle est plus gagnante. (EI006; 67)*

#### *Bénéficiaire de mesures incitatives*

Les mesures incitatives à la participation, tels le repas et les unités de formation continue, sont des éléments non négligeables même si lors des entrevues ce n'est pas ce qui était affirmé comme motivation principale. Il n'en demeure pas moins que toutes les

participantes ont mentionné que c'était un « plus », une sorte de reconnaissance de leur implication. Ce n'est donc pas l'unique raison, mais les mesures incitatives contribuent à ce que les gens participent.

*Avant on n'avait pas d'heures de formation continue à accumuler. Donc ce n'était jamais une obligation la formation, là on a une formation elle n'est toujours pas obligatoire, mais moi je le prends comme un plus parce que tu as des heures d'accumulées (FG1, 135)*

D'ailleurs, une compilation interne de la participation a dénoté une baisse lorsque les repas n'ont pas été fournis, faute de budget. Cette baisse pourrait aussi être attribuable à d'autres facteurs, selon certains gestionnaires; comme des thèmes moins porteurs ou moins de publicité de la part des gestionnaires.

Outre les mesures incitatives, quelques participantes soulignent que la tenue du club de lecture durant l'heure du dîner est un facilitateur de la participation. Elles maintiennent que si c'était à l'extérieur des heures de travail elles ne participeraient pas.

*Que ce soit sur l'heure du dîner, ça aide! Parce que si c'était pendant l'heure du travail la réalité ferait en sorte que ça ne serait pas possible. (EI007; 46)*

*Je pourrais ajouter que c'est la période de temps, c'est à dire sur l'heure du midi. Si on m'offrait ça à 16 h je n'irais pas (FG2; 58)*

D'autres, par contre, signalent que si certaines infirmières ne participent pas, c'est qu'elles ont besoin de l'heure de repas pour décrocher du travail et se détendre. Néanmoins, toutes les participantes du club de lecture ont l'impression de décrocher du travail, de faire autre chose, d'avoir du temps pour soi et pour sa pratique. Certaines mentionnent que c'est la seule façon d'avoir un temps de dîner, puisque si elles

demeuraient sur l'unité, elles seraient dérangées. Le club leur permet ainsi un temps de réflexion hors de l'unité de soin.

### **L'apprentissage par les échanges**

L'apprentissage réalisé lors des clubs de lecture favorise la participation des infirmières et contribue à la pérennisation de l'activité. Les infirmières mentionnent se préparer à cet échange en lisant de façon approfondie l'article proposé. Les échanges avec les collègues pendant le club sont enrichissants et le fait que les patients soient au centre de ces échanges est gagnant.

#### *Se préparer à présenter et à échanger*

Pour les infirmières, la préparation diffère selon qu'elles participent ou qu'elles présentent l'article. Toutes expliquent que la préparation leur demande du temps personnel; il leur faut lire l'article, parfois plus d'une fois, afin de bien le comprendre. Certaines infirmières, particulièrement celles qui ont un diplôme d'études collégiales (DEC), mentionnent ne pas avoir été habituées lors de leur formation académique à lire des articles scientifiques ce qui contribue à accroître leur difficulté à se préparer. Ceci dit, les participantes ayant une formation universitaire mentionnent aussi leur difficulté à lire des articles scientifiques. Cela contribue à augmenter leur temps de préparation. Même si toutes les infirmières mentionnent lire les articles, certaines ajoutent avoir à y mettre plus de temps car elles souhaitent bien comprendre le contenu de l'article afin de partager les discussions avec leurs collègues qui ne peuvent participer au club.

Il y a aussi l'aspect de la préparation pour celle qui réalise la présentation. Cette dernière doit prendre du temps pour bien se préparer et, généralement, cela augmente son stress. Les infirmières ne sont pas toutes habituées à faire ce type de présentation. Elles doivent s'approprier le texte, le vulgariser et être en mesure de l'expliquer aux autres. Toutes s'accordent pour dire que la préparation à une présentation leur demande beaucoup de temps.

*C'est aussi de l'ouvrage, on ne maîtrise pas nécessairement le sujet, alors c'est plus long. Tout est sur notre temps. Ce lundi-là où je présentais, je ne travaillais pas, alors je suis partie de chez moi sur ma journée de congé. (FG2; 17)*

*L'autre aspect, c'est la préparation quand on est concernée par la présentation et là aussi c'est beaucoup de travail. Il faut d'abord comprendre avant d'expliquer aux autres... quand tu es impliquée à présenter, parce qu'il y a un stress aussi. (FG 2; 76)*

#### *Participer à des échanges productifs*

Les participantes mentionnent le fait que les échanges sont une grande motivation à participer. Cette caractéristique du club de lecture, leur permet une meilleure connaissance de la trajectoire de soins de patients, enrichit leurs connaissances, leur permet de se rassurer par rapport à leur propre pratique et de répondre à certaines questions. Ces échanges sont aussi vus, par plusieurs infirmières, comme un moyen de se soutenir dans leur pratique de soignante auprès d'une clientèle qui vit avec un cancer. Pour plusieurs infirmières, ces rencontres sont le seul temps, où elles peuvent s'arrêter pour échanger et réfléchir à leur pratique.

*Au club... tu as différentes réalités qui parlent de ce que le patient vit. Tu as l'infirmière pivot qui parle quand elle a le patient dans son bureau, après tu as la salle de chimiothérapie qui vit une autre réalité, puis il y a celles à l'étage finalement.*

*On sait un peu comment tout se passe avant qu'ils arrivent chez nous. (FG2; 74)*

L'observation de deux rencontres a permis de constater que parfois l'échange est plus ardu, il y a de longs silences et l'animatrice doit reformuler les questions et donner des exemples pour que les infirmières s'expriment. Questionnée sur cet aspect, une des gestionnaires explique que la discussion scientifique n'est pas une pratique de la génération de certaines infirmières. Elle met en relief la différence générationnelle dans les stratégies utilisées en formation académique pour tenter de comprendre le peu d'échanges constatés lors de certaines rencontres du club de lecture.

*... on n'a pas été formées [à l'école] à émettre nos idées, on n'a pas été formées à participer, on n'a pas été formées à débattre d'une idée... pas comme les jeunes infirmières qui sont peut-être plus formées dans l'approche par compétences qui font des situations de cas où elles débattent d'idées... (EI003; 214)*

Même si au départ les échanges sont plus difficiles, dès qu'une personne s'exprime, cela agit comme brise-glace et, à partir de ce moment, les infirmières semblent avoir moins de difficulté à s'exprimer.

*Le plus difficile c'est toujours le début, je pense, qui va commencer? Qui a de quelque chose à dire, mais une fois que c'est parti... (FG1; 283)*

*Aussitôt qu'il y a eu deux ou trois personnes qui sont intervenues, rapidement les autres se sont senties à l'aise puis ont amené des points intéressants qui stimulaient la discussion chez d'autres participantes. (observation1; 7)*

Toutes mentionnent que le fait d'avoir les gestionnaires présentes au club ne brime pas leur participation. Au contraire, certaines soulignent que cela enrichit les discussions. Elles sentent que leurs idées sont écoutées, respectées et elles vont jusqu'à

dire que ce qui se discute, lors des rencontres du club, amène des changements plus rapides, puisque les *décideurs* sont présents lors des discussions.

Le nombre de participantes, à chaque rencontre, est vu, par certains, comme facilitant à la participation. Selon, la plupart des infirmières, il est plus facile d'avoir beaucoup d'opinions différentes. Par contre, quelques-unes mentionnent qu'il ne faudrait pas être plus, car elles n'oseraient s'exprimer. Une des gestionnaires mentionne d'ailleurs qu'un trop grand nombre pourrait nuire à la confiance dans le groupe.

*Puis des fois moi j'ai une question et je ne suis pas gênée de demander. S'il y avait plus de monde, j'aimerais moins ça. J'aurais probablement de l'intérêt, mais ma participation serait moindre. (FG2; 110)*

#### *Centrer les échanges sur le patient*

Malgré le fait que les gestionnaires et les infirmières se retrouvent ensemble aux rencontres du club de lecture, il s'avère que l'espace de parole est surtout laissé aux infirmières qui soignent les patients. Le temps de parole est presque entièrement utilisé par les infirmières.

De plus, les échanges se situent surtout au niveau de la pratique, plus particulièrement en lien avec les expériences des patients. On sent, chez les infirmières, une grande volonté de défendre les intérêts de leurs patients, de réfléchir et d'échanger en lien avec ce que le patient vit.

*Facilitatrice : Comment fait-on en tant qu'infirmière pour aider le patient à... Réponse d'une participante : bien le patient lui il vit cela puis ce n'est pas facile pour lui. Malgré une relance de la facilitatrice, l'infirmière a de la difficulté à décrire les interventions qu'elle fait auprès du patient (Observation 2; 20140526)*

En résumé, les caractéristiques de l'activité favorables à l'implantation et la pérennisation sont que les thèmes cliniques soient pertinents pour les infirmières et contribuent à motiver la participation de ces dernières au club de lecture. S'ajoute la discussion facilitée par l'animatrice où il y a place à l'échange entre les infirmières des secteurs de l'oncologie comme élément favorisant la participation.

### **Le contexte : une équipe réflexive de gestionnaires**

Le contexte est une dimension fondamentale à l'implantation et la pérennisation du club de lecture. En particulier, l'équipe de gestionnaires est un élément du contexte qui est important dans notre étude. Le club de lecture a été vu dès l'implantation comme une activité où la pratique clinique est mise de l'avant et les gestionnaires mettent tout en œuvre pour que l'activité perdure. Cette équipe est présente et à l'écoute des besoins des infirmières. Cette réflexion constante de la part des gestionnaires fait qu'elles n'hésitent pas à réajuster et à modifier l'activité, afin que celle-ci perdure. Elles sont en évolution constante, pour répondre à ces besoins.

*On réfléchit tout le temps. Ça dure parce qu'il y a une synergie, parce qu'il y a une volonté, parce qu'il y a une compétence, parce qu'on le remet comme prioritaire, qu'on y croit et que l'on s'entraide. (EI002; 49)*

### **Une structure organisationnelle qui valorise la pratique clinique et la pratique fondée sur des résultats probants**

Une des spécificités du milieu choisi pour l'étude est qu'il est doté d'une structure organisationnelle axée sur l'excellence des soins infirmiers. Cette structure contribue par différentes activités à encourager, à soutenir et à faire connaître les travaux des infirmières, de même qu'elle soutient financièrement le club de lecture, par le biais

des repas offerts. Le fait que le CHU ait cette structure a aussi contribué à faire reconnaître le club de lecture comme activité de formation continue et cette structure assiste l'équipe de gestionnaires, en facilitant la publicité entourant l'activité. De plus, cette structure soutient la diffusion d'activités qui découlent du club de lecture pour que les retombées soient connues d'un plus grand nombre : présentations à d'autres professionnels, présentations à des colloques.

*Dans ce cas-ci, la structure permet de soutenir, de questionner, d'amener comment peux-tu être utile, d'ouvrir des portes aussi de dire : « bon écoute vous avez tenu le club de lecture, est-ce qu'il y a une présentation qu'on pourrait faire en même temps pour faire connaître? » on l'a fait reconnaître au niveau des unités de formation, ça, c'est un autre plus aussi... Publiciser finalement que nous sommes là! (EI002; 85)*

Plusieurs gestionnaires ont mentionné que la structure organisationnelle en place contribuait à la reconnaissance des activités d'apprentissage pour les infirmières et contribuait fortement à la culture de formation présente dans l'organisation. Le milieu de l'étude, le programme d'oncologie, est aussi spécifique. Une des gestionnaires a mentionné que le fait que les soins évoluent rapidement dans ce domaine et que les patients soient informés incitait, selon elle, les infirmières à mettre leurs connaissances à jour. Cet aspect même si soulevé par une seule personne peut expliquer pourquoi l'activité perdure dans ce secteur.

*Valoriser la pratique clinique.*

La plupart des gestionnaires ont mentionné avoir à cœur la pratique clinique, la valoriser et faire en sorte que les infirmières soient outillées et soutenues et que les patients en bénéficient. Pour elles, l'activité du club de lecture et le soutien

qu'elles y mettent est une façon de démontrer aux infirmières l'importance qu'elle revêt pour elles. Une d'entre elles souligne d'ailleurs qu'un des éléments qui fait le succès de la pérennité du club de lecture est ce souci pour la pratique clinique.

*Il dure parce qu'il y a une culture clinique très forte... quand on a des gestionnaires qui sont axées sur la pratique clinique, ça fait une différence, parce qu'on la valorise. (EI002; 55)*

L'ensemble des gestionnaires rencontrées souligne qu'elles sont en soutien à l'activité, que tout le succès revient aux infirmières. Ce soutien se situe à différents niveaux. Premièrement, les gestionnaires reconnaissent et encouragent, de façon personnelle, la participation à l'activité. Elles inscrivent et sollicitent directement des infirmières à l'activité. D'ailleurs, elles-mêmes y participent, de façon régulière, pour montrer l'importance qu'elles y portent.

*Pour moi, c'était important de promouvoir, de soutenir l'activité soit par la diffusion ou par ma participation. Premièrement, ma présence peut montrer l'importance que j'y accorde. (EI004; 9)*

L'équipe de gestionnaires lors de ses rencontres régulières discute à du déroulement du club de lecture et des modifications qui pourraient y être apporté. Elles sont à l'écoute des difficultés rencontrées et exprimées par les infirmières et tentent de trouver des solutions pour que le club de lecture demeure un succès.

#### *Soutenir une pratique fondée sur des résultats probants*

Une des idées de départ du club de lecture était de rapprocher la recherche de la pratique clinique des infirmières. Le souci de rattacher les questions cliniques des infirmières à une recherche scientifique est nommé par toutes les gestionnaires. Le club de lecture est vu comme un endroit pour démystifier la recherche clinique, même si le format de départ qui devait davantage inclure une analyse critique de textes, a été

modifié. Les gestionnaires ont écouté et entendu les infirmières et maintenant le format, même s'il est devenu un résumé du texte plutôt qu'une critique, répond mieux aux besoins des infirmières. Le but de faire lire des articles est tout de même atteint et l'espace de discussion, pour faire des liens avec la pratique clinique, demeure une stratégie pour rapprocher la recherche de la pratique.

*Il s'agit d'avoir une ouverture et juste de démystifier c'est quoi un journal club. Il y en a qui pense que ça va leur prendre un investissement à ne plus finir. On leur dit « les articles ce n'est pas si compliqué que ça là puis tes questions n'ont pas besoin d'être de grandes questions scientifiques. Cela peut être juste ce que toi tu as besoin de savoir pour ta pratique sur le terrain. » (EI007; 88)*

*Le défi c'est comment amener les gens à baser leur pratique sur des données probantes, les sensibiliser de plus en plus à ce que lorsqu'elles développent quelque chose de se demander : quelles sont les meilleures pratiques qui doivent être mises en place? (EI004; 19)*

Quelques infirmières mentionnent même que leur participation leur a ouvert l'esprit et leur a donné confiance en leur capacité de participer à une activité, où il y avait lecture de textes scientifiques. Certaines expliquent qu'au départ le fait qu'elles avaient moins de scolarité que leurs collègues ayant une scolarité universitaire les intimidait. Cet aspect est vu comme un obstacle avant leur participation, mais qui n'existe plus maintenant.

*Il y a toujours... une technicienne versus une bachelière... il y a comme une hiérarchie et on la sent. Moi j'ai été peut-être trop longtemps à me fermer sur moi et maintenant j'essaie d'être plus ouverte et j'en profite alors peut-être que je comprends mieux et que j'apprends des choses... (FG2; 36)*

*Des fois, c'est trop scientifique pour la petite technicienne, je me dis : ai-je la capacité intellectuelle? Je me dis lorsque je lis le texte que veulent-ils dire? Alors là je le relis, mais je ne comprends pas plus. Finalement, je me dis quand on va en parler à la rencontre je vais comprendre plus. (FG2; 93)*

## **Le leadership visionnaire des gestionnaires**

L'équipe de gestionnaires partage une vision commune de leur implication afin de favoriser la pérennité du club de lecture. Pour les gestionnaires, cela signifie de veiller constamment au bon déroulement des activités du club de lecture, d'agir de façon proactive en demeurant à l'affût des besoins des infirmières en ajustant les modalités si nécessaire et d'accepter d'implanter le club de lecture de façon progressive afin de le rendre pérenne.

### *Travailler en synergie : une structure de soutien*

Dès les premiers contacts, la force et la cohésion de l'équipe de gestionnaires sont ressorties comme premières impressions chez la chercheuse. L'équipe est solidaire : lorsqu'une personne propose un projet, elle en parle aux autres et, une fois qu'elles se sont mises d'accord, il y a une synergie et toutes font en sorte que le projet fonctionne.

*Il faut juste se coordonner puis se mettre d'accord que c'est une cible. Vraiment, les gens sont solidaires dans l'équipe de gestion ici. Pour enligner quelque chose puis là on va le travailler, mais il faut le garder en tête, il ne faut pas lâcher le morceau en cours de route (EI001; 68)*

Cette entraide est vue comme un élément de pérennité par plusieurs gestionnaires. Toutes décrivent l'implication qu'elles ont dans la réalisation du club de lecture. Elles mentionnent avoir le projet à cœur, vouloir qu'il fonctionne, continue et soit revu régulièrement de façon à le bonifier au besoin. Dès le départ, elles se sont impliquées et le demeurent encore cinq années plus tard. Elles participent aux rencontres

la plupart du temps et s'assurent de le promouvoir et d'encourager les infirmières à participer.

### *Adopter une vision proactive*

Même si cette activité est un succès, l'équipe de gestionnaires travaille à se renouveler continuellement. Toutes les gestionnaires rencontrées ont mentionné qu'elles songent à des ajouts à cette activité, des modifications pour la bonifier et à exporter les apprentissages à d'autres équipes. Dans les changements proposés, des rencontres pourraient être organisées avec les autres quarts de travail pour que toutes les équipes sentent qu'elles ont participé au développement d'outils de soins, par exemple l'outil d'évaluation de la fatigue ou des documents d'information à remettre aux patients. Les expériences sont aussi différentes, selon les quarts de travail, et cela permettrait d'enrichir les discussions, selon plusieurs gestionnaires. D'autres suggèrent d'organiser des rencontres plus spécialisées en équipe interdisciplinaire. Les sujets seraient à ce moment, plus spécifiques. Une des gestionnaires mentionne intéressant le fait de modifier les questions posées lors des rencontres pour être encore plus centrées sur la pratique des infirmières et moins sur les expériences des patients.

Toutes ces suggestions illustrent que l'équipe de gestionnaires est proactive dans sa vision du club de lecture, cherche des améliorations et fait en sorte que le club demeure actif. Elles réalisent aussi que le succès est en partie grâce à elles mais mettent en valeur le fait que ce sont les infirmières qui présentent, participent et gardent vivant le club de lecture, puisque sans leur participation, ce club n'existerait pas.

### *Commencer avec la méthode des petits pas*

Même si au départ peu de gens participaient, les gestionnaires ne se sont pas découragées. Elles ont poursuivi les rencontres, les ont laissées à l'agenda et ont perduré dans leurs efforts. Aujourd'hui, c'est une activité qui perdure et que les infirmières apprécient. D'ailleurs, l'une des gestionnaires donne un conseil pour ceux qui voudraient se lancer dans ce genre d'activité.

*Si je pense à exporter cette expérience-là dans un autre centre, où il n'y en a pas, c'est la méthode des petits pas. Il ne faut pas que les gens se découragent, parce qu'au début, il n'y a pas beaucoup de présence. Au début, on n'était pas beaucoup au club, puis, tranquillement, on en est venu à faire un grand cercle et là il y a plus de gens... (EI007; 86)*

### **Le processus : une trajectoire avec des retombées concrètes pour la pratique, les soins aux patients et l'identité professionnelle**

La prochaine section présente la trajectoire du club de lecture, à travers ses cinq années d'existence. Partant de l'idée de départ, puis la première phase du club de lecture, nous poursuivons avec une description du processus actuel de l'activité, soit des processus réflexifs et de transfert des apprentissages dans la pratique qui ont des retombées pour la pratique, les soins aux patients et l'identité professionnelle des infirmières.

### **L'idée de départ**

L'infirmière qui a initié l'idée de créer le club de lecture souhaitait un espace d'échanges avec ses collègues pour faire le lien entre les écrits et la pratique dans son milieu. Les sujets d'échanges devaient prendre naissance dans la pratique. Puisque des

écrits étaient disponibles sur les meilleures pratiques de création d'un club de lecture, ces lectures furent consultées de façon à bâtir un cadre pour l'implantation du club de lecture.

*Provenir de la pratique : l'idée d'une infirmière*

L'idée de départ provient d'une des infirmières qui souhaitait une activité éducative réunissant ses collègues de travail et qui permettrait leur développement professionnel. Certaines infirmières exprimaient le désir d'un espace pour discuter des écrits récents et échanger avec leurs collègues. L'infirmière qui a proposé l'idée et la CCSI en poste à ce moment avaient une expérience de participation à des rencontres de type club de lecture.

*Il existe depuis 2009, il était vraiment fait dans une volonté de créer des espaces de parole, de discussion et d'échanges autour des sujets les plus variés, mais en ce qui a trait à tout ce qui touche le soin. (EI002; 7)*

*Quand cela a commencé, c'était une volonté des gens sur le terrain. En fait, une infirmière en particulier qui disait ça serait le fun qu'on ait un endroit avec un club de lecture. (EI006; 7)*

*S'inspirer des meilleures pratiques pour l'implantation d'un club de lecture*

La CCSI et l'infirmière qui ont proposé le club de lecture, ont réalisé une recension des écrits pour identifier les meilleures pratiques des clubs de lecture et bâtir un cadre à partir de ces lectures. Le club de lecture a ainsi été lancé avec le but d'échanger et d'identifier les meilleures pratiques. La CCSI a donc agi à titre de conseil et de soutien pour mettre en œuvre l'activité. Trouvant que c'était une bonne idée et puisque les textes devaient être en français, la CCSI a d'abord regardé dans les revues

francophones d'oncologie, a sélectionné des textes qui lui semblaient pertinents et a remis ces textes aux infirmières.

### **Un processus réflexif : la première phase et le processus actuel**

Dès le départ, l'évaluation constante du club de lecture a suscité une réflexion et un questionnement de la part des gestionnaires sur les modalités à mettre en place pour assurer la pérennité. Cela a permis l'ajout de nouvelles ressources pour favoriser la participation des infirmières. Le processus actuel comprend une documentaliste pour la recherche des articles et l'ajout d'une nouvelle mesure incitative à la participation. Les infirmières des autres unités de soins en oncologie participent en plus grand nombre ce qui concoure à la pérennité. La flexibilité démontrée par les gestionnaires lors de l'implantation et les nouvelles mesures ajoutées contribuent à la pérennité du club de lecture.

#### *Progresser au rythme des infirmières : évaluer et adapter le club de lecture*

Pour le premier club de lecture, la CCSI a proposé plusieurs articles aux infirmières désirant participer, puis elle leur a demandé lequel elles voudraient discuter et l'article fût le point de départ des discussions. Elles étaient un groupe de huit ou neuf infirmières se réunissant les lundis à heure fixe. Mais rapidement un des premiers obstacles fut la participation, ce qui finit par nuire à l'échange puisque les mêmes infirmières devaient souvent présenter.

Après trois ans, ayant un souci de rejoindre un plus grand nombre de personnes pour enrichir la discussion, l'équipe de gestionnaires s'est réunie en 2012 pour apporter des modifications au processus.

*Les infirmières se libéraient plus ou moins, les gestionnaires véhiculaient l'information, mais ça ne levait pas... Alors, on s'est assises à la fin de l'année et on a fait comme un bilan. Puis, on a passé un questionnaire de satisfaction et les gens qui participaient étaient quand même contents, mais on ne rejoignait pas l'ensemble des infirmières. (EI006; 16)*

Les gestionnaires ont maintenu ce qui fonctionnait bien : la journée, les articles scientifiques en français, l'espace de discussion et la présentation par les infirmières. Puis, elles ont ajusté certains aspects, comme enlever la partie critique de l'article pour discuter plus longuement des liens avec la pratique clinique des infirmières, pour répondre aux difficultés exprimées par les infirmières.

Dès le départ, une démarche d'évaluation du club de lecture a été instaurée par l'équipe de gestionnaires. Cette évaluation était surtout orientée vers le respect des besoins des participantes et les moyens d'améliorer le club, pour qu'il corresponde à leur pratique. Ce souci de l'évaluation est nommé par plusieurs gestionnaires, car leur idée première était d'améliorer la pratique clinique en étant à l'écoute des besoins des infirmières.

*C'est la préoccupation de l'évaluation que nous avons eue dès le départ, d'évaluer si les gens étaient satisfaits de la formule. Est-ce qu'il y avait des choses à améliorer? Les thèmes rejoignaient-ils les infirmières? Les thèmes ont toujours été des thèmes cliniques... (EI001; 36)*

### *Collaborer avec d'autres*

Suite aux rencontres, les gestionnaires obtinrent une allocation de ressources pour solliciter la participation des infirmières. Grâce à ces argents, le repas serait offert gratuitement aux participantes. L'ajout de l'aide de la documentaliste de la bibliothèque, pour la recherche des articles pertinents en lien avec la question clinique, a été un atout majeur pour les CCSI, qui n'avaient plus à faire cette recherche. Cela leur a permis de consacrer leur temps à se préparer et accompagner les infirmières dans leur propre préparation.

### *Ajouter une mesure incitative*

De plus, l'arrivée de la norme de formation continue de l'OIIQ, en 2012, a conduit la CCSI à obtenir des unités créditées de formation continue pour la participation aux rencontres du club de lecture. Donc, l'ajout de ces unités de formation continue fut une mesure incitative importante pour attirer un plus grand nombre. Le choix de la journée fût gardé, mais l'heure modifiée, car elle ne convenait qu'à certaines. L'heure est maintenant de 12 h 30 – 13 h 30, ce qui coïncide avec les heures de repas des infirmières, sur les unités de soins. Les repas fournis gratuitement ont permis aussi aux infirmières d'arriver à l'heure, car elles *n'avaient pas à courir se chercher un repas*.

### *Engager toutes les unités.*

La modification majeure fût dans l'approche prise pour les rencontres du club de lecture. Au départ, un article était choisi parmi plusieurs et puis une discussion suivait. Il est évident que ces articles rejoignaient la pratique, mais, depuis 2012, les gestionnaires

ont décidé de faire autrement. Pour le premier club, selon la *nouvelle formule*, les gestionnaires se sont réunies et ont réfléchi à un thème transversal aux différentes unités de soins. C'est de cette réflexion, alimentée par les questions qu'elles avaient des infirmières, que le sujet du sommeil est venu, comme premier thème de la formule améliorée.

*L'été 2012, on s'est dit quel serait le sujet qui rejoindrait nos équipes de soins infirmiers à travers le programme. Puis, on s'est dit que le sommeil, chez la clientèle, ça pourrait être intéressant... (EI004; 31)*

Une campagne de publicité avec affiches, courriels et sollicitation sur l'unité a aussi été entreprise. Les infirmières ont participé en grand nombre et, à la surprise des gestionnaires, le thème fût tellement rassembleur qu'il y eut quatre rencontres sur le sommeil. Chaque fois, un élément différent, en réponse aux questionnements des infirmières était discuté. Cela a contribué à la mise en place de nouveaux outils pour les infirmières et à la création de documents pour la clientèle.

*Les infirmières étaient très enthousiastes et contentes de la nouvelle façon de faire. Puis c'est là qu'il y a eu, je pense, quatre clubs de lectures qui nous amenaient à un niveau différent sur la problématique du sommeil (EI004; 31)*

#### *Entretenir le succès*

Ce nouveau modèle rejoint tellement les infirmières que de sept ou huit, elles sont maintenant plus d'une vingtaine à chaque rencontre. Le fait que la question clinique soit le point de départ du choix des articles et qu'il y ait un espace pour l'échange plaît à plusieurs infirmières. Cela leur permet d'aller en profondeur et d'avoir réponse à leur question.

*Le point majeur a été de changer notre façon, notre approche. Donc ne pas partir d'un article scientifique puis juste en discuter, mais de partir d'un questionnement et de ce questionnement-là aller chercher des articles scientifiques puis par la suite en discuter. En fait avant, à chaque club de lecture, on passait de sujet en sujet sans approfondir... (EI006; 63)*

### *Être flexible*

Une des forces est la flexibilité que toutes doivent avoir afin que les barrières rencontrées ne soient pas un obstacle permanent, mais plutôt temporaire. Pour leur participation, les infirmières ont certaines difficultés à surmonter. Le premier étant de se libérer et d'arriver aux rencontres à l'heure et l'autre de s'assurer d'avoir des collègues qui acceptent qu'elles quittent. Puisqu'elles travaillent dans des milieux ultras spécialisés, qui demandent des soins complexes, elles ne peuvent laisser leur travail à leurs collègues. Donc, si elles n'ont pas terminé certains soins, elles ne peuvent se rendre à la rencontre.

*Il y en a beaucoup qui aimeraient ça venir, mais elles ne peuvent jamais venir. Ce n'est pas parce qu'elles ne savent ni parce qu'elles ne veulent pas, mais elles n'ont pas assez de personnel pour dire « on en envoie deux, trois ». Elles ne peuvent pas partir beaucoup en même temps... (FG1; 411)*

*Alors, ce n'est pas facilitant, et faire couvrir ta section par une autre infirmière qui a sa section ce n'est pas sécuritaire, s'il y avait quelqu'un qui viendrait te remplacer pas juste couvrir ta section là il y aurait peut-être plus de gens qui pourraient participer. (FG2; 46)*

Un élément mentionné par plusieurs, tant les gestionnaires que les infirmières, est que le club évolue, change et se module, selon les besoins. Une certaine flexibilité est appréciée, car cela démontre une écoute des besoins, mais aussi une compréhension de la charge de travail des infirmières. Ceci est illustré par le fait que les gestionnaires comprennent que, quelques fois, les infirmières n'ont pas eu le temps de lire l'article ou

que celle qui présente fait une présentation selon une stratégie avec laquelle est se sent à l'aise, présentation verbale sans support visuel par exemple. Même si le cadre de départ était de critiquer un article scientifique, les modifications apportées avec le temps semblent plaire et répondre aux besoins de la majorité. Cette flexibilité fait en sorte que le même sujet peut être traité pendant plusieurs rencontres du club et de façon plus approfondie. Une des grandes forces qui explique la pérennité est qu'il y a place pour la créativité de tous et que le cadre en place est flexible.

*Je pense qu'on rejoint plus les gens en ce sens, parce qu'il y a des gens qui n'ont pas le temps de lire l'article avant d'aller au club de lecture, mais qui veulent quand même y aller pour apprendre... (EI006; 58)*

*Il faut accepter que des fois certaines choses tombent parce que les infirmières se voient incapables de faire ça. (EI001; 223)*

### **Un processus de transfert des apprentissages vers la pratique**

Plusieurs retombées sont décrites par les participantes à notre étude. Un des éléments, essentiel à leur participation, est que le club ait des retombées concrètes et que les infirmières appliquent les apprentissages dans leur pratique. Les retombées se situent à différents niveaux soit; pour le développement des infirmières, pour leur pratique, pour leurs collègues de l'unité où elles pratiquent et surtout pour leurs patients.

#### *Transférer les apprentissages dans sa pratique*

Puisque les sujets du club sont associés de près à la pratique, un des éléments qui amène les infirmières à continuer de participer, c'est qu'elles y voient un avantage pour leur pratique au quotidien. Malgré le fait que plusieurs aient beaucoup d'années d'expérience, les infirmières rapportent qu'elles ont le sentiment d'être meilleures pour

soigner, car elles ont plus de ressources et un plus grand bagage, pour soigner les patients. Les infirmières soutiennent que les apprentissages réalisés au club de lecture leur a permis, entre autres, de mieux évaluer et d'intervenir auprès de leur clientèle.

*Il y a tout l'aspect évaluation avant ça je me sentais plus limité à l'aspect collecte des données. Puis maintenant, il y a l'évaluation et la recherche de solutions par exemple en lien avec une problématique psychologique (FG1; 330)*

*Un professionnel c'est celui qui est capable de ramener l'information, l'analyser, de suggérer et d'apporter une solution aux problèmes. Une solution, elle peut être à sa portée comme elle peut le dépasser et à partir de ce moment on réfère. Est-ce que je l'ai fait? Je l'ai fait quelques fois (FG1; 325)*

#### *Partager les apprentissages avec les collègues*

Un des bénéfices rapporté par toutes les infirmières des *focus groups* est le partage avec les collègues. Suite à la rencontre du club de lecture, il y a un échange, un intérêt de la part de certaines collègues, qui ne peuvent participer, à connaître ce dont il a été question pendant le club. Cela démontre que les retombées rejoignent même celles qui ne peuvent participer. Les infirmières de l'unité apprennent que certains outils, qui sont discutés lors du club, peuvent être utilisés pour leur pratique. On peut voir qu'un certain transfert de connaissances semble se faire avec les collègues de l'unité de soins.

*Parce qu'il y en a qui sont au chevet des patients, ce n'est pas tout le monde qui assiste au journal club alors cela fait une sorte de transfert des connaissances. On part d'un lieu et d'un certain nombre de collègues pour pouvoir aller toucher l'ensemble des infirmières. (FG1; 408)*

Puis, quelques gestionnaires mentionnent que les infirmières en étant plus au fait de certaines problématiques chez les patients, comme la fatigue, les amène à en discuter avec les autres professionnels qu'elles côtoient.

*Le cancer, c'est très difficile, alors on est plus porté à leur poser cette question sur la fatigue. Même, maintenant, les médecins sont portés, même s'ils ne participent pas à nos rencontres, à parler de fatigue. Le fait que les infirmières l'évaluent a sensibilisé les médecins à l'évaluer aussi. (EI005; 84)*

*Utiliser ses connaissances pour offrir de meilleurs soins aux patients*

Les gestionnaires mentionnent que le club a aidé les infirmières à articuler, à prendre certaines positions avec les équipes interdisciplinaires. Les rencontres du club de lecture ont permis aux infirmières d'acquérir un langage qui les aide à articuler les problématiques vécues par leurs patients. Lors des discussions de la transition des soins curatifs aux soins palliatifs, entre autres, il y a eu des changements notables.

*Cela a aidé les gens à se positionner et à être capable de discuter lors des rencontres interdisciplinaires à prendre position. Puis, à être capable de donner leur opinion vis-à-vis l'équipe médicale, vis-à-vis les autres professionnels pour expliquer comment la clientèle vivait ça. (EI004; 105)*

Les échanges pendant les rencontres, amènent la production de documents, d'outils ou modifient des façons de faire qui conduisent à de meilleurs soins pour les patients. À titre d'exemples, des outils d'évaluation de la fatigue, des documents d'information sur le sommeil à remettre aux patients ont été implantés et sont utilisés dans le milieu. Même si le patient n'est pas nécessairement au fait de ce que les infirmières apprennent, ils en sont les bénéficiaires directs que ce soit à travers l'enseignement où certains sujets sont touchés plus tôt qu'auparavant ou qu'ils connaissent à qui s'adresser lorsque certaines problématiques se présenteront dans leur épisode de soins. Ces éléments ont un impact, selon les participantes, auprès de leur clientèle. Autant les gestionnaires que les infirmières voient ces bénéfices et rapportent une amélioration dans les soins.

*On apporte des choses plus concrètes, des documents, des questionnaires, des choses qu'on utilise par la suite pour nous aider à trouver des solutions avec le patient (EI005; 21)*

Les retombées nombreuses et la flexibilité de la formule ont permis un ajustement continu du processus pour l'implantation et la pérennité de l'activité.

En résumé, les rencontres du club de lecture perdurent depuis cinq ans. Notre question de départ était de décrire les trois dimensions de l'implantation et la pérennisation d'une activité de développement professionnel avec un groupe d'infirmières. Les réponses à nos questions de recherche révèlent principalement trois résultats majeurs pour notre étude et permettent une certaine généralisation de nos résultats. Tout d'abord le fait qu'au départ l'activité soit liée à la pratique des infirmières qui sont engagées et actives dans leur apprentissage est une des caractéristiques principales. Puis, l'équipe de gestionnaires qui valorise la pratique clinique et la pratique fondée sur les résultats probants en soutenant l'activité à l'aide de stratégies actives, de participation et d'écoute forme un contexte réflexif qui contribue à la pérennisation de l'activité. Finalement, les retombées concrètes amènent les infirmières à continuer de participer, puisque l'idée de départ vient de la pratique pour la pratique, et que les processus de réflexion tout au long de l'implantation et de la pérennisation ainsi que de transfert des apprentissages dans la pratique contribuent à favoriser la participation de chacune. Les infirmières voient ainsi un bénéfice, pour la pratique, les soins aux patients et pour leur identité professionnelle.

***Chapitre V : Discussion***

Ce dernier chapitre présente une discussion des principaux résultats de l'étude en lien avec les écrits scientifiques. Elle s'organise autour des trois dimensions du cadre soit les caractéristiques, le contexte et le processus de l'activité qui a mené à la pérennité. Puis l'utilité du cadre de Pettigrew et Whipp (1991) adapté par Stetler et al. (2007) comme cadre de référence, sera discutée ainsi qu'une critique de la méthode et les limites de l'étude. Finalement, quelques idées pour la pratique, la gestion, la recherche et la formation seront proposées.

Un élément principal est souligné pour chacune des trois dimensions. Tout d'abord la caractéristique principale est que l'activité en est une où les infirmières sont engagées et actives dans leur apprentissage. Puis le contexte est déterminé par une équipe de gestionnaire qui valorise la pratique clinique et les résultats probants. Finalement, les retombées sur l'identité professionnelle des participantes est un élément principal du processus qui contribue à ce que l'activité soit pérenne. Les trois éléments interagissent entre eux afin de soutenir la pérennisation. Si l'un des éléments était moins présent, cela pourrait possiblement avoir un impact sur la pérennité du club de lecture et le développement professionnel.

## **Une activité liée à la pratique où les infirmières sont engagées et actives dans leur apprentissage**

Nous retenons comme caractéristique principale que l'implication active des infirmières, à partir de ce qu'elles vivent dans leur pratique clinique est une condition essentielle à la pérennisation. Cet engagement leur permet d'orienter la direction du club de lecture et leur développement professionnel. Les infirmières décident des sujets à partir de leur propre question clinique et ce sont elles qui prennent le leadership des rencontres du club de lecture. Le choix de stratégies actives, telle que la discussion en lien avec la pratique et la recherche de solutions, plaît à toutes les participantes interrogées. Même si les infirmières ne mentionnent pas explicitement le fait d'avoir des stratégies actives comme étant un facteur à leur participation, elles apprécient le fait de questionner leur pratique pendant le club de lecture et de la modifier rapidement après les rencontres. Ces aspects contribuent à motiver la participation des infirmières et à pérenniser l'activité. Cela rejoint l'idée de participation engagée des infirmières suggérée par Williams (2010) et Griscti et Jacono (2006). Ces auteurs mentionnent que les infirmières, afin d'apprendre, doivent se sentir engagées dans l'activité et que cette dernière doit avoir un lien avec leur pratique afin d'avoir un changement pérenne.

L'engagement des infirmières dans leur apprentissage apparaît également être conséquent à une volonté des infirmières de cette étude de briser l'isolement vécue dans leur pratique. Ce résultat n'était pas attendu de la chercheuse. Dans les écrits recensés, nous n'avions pas trouvé cet avantage pour les clubs de lecture. Par contre, les communautés de pratique soulèvent cette idée de mettre en contact des professionnels de

milieux différents, certaines communautés sont en ligne, tels que les professionnels qui travaillent en région éloignée afin d'échanger leurs connaissances (Wenger et al., 2002). Puisque notre étude se déroulait dans un centre hospitalier où les professionnels se côtoient au quotidien, nous n'avions pas pensé que les infirmiers pouvaient ressentir ce sentiment d'isolement. Pourtant, plusieurs infirmières décrivent leur pratique comme étant isolée des autres infirmières, soit par le fait qu'elles soient en minorité sur leur unité de soins ou par le fait que leur pratique soit auprès d'une clientèle ambulatoire. Les rencontres du club deviennent alors un lieu d'échange, de discussion et de soutien relativement à ce qu'elles vivent dans leur pratique quotidienne. Ce bris d'isolement dans leur pratique motive la participation des infirmières au club de lecture contribuant ainsi à la pérennisation de l'activité.

Le niveau de scolarité semble, selon les discussions des participantes, influencer l'engagement dans l'apprentissage. Une particularité de la formation infirmière au Québec est qu'il existe différents niveaux de scolarité donnant accès au même droit de pratique. Certaines participantes qui ont un diplôme d'études collégiales ont mentionné qu'elles se sentaient intimidées au départ à participer à un club de lecture où *tout le monde a au moins un baccalauréat*. L'explication donnée par ces participantes est qu'une certaine hiérarchie existe déjà sur les unités de soins et qu'elles avaient peur de se sentir *moins aptes* à lire de la littérature scientifique. Par contre, lorsque ce point de vue a été amené pendant les *focus groups*, toutes les infirmières, peu importe leur scolarité, ont précisé avoir de la difficulté à lire les articles et à en saisir le sens. Cette difficulté à lire des articles scientifiques est soulevée par Kupferschmid et al. 2013 et pourrait nuire à la participation de certaines infirmières à une activité de type club de

lecture. Si les articles choisis sont continuellement trop difficiles à lire pour les infirmières, la pérennisation d'une telle activité pourrait en être compromise.

La qualité des échanges est une autre caractéristique qui rejoint plusieurs participantes. Ces échanges rendent les infirmières actives et responsables de leur développement, puisque les commentaires contribuent à l'amélioration de leurs connaissances. Le fait que les rencontres soient avec des infirmières, ayant en commun le soin de patients qui vivent avec un cancer mais qui travaillent dans différents secteurs, enrichit la qualité des échanges, selon plusieurs participantes. Elles mentionnent qu'elles apprennent des autres et peuvent transférer ces apprentissages dans leur pratique au quotidien ce qui motive leur participation et favorise la pérennisation de l'activité. D'ailleurs, plusieurs études soulignent cet aspect d'échange avec les autres infirmières comme étant un des moyens préférés des infirmières, pour acquérir de nouvelles connaissances (Estabrooks et al., 2005; Kupferschmid et al., 2013; Larue et al., 2013; Nesbitt, 2013; Pool et al., 2013; Williams, 2010).

Dans notre étude, la présence des CCSI, comme facilitatrices, est une des caractéristiques au soutien de l'activité et de la pérennisation. Cet aspect où le rôle de facilitatrice était essentiel pour l'apprentissage des participantes lors de la tenue d'une activité avait été identifié dans des études antérieures (Kupferschmid et al., 2013; McCormack et al., 2009; Raelin, 2008). Cet aspect d'avoir des mesures incitatives, comme moyen pour améliorer la participation aux rencontres, n'est pas nouveau et avait déjà été soulevé par Deenadayalan et al. (2008).

## **Une équipe de gestionnaires qui valorise la pratique clinique et la pratique fondée sur des résultats probants**

Dans notre étude, le contexte contribuant à la pérennité de l'activité s'explique en partie par le fait que ce soit une équipe de gestionnaires plutôt qu'une seule personne qui soutient l'activité. De cette façon, le départ d'un membre de l'équipe risque d'avoir moins d'impact sur la pérennité. L'équipe de gestionnaires est à l'écoute des besoins des infirmières et la flexibilité qu'elles démontrent à vouloir répondre à ces besoins font que l'activité est pérenne. Buchanan et al. (2005), dans la revue sur la pérennisation des changements organisationnels, proposaient que le départ de la personne initiant le changement avait un impact sur la pérennisation d'un changement. Pettigrew et al. (1992) soutiennent plutôt qu'une gestion en équipe (*team management*) est une stratégie gagnante qui soutient la pérennisation. Stetler et al. (2009) indiquent le leadership des gestionnaires en place ainsi que la culture organisationnelle de l'équipe, comme éléments gagnants, pour soutenir la pérennité.

Pour la plupart des gestionnaires rencontrées, il n'y a rien de plus important que le soin au patient. Ce contexte est facilitant puisqu'il démontre une valorisation de la pratique clinique. Pour elles, les rencontres du club de lecture sont une façon de valoriser le soin des infirmières aux personnes/familles, de permettre aux infirmières d'exprimer leur expérience, mais en même temps de les sensibiliser à la recherche clinique et aux résultats probants. C'est pourquoi l'activité du club de lecture est si importante. Nous n'avons pas trouvé d'études qui mentionnaient le fait de valoriser la pratique clinique comme résultat favorisant la pérennité. Par contre, certains liens sont

possibles avec les éléments d'un contexte réceptif aux changements cités par Pettigrew et al. (1992) et Stetler et al. (2009) et qui semblent rejoindre ce que nous avons trouvé avec notre étude. Pour les gestionnaires, la valorisation de la pratique clinique est un des aspects le plus important, leurs actions vont donc en ce sens : soutien du club par des mesures incitatives, soutien des infirmières, promotion des activités, des retombées et évaluation continue de l'activité. Pettigrew et al. (1992) de même que Stetler et al. (2009) mettent en évidence qu'un des éléments essentiel d'un contexte réceptif au changement est le fait d'avoir des gestionnaires près des cliniciens avec une culture soutenant le changement. D'autres études rapportent aussi le fait que les gestionnaires doivent créer des formations adaptées aux besoins des infirmières et soutenir des activités collectives de développement professionnel (Pettigrew et al., 1992; Williams, 2010; Wiltsey Stirman et al., 2012).

De plus, l'équipe de gestionnaires ne s'est pas laissé décourager par le fait que les présences aient augmenté graduellement. C'est ce que certaines appellent *la méthode des petits pas*. Elles ont démontré qu'elles maintiennent le projet continuellement à l'ordre du jour et travaillent sans relâche à ce que tout fonctionne. Elles ont aussi démontré une flexibilité dans la formule qui est devenue avec le temps moins rigide qu'un club de lecture traditionnel, mais qui répond plus aux besoins des participantes. Ces efforts soutenus sont mentionnés par Martin et al. (2012) qui soulignent que la pérennité est un processus sans fin qui requiert un effort constant qui ne doit jamais être tenu pour acquis. L'équipe de gestionnaires s'est souciée, dès les premiers moments du club de lecture, d'évaluer et de se réajuster au fur et à mesure pour répondre aux besoins des infirmières et démontrer un soutien proactif. À cet effet, des auteurs suggèrent que la

pérennité soit vue non pas comme un problème, mais plutôt comme un processus à considérer dès l'implantation d'un projet (Buchanan et al., 2005; Pettigrew et al., 1992; Pluye et al., 2005).

Malgré l'implication et la volonté des gestionnaires à ce que le plus d'infirmières participent, il réside encore des difficultés dans la participation des infirmières au club de lecture. L'équipe d'infirmières travaillant en oncologie ambulatoire peut rarement participer en raison d'une organisation de travail différente. Tout est encore organisé pour favoriser la participation des quarts de travail de jour seulement. Deux revues des écrits mentionnent ces aspects organisationnels dans la difficulté pour les infirmières à participer à un club de lecture (Baker et al., 2010; Santos, 2012).

### **Une trajectoire avec des retombées concrètes pour la pratique, les soins aux patients et l'identité professionnelle.**

Les apprentissages réalisés par les participantes pendant club de lecture est vu comme un processus essentiel de la pérennité. Selon les participantes à notre étude, elles ont une meilleure confiance en leurs habiletés comme professionnelles et cela contribue à créer un sentiment de valorisation professionnelle. Elles sentent que les collègues, infirmières, technologues ou médecins, les identifient comme personnes-ressources et, de cette valorisation, elles soulignent en retirer une satisfaction personnelle. Bien que des résultats similaires aient été identifiés par Kupferschmid et al. (2013), ces auteures l'expliquaient par le choix des articles, pour leur club de lecture, qui était axé sur la « discipline infirmière et les courants de pensée actuels » (p. 84). Ceci n'est pas le cas pour notre étude, puisque les articles discutés au club de lecture étaient axés

principalement sur la pratique clinique des infirmières. Un résultat similaire avec des choix de lectures différentes nous permet de penser que le fait d'améliorer ses connaissances, de réfléchir à sa pratique et de développer des interventions pour cette pratique amène un développement des compétences qui entraîne une consolidation de son identité professionnelle.

Les participantes mentionnent aussi qu'elles ont des résultats concrets sur leur pratique que ce soit lorsqu'elles développent des outils de soins suite au club, de nouvelles connaissances acquises par le biais de l'article ou de l'échange qui s'ensuit. Cet aspect était attendu puisque plusieurs études rapportent que les activités de développement professionnel amènent des impacts positifs sur la pratique (Honey & Baker, 2011; Larue et al., 2013; Nesbitt, 2013; Stolee et al., 2009). Puisque les apprentissages sont signifiants et qu'un transfert de ces apprentissages est fait dans la pratique suite au club de lecture, cela contribue à favoriser la pérennisation de cette activité de développement professionnel. Cette idée de signification de l'apprentissage et du lien avec la pérennisation d'un changement a été soulevée par Greenhalgh et al. (2004) dans sa revue des écrits sur la diffusion d'innovations dans les organisations de service.

Finalement, les retombées lors des interventions auprès des patients sont aussi un élément du processus de transfert des apprentissages qui est significatif dans notre étude. Les infirmières mentionnent qu'en améliorant leurs connaissances et habiletés, elles se sentent plus aptes à évaluer les situations cliniques et expriment intervenir plus rapidement pour certaines problématiques vécues par leurs patients. Grâce, en partie,

aux outils développés pour les patients, les infirmières décrivent comment leurs patients sont maintenant mieux outillés pour faire face à certaines problématiques pouvant survenir dans leur parcours de santé. Il serait intéressant de mesurer ces retombées puisque cela demeure encore anecdotique et basé sur une évaluation des infirmières. Des études soulignent cette grande difficulté qui réside encore dans la mesure des impacts des activités de développement professionnel auprès des patients (Honey & Baker, 2011; Stolee et al., 2009).

Toutes ces retombées du club de lecture rejoignent les écrits qui portent sur la communauté de pratique. Cette dernière a comme caractéristiques l'échange de nouvelles connaissances, l'apprentissage avec les pairs, le partage d'information et de ressources, de même que l'amélioration de la confiance professionnelle et personnelle (Overton et al., 2009; Wenger et al., 2002). Cette similitude entre nos résultats et les caractéristiques des communautés de pratique s'explique par le fait que différentes unités de soins, d'un même programme, participent aux rencontres. Même si toutes les infirmières rencontrées travaillent dans le milieu de l'oncologie, les différentes unités (soins ambulatoires et soins hospitalisés) qui participent contribuent au partage d'une variété de perspectives et d'expériences. Dans les études recensées pour cette recherche, le club de lecture était souvent réalisé avec une seule unité de soins. Ce qui est nouveau pour notre étude est que le club de lecture inclut tout un programme de soins et non pas qu'une seule unité. Ce partage de perspectives est vu comme facilitant la pérennité par les participantes.

Le caractère interrelié des résultats est intéressant et permet de constater que ce n'est pas qu'une seule dimension qui favorise la pérennité, mais plutôt l'interrelation des trois dimensions. Les thèmes proviennent de la pratique des infirmières travaillant dans divers secteurs de l'oncologie. Le choix des gestionnaires d'utiliser des stratégies actives résultant en des retombées concrètes sur la pratique amènent les infirmières à participer. Puisqu'elles voient des retombées pour elles-mêmes, pour leur clientèle et leurs collègues, les infirmières participent et contribuent, par leur participation à la pérennisation. Ce qui nous amène à nous demander si le transfert des apprentissages vers la pratique réalimente le club de lecture. Puisque l'idée au départ provient de la pratique, nourrit les discussions du club de lecture et retourne dans la pratique par la suite, il aurait lieu de voir si ces changements de pratique amènent d'autres questionnements.

### **Forces et limites de l'étude**

#### **Pertinence de l'étude de cas**

La méthode choisie pour l'étude est pertinente. L'étude de cas a permis d'explorer plus en profondeur les caractéristiques des acteurs impliqués et les processus du club de lecture soutenant l'implantation et la pérennisation. Une des difficultés, recensée dès le départ, était que les études mentionnaient rarement par quel processus elles étaient arrivées à implanter et pérenniser une activité de développement professionnel. Le choix de l'étude de cas, avec la description de l'activité et des processus impliqués, permet une description riche et détaillée tel que décrit par Stake (1995). Cette description permettra à d'autres milieux de se référer aux résultats pour implanter et rendre pérenne leur propre activité de développement professionnel.

## **Pertinence du cadre de référence**

Le cadre de Pettigrew et Whipp (1991) adapté par Stetler et al (2007) a permis de d'examiner tous les éléments impliqués dans la pérennité de l'activité choisie pour notre étude. Il a contribué à formuler les questions de recherche, celles des entrevues et identifier les éléments importants pour chacune des dimensions durant notre analyse.

Certaines difficultés dans l'application du cadre ont été rencontrées puisque les dimensions s'influencent de façon systémique et que ce cadre n'est pas linéaire. Il a été parfois difficile de catégoriser certains éléments des résultats selon le modèle présenté au chapitre 2. Par contre, le fait que ce modèle soit systémique et qu'une dimension peut en influencer une autre a permis de décrire l'interrelation des dimensions entre elles. Cela contribue à décrire en profondeur l'implantation et la pérennisation du club de lecture.

## **Milieu de l'étude et échantillon**

Notre milieu et les participantes sont une force pour notre étude. Notre étude est située dans un programme d'oncologie d'un centre hospitalier universitaire affilié avec la particularité qu'il comporte plusieurs unités de soins différentes; soit des unités de soins ambulatoires et d'hospitalisations. Cette particularité contribue au fait que les participantes vivent différentes réalités au quotidien et enrichit la pratique de celles qui participent à ces rencontres de type club de lecture favorisant la pérennisation de l'activité.

Les entrevues individuelles avec les gestionnaires étaient un choix adéquat puisque cela a empêché le biais de désirabilité sociale identifiée dès le départ. Les

entrevues individuelles avec les gestionnaires de différents niveaux hiérarchiques ont permis d'explorer une hétérogénéité de vécus. Cela a permis de décrire une perspective plus réaliste des différentes implications nécessaires pour la pérennité du club de lecture. Après la quatrième entrevue, il n'y avait plus de nouveaux éléments ajoutés suggérant une certaine saturation des données. Malgré ce fait, sept entrevues individuelles ont été réalisées puisque les gestionnaires avaient accepté de participer et que leur niveau hiérarchique était différent.

Pour les *focus groups*, il a été plus difficile de recruter les infirmières, compte-tenu des contraintes organisationnelles surtout au niveau du temps. Un souci qui est apparu lors du recrutement était de garder confidentielle la participation des infirmières. Puisque les *focus groups* se déroulaient sur les heures de repas, les infirmières qui avaient accepté de participer avaient une heure prédéterminée et devaient se libérer pour ce temps. Peut-être qu'un questionnaire anonyme aurait empêché cette problématique, mais nous aurions eu des réponses plus succinctes, moins riches et détaillées. Avec le recul, les participantes n'ont pas eu de problèmes avec le fait que leurs gestionnaires puissent savoir qu'elles participaient, certaines avaient même mis en copie conforme leur gestionnaire dans leur courriel de réponse. L'échantillon (n=15) incluait des participantes de tous les milieux du programme d'oncologie et de tous les niveaux de scolarité et de gestion, contribuant à faire connaître une diversité de réalités. De plus l'échantillon représente bien celles qui participent à l'activité de club de lecture.

Les participantes à l'étude ont une moyenne de 20 ans d'expérience en soins infirmiers. Il est intéressant de constater que des infirmières expérimentées ont le désir

d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences. Bakker et al., (2013) soulignent d'ailleurs cette observation dans leur revue des écrits. Ils mentionnent que le milieu de l'oncologie est principalement constitué d'infirmières expérimentées. Cela peut-être en partie expliquée par le fait que le milieu de l'oncologie demande une certaine expérience en soins infirmiers.

Certaines limites sont identifiées. Les outils de collecte des données sont basés sur le cadre de référence mais n'ont pas été utilisés pour d'autres études. Il aurait été intéressant de rencontrer les infirmières qui ne participent pas au club de lecture afin de comprendre leur point de vue. Des rencontres avec les patients auraient permis d'avoir leur perception face aux outils développés et s'ils perçoivent une amélioration dans les soins reçus. L'étude de cas n'a été faite que dans un seul milieu et la culture organisationnelle présente peut avoir eu une influence sur les activités de formation et les efforts mis pour la pérennisation du club de lecture.

### **Suggestions pour les divers milieux**

Quelques suggestions peuvent être émises suite aux résultats de notre étude. Pour la pratique, l'implantation et la pérennisation d'une activité de développement professionnel, telle le club de lecture, pourraient être envisagées pour tous les grands secteurs en raison des retombées sur l'identité professionnelle. À titre d'exemple, un club de lecture en cardiologie pourrait répondre aux questions de plusieurs infirmières travaillant dans des unités de cardiologie différentes, mais qui soignent à différents niveaux cette clientèle. La présente recherche donne des pistes pour pérenniser une telle activité. Il importe que les infirmières soient impliquées et actives et que les

gestionnaires valorisent la pratique clinique et les résultats probants. Aussi d'implanter, disséminer et généraliser le format du club de lecture, dans d'autres milieux, afin de voir comment la même activité pourrait s'appliquer à un autre contexte.

Les gestionnaires doivent réaliser l'impact qu'elles ont sur la pérennité des activités de développement professionnel. Elles sont un modèle de rôle pour encourager la participation à de nouvelles activités. Afin de contrecarrer certaines barrières, il y aurait lieu d'examiner la possibilité d'augmenter le personnel disponible ou de modifier l'organisation du travail les jours des rencontres, de façon à ce que celles qui veulent participer puissent quitter et se rendre à l'heure et voir si cela accroît la participation.

Des recherches futures sur les retombées du club de lecture sur le développement professionnel, sur la capacité des infirmières à mobiliser les ressources dans leur pratique clinique et sur les soins aux patients seraient intéressantes. Entre autres, elles pourraient évaluer si une activité de développement professionnel améliore la collaboration interprofessionnelle et amène des changements dans les activités cliniques au bénéfice de la clientèle. Il serait aussi intéressant d'étudier le nombre de participants maximum permettant un espace de discussion enrichissant et finalement d'identifier des stratégies pour favoriser la participation des différents quarts de travail.

Pour la formation initiale et continue, il y aurait lieu d'explorer davantage les activités de développement professionnel qui sont près la pratique des infirmières. Les cliniciennes responsables de la formation dans les milieux pourraient développer le même type d'activités en ne se limitant pas seulement à une unité, mais plutôt l'offrir à

un secteur d'activité. Il y aurait lieu d'encourager les milieux à utiliser des stratégies actives suggérées par les écrits et les principes de l'apprentissage par compétences.

*Conclusion*

En conclusion, cette étude met en évidence que des stratégies actives utilisées lors d'une activité de développement professionnel, qui est soutenu par une équipe de gestionnaires proactives et qui laissent la place à l'échange et aux discussions entre infirmières, conduit à la pérennité et laisse entrevoir certains changements de pratique. L'activité choisie doit respecter les besoins des participantes en lien avec leur pratique clinique et, pour ce faire, les organisatrices doivent demeurer à l'écoute et respecter ces besoins. Certains incitatifs tels que des unités de formation continue ou repas gratuits peuvent contribuer à la fidélisation des participantes mais il doit y avoir rapidement un apprentissage lié à la pratique pour que ces dernières continuent de participer.

Finalement, une des forces de l'activité choisie est que les participantes proviennent de différents milieux avec une clientèle vivant un problème de santé commun, le cancer. Cet aspect contribue à enrichir les connaissances de toutes et ouvre des avenues intéressantes pour les milieux voulant débiter une activité de développement professionnel dans la pratique.

Dans un contexte où l'OIIQ exige des unités de formation pour toutes les infirmières et où les milieux ont de la difficulté à trouver des moyens de maintenir une activité pérenne dans laquelle les infirmières participent activement, cette recherche se révèle une source de connaissances pour les autres milieux.

## *Références*

- American Nurses Association (2011). Center for Continuing Education and Professional Development. Repéré à <https://ananursece.healthstream.com/pages/about.aspx>
- Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S., & Robertson, N. (2010). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Systematic Review*, 3. doi : 10.1002/14651858.CD005470
- Bakker, D., Strickland, J., MacDonald, C., Butler, L., Fitch, M., Olson, K., & Cummings, G. (2013). The Context of Oncology Nursing Practice: An Integrative Review. *Cancer Nursing*, 36(1), 72-88  
10.1097/NCC.1090b1013e31824afadf.
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 554-559.
- Benner, P. E., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in Nursing Practice : Caring, Clinical Judgment and Ethics*. (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY : Springer Publishing Company.
- Boud, D., Cressey, P., & Docherty, P. (2005). *Productive Reflection at Work*. New York, NY : Routledge
- Brockbank, A., & McGill, I. (2003). *Action Learning Handbook, The: Powerful Techniques for Education, Professional Development and Training*. New York, NY : RoutledgeFalmer.
- Buchanan, D., Fitzgerald, L., Ketley, D., Gollop, R., Jones, J. L., Lamont, S. S., . . . Whitby, E. (2005). No going back: A review of the literature on sustaining organizational change. *International Journal of Management Reviews*, 7(3), 189-205. doi : 10.1111/j.1468-2370.2005.00111.x
- Canadian Nurses Association (2000). *A national framework for continuing competence programs for registered nurses*. Ottawa : Canadian Nurses Association. Repéré à [http://nurseone.ca/docs/NurseOne/Public%20Documents/National\\_Framework\\_Continuing\\_Competence\\_e.pdf](http://nurseone.ca/docs/NurseOne/Public%20Documents/National_Framework_Continuing_Competence_e.pdf)
- Christensen, M. (2009). Advancing practice in critical care: a model of knowledge integration. *Nursing in critical care*, 14(2), 86-94.

- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & Instituts de recherche en santé du Canada (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Repéré à [www.ger.ethique.gc.ca](http://www.ger.ethique.gc.ca).
- Corcoran, P. B., Walker, K. E., & Wals, A. E. J. (2004). Case studies, make-your-case studies, and case stories: a critique of case-study methodology in sustainability in higher education. *Environmental Education Research*, 10(1), 7-21. doi : 10.1080/1350462032000173670
- Creswell, J. W. (2012). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Incorporated.
- Dawber, C. (2013). Reflective practice groups for nurses: A consultation liaison psychiatry nursing initiative: Part 2 – the evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 241-248. doi : 10.1111/j.1447-0349.2012.00841.x
- Deenadayalan, Y., Grimmer-Somers, K., Prior, M., & Kumar, S. (2008). How to run an effective journal club: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(5), 898-911. doi : 10.1111/j.1365-2753.2008.01050.x
- Dubé, V. (2012). *Développement, mise à l'essai et évaluation d'une intervention de pratique réflexive avec des infirmières œuvrant auprès de personnes âgées hospitalisées*. (Université de Montréal, Montréal). Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8623>
- Estabrooks, C. A., Chong, H., Brigidear, K., & Profetto-McGrath, J. (2005). Profiling Canadian Nurses' Preferred Knowledge Sources for Clinical Practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(2), 118-141.
- Flanagan, J., Baldwin, S., & Clarke, D. (2001). Work-Based Learning as a means of developing and assessing nursing competence. *Journal of Clinical Nursing*, 9(3), 360-368. doi : 10.1046/j.1365-2702.2000.00388.x
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives*. (2<sup>e</sup> éd.). Montréal : Chenelière éducation.
- Foster, P. (2006). Observational Research. . Dans R. Sapsford & V. Jupp (dir.), *Data Collection and Analysis* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA : SAGE.
- Gallagher, L. (2007). Continuing education in nursing : A concept analysis. *Nurse Education Today*, 27(5), 466-473. doi : 10.1016/j.nedt.2006.08.007

- Garcia, V., Meek, K. L., & Wilson, K. A. (2011). Advancing innovation in health care leadership: a collaborative experience. *Nursing administration quarterly*, 35(3), 242. doi : 10.1097/NAQ.0b013e3181ff3a77
- Gopee, N. (2002). Human and social capital as facilitators of lifelong learning in nursing. *Nurse Education Today*, 22(8), 608-616. doi : 10.1016/s0260-6917 (02) 00139-9
- Gopee, N. (2005). Professional development. Facilitating the implementation of lifelong learning in nursing. *British Journal of Nursing*, 14(14), 761-767.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629. doi : 10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x
- Griscti, O., & Jacono, J. (2006). Effectiveness of continuing education programmes in nursing: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 449-456. doi : 10.1111/j.1365-2648.2006.03940.x
- Gustafsson, C., & Fagerberg, I. (2004). Reflection, the way to professional development? *Journal of Clinical Nursing*, 13(3), 271-280. doi : 10.1046/j.1365-2702.2003.00880.x
- Honey, C. P., & Baker, J. A. (2011). Exploring the impact of journal clubs: A systematic review. *Nurse Education Today*, 31(8), 825-831. doi : 10.1016/j.nedt.2010.12.020
- Jantzen, D. (2008). Reframing professional development for first-line nurses. *Nursing Inquiry*, 15(1), 21-29. doi : 10.1111/j.1440-1800.2008.00394.x
- Jarman, H. J. (2009). Sharing expertise—Using clinical nursing rounds to improve UK emergency nursing practice. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 12(3), 73-77. doi : 10.1016/j.aenj.2009.03.001
- Johnson, K., Hays, C., Center, H., & Daley, C. (2004). Building capacity and sustainable prevention innovations: a sustainability planning model. *Evaluation and Program Planning*, 27(2), 135-149. doi : 10.1016/j.evalprogplan.2004.01.002
- Kemp, P., Rooks, J., & Mess, L. (2009). Work-based learning with staff in an acute care environment: a project review and evaluation. *Mental Health Practice*, 12(10), 31.

- Kupferschmid, S., Bollondi Pauly, C., & Roulin, M.-J. (2013). Apports et difficultés liés à la participation d'infirmières expérimentées à un journal club : une analyse de contenu qualitative. *Recherche en soins infirmiers*, 3(114), 79-85. doi : 10.3917/rsi.114.0079
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart & Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives (dir.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 365-389). Montréal, Québec : G. Morin
- Larue, C., Dubois, S., Girard, F., Goudreau, J., & Dumont, K. (2013). The development of clinical reasoning skills and leadership: personal factors and organizational factors. *Recherche en soins infirmiers* (112), 76-87.
- Lee, N.-J. (2011). An evaluation of CPD learning and impact upon positive practice change. *Nurse Education Today*, 31(4), 390-395. doi : 10.1016/j.nedt.2010.07.012
- Lincoln, Y., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Löfgren, S., Hansson, J., Øvretveit, J., & Brommels, M. (2012). Context challenges the champion: improving hip fracture care in a Swedish university hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 25(2), 118-133. doi : 10.1108/09526861211198281
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent, Québec : Éditions du Renouveau pédagogique.
- Manley, K., Titchen, A., & Hardy, S. (2009). Work-based learning in the context of contemporary health care education and practice : A concept analysis. *Practice Development in Health Care*, 8(2), 87-127. doi : 10.1002/pdh.284
- Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 14(4), 595-621.
- Marshall, J. E. (2012). Developing midwifery practice through work-based learning: An exploratory study. *Nurse education in practice*, 12(5), 273-278. doi : 10.1016/j.nepr.2012.06.003

- Martin, G. P., Weaver, S., Currie, G., Finn, R., & McDonald, R. (2012). Innovation sustainability in challenging health-care contexts: embedding clinically led change in routine practice. *Health Services Management Research*, 25(4), 190-199. doi : 10.1177/0951484812474246
- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., . . . Tobin, C. (2009). Practice development: Realising active learning for sustainable change. *Contemporary Nurse*, 32(1-2), 92-104. doi : 10.5172/conu.32.1-2.92
- McCormack, B., Kitson, A., Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Titchen, A., & Seers, K. (2002). Getting evidence into practice: the meaning of `context'. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 94-104. doi : 10.1046/j.1365-2648.2002.02150.x
- McCormack, B., Wright, J., Dewar, B., Harvey, G., & Ballantine, K. (2007). A realist synthesis of evidence relating to practice development: findings from the literature analysis. *Practice Development in Health Care*, 6(1), 25-55. doi : 10.1002/pdh.211
- McGill, I. and Beaty, L. 1995. *Action learning! A Guide for Professional, Management and Educational Development*, 2nd edn, London, United Kingdom: Kogan Page.
- Munro, K. M. (2008). Continuing professional development and the charity paradigm: Interrelated individual, collective and organisational issues about continuing professional development. *Nurse Education Today*, 28(8), 953-961. doi : 10.1016/j.nedt.2008.05.015
- Nelson, S., & Purkis, M. E. (2004). Mandatory reflection: the Canadian reconstitution of the competent nurse. *Nursing Inquiry*, 11(4), 247-257. doi : 10.1111/j.1440-1800.2004.00233.x
- Nesbitt, J. (2013). Journal clubs : A two-site case study of nurses' continuing professional development. *Nurse Education Today*, 33(8), 7. doi : 10.1016/j.nedt.2012.08.011
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2011a). *La formation continue pour la profession infirmière au Québec : Norme professionnelle*. Westmount, Québec. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/270NS-Norme-professionnelle-WEB.pdf>

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2011b). *Vers une culture de formation continue au Québec*. Westmount, Québec. Repéré à <https://www.oiiq.org/publications/repertoire/vers-une-culture-de-formation-continue-pour-la-profession-infirmiere-au-queb>
- Overton, G. K., Kelly, D., McCalister, P., Jones, J., & MacVicar, R. (2009). The practice-based small group learning approach: Making evidence-based practice come alive for learners. *Nurse Education Today*, 29(6), 671-675. doi : 10.1016/j.nedt.2009.02.009
- Øvretveit, J., Andreen-Sachs, M., Carlsson, J., Gustafsson, H., Hansson, J., Keller, C., . . . Brommels, M. (2012). Implementing organisation and management innovations in Swedish healthcare: Lessons from a comparison of 12 cases. *Journal of health organization and management*, 26(2), 237-257. doi : 10.1108/14777261211230790
- Pettigrew, A., Ferlie, E., & McKee, L. (1992). Shaping strategic change - The case of the NHS in the 1980s. *Public Money & Management*, 12(3), 27-31. doi : 10.1080/09540969209387719
- Pettigrew, A., & Whipp, R. (1991). *Managing change for competitive succes*. Oxford, UK : Blackwell Publishers Ltd.
- Platzer, H., Blake, D., & Ashford, D. (2008). An evaluation of process and outcomes from learning through reflective practice groups on a post-registration nursing course. *Journal of advanced nursing*, 31(3), 689-695. doi : 10.1046/j.1365-2648.2000.01337.x
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J.-L., Pelletier, J., & Mannoni, C. (2005). Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning*, 28(2), 123-137. doi : 10.1016/j.evalprogplan.2004.10.003
- Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. L., & Pelletier, J. (2004). Program sustainability: focus on organizational routines. *Health promotion international*, 19(4), 489-500. doi : 10.1093/heapro/dah411
- Pool, I., Poell, R., & ten Cate, O. (2013). Nurses' and managers' perceptions of continuing professional development for older and younger nurses: A focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), 34-43. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.009
- Pope, C., & Mays, N. (2007). Observational Methods. Dans C. Pope & N. Mays (dir.), *Qualitative Research in Health Care* (3<sup>e</sup> éd.). doi : 10.1002/9780470750841.ch4.

- Raelin, J. A. (2008). *Work-based learning: Bridging knowledge and action in the workplace*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Rycroft-Malone, J. (2004). The PARIHS Framework-A Framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(4), 297-304. doi: 10.1097/00001786-200410000-00002
- Sandahl, C., Gustafsson, H., Wallin, C.-J., Meurling, L., Øvretveit, J., Brommels, M., & Hansson, J. (2013). Simulation team training for improved teamwork in an intensive care unit. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(2), 174-188. doi : 10.1108/09526861311297361
- Santos, M. C. (2012). Nurses' Barriers to Learning: An Integrative Review. *Journal for Nurses in Staff Development*, 28(4), 182-185. doi: 10.1097/NND.0b013e31825dfb60
- Schweitzer, D. J., & Krassa, T. J. (2010). Deterrents to Nurses' Participation in Continuing Professional Development: An Integrative Literature Review. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(10), 441. doi: 10.3928/00220124-20101001-04
- St. Pierre, J. (2005). Professional issues. Changing nursing practice through a nursing journal club. *MEDSURG Nursing*, 14(6), 390-392.
- Stake, R. (2005). Qualitative Case Studies. Dans N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (dir.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd<sup>e</sup> éd., p. 443-465). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Staveski, S., Leong, K., Graham, K., Pu, L., & Roth, S. (2012). Nursing Mortality and Morbidity and Journal Club Cycles: Paving the Way for Nursing Autonomy, Patient Safety, and Evidence-Based Practice. *AACN Advanced Critical Care*, 23(2), 133. doi: 10.1097/NCI.0b013e3182424ce7
- Stetler, C., Ritchie, J., Rycroft-Malone, J., Schultz, A., & Charns, M. (2007). Improving quality of care through routine, successful implementation of evidence-based practice at the bedside: an organizational case study protocol using the Pettigrew and Whipp model of strategic change. *Implementation Science*, 2(1), 3. doi : 10.1186/1748-5908-2-3.
- Stetler, C., Ritchie, J., Rycroft-Malone, J., Schultz, A., & Charns, M. (2009). Institutionalizing evidence-based practice: an organizational case study using a model of strategic change. *Implementation Science*, 4(1), 78. doi : 10.1186/1748-5908-4-78

- Stolee, P., McAiney, C. A., Hillier, L. M., Harris, D., Hamilton, P., Kessler, L., . . . Le Clair, J. K. (2009). Sustained Transfer of Knowledge to Practice in Long-Term Care: Facilitators and Barriers of a Mental Health Learning Initiative. *Gerontology & Geriatrics Education*, 30(1), 1-20. doi : 10.1080/02701960802690233
- Timmermans, O., Van Linge, R., Van Petegem, P., Van Rompaey, B., & Denekens, J. (2013). A contingency perspective on team learning and innovation in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 363-373. doi : 10.1111/j.1365-2648.2012.06014.x.
- Walsh, K., Moss, C., Lawless, J., McKelvie, R., & Duncan, L. (2008). Puzzling practice: A strategy for working with clinical practice issues. *International Journal of Nursing Practice*, 14(2), 94-100. doi : 10.1111/j.1440-172X.2008.00671.x
- Webster-Wright, A. (2009). Reframing professional development through understanding authentic professional learning. *Review of educational research*, 79(2), 702-739. doi: 10.3102/0034654308330970
- Wenger, E., McDermott, R. A., & Snyder, W. (2002). *Cultivating Communities of Practice : A Guide to Managing Knowledge*. Boston, MA : Harvard Business Press.
- Williams, C. (2010). Understanding the essential elements of work-based learning and its relevance to everyday clinical practice. *Journal of nursing management*, 18(6), 624-632. doi : 10.1111/j.1365-2834.2010.01141.x
- Wilson, M., Ice, S., Nakashima, C. Y., Cox, L. A., Morse, E. C., Philip, G., & Vuong, E. (2015). Striving For Evidence-Based Practice Innovations Through A Hybrid Model Journal Club: A Pilot Study. *Nurse Education Today*, 35(5), 6. doi : 10.1016/j.nedt.2015.01.026
- Wiltsey Stirman, S., Kimberly, J., Cook, N., Calloway, A., Castro, F., & Charns, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation science*, 7(1), 17. doi : 10.1186/1748-5908-7-17

*Appendice A : Lettre d'invitation aux participantes*

## Invitation à participer à l'étude

### **Les caractéristiques, le contexte et les processus d'implantation et de pérennisation d'une activité de développement professionnel par une équipe d'infirmières.**

Si vous êtes une infirmière ayant participé à l'élaboration de l'activité de développement professionnel du club de lecture ou que vous prenez part à cette activité, et que vous répondez aux critères d'inclusion ci-dessous, nous sollicitons votre participation à une recherche en sciences infirmières. Le but de cette recherche qualitative est de décrire les caractéristiques, le contexte et le processus d'adoption par une équipe d'infirmières, d'une activité de développement professionnel en milieu de pratique.

Je suis étudiante en maîtrise à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, sous la direction de Madame Jacinthe Pepin, professeur titulaire, et codirection de Madame Caroline Larue, professeure agrégée. Ce projet de recherche s'inscrit dans mon programme de formation. Notre souhait est que les résultats de ce projet puissent servir à outiller les autres infirmières ou milieux de soins désirant débiter une activité de développement professionnel dans leur milieu.

- **Si vous êtes une infirmière et répondez aux critères suivants :** 1) votre travail consiste à soigner au quotidien les patients; 2) vous participez au club de lecture régulièrement; et 3) vous acceptez de vous exprimer sur les éléments qui font que vous participez à cette activité et ce que cette participation apporte à votre pratique.

**OU**

- **Si vous êtes infirmière-cadre et répondez aux critères suivants :** 1) vous avez participé à l'élaboration et la planification de près ou de loin de l'activité 2) vous encouragez la participation des infirmières au club de lecture; et 3) vous acceptez de vous exprimer sur votre expérience à implanter et à soutenir la pérennisation du club de lecture.

Vous êtes une personne bien placée pour nous aider à comprendre les caractéristiques, le contexte et le processus impliqués dans la pérennisation de cette activité de développement professionnel. Votre participation est importante pour cette recherche.

**Si vous êtes intéressées et que vous pouvez m'accorder** de 45 à 60 minutes pour une entrevue de type *focus group* pour les infirmières soignantes ou individuelles, pour les infirmières-cadres, veuillez me contacter le plus tôt possible pour que l'on prenne rendez-vous. Je pourrai facilement m'adapter selon votre horaire.

Nous vous remercions à l'avance,

Nathalie Pellerin  
Étudiante chercheuse  
Tél :  
Courriel

*Appendice B : Formulaire d'information et de consentement*

## **FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (FIC)**

### **Titre et numéro de l'étude :**

Les caractéristiques, le contexte et les processus d'implantation et de pérennisation d'une activité de développement professionnel par une équipe d'infirmières

### **Chercheur responsable :**

Nathalie Pellerin, infirmière, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

### **Co-chercheur(s) :** directrices de mémoire de maîtrise

Jacinthe Pepin, professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, directrice de maîtrise

Caroline Larue, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, codirectrice de maîtrise

Veillez noter que le terme « FIC » est utilisé pour désigner « Formulaire d'information et de consentement » dans ce document.

## **INTRODUCTION**

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce FIC, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements suivants. Vous pouvez apporter une copie non signée du FIC à la maison pour y réfléchir et en discuter avec votre famille ou vos amis avant de prendre une décision.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes vos questions au chercheur responsable du projet et aux membres de l'équipe de recherche, afin qu'ils vous expliquent tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

## **NATURE ET OBJECTIF(S)**

Ce projet a pour but de décrire les caractéristiques, le contexte et le processus d'implantation et de pérennisation d'une activité de développement professionnel par une équipe d'infirmières. Pour atteindre ce but, la participation nécessite le recrutement des infirmières et des gestionnaires ayant initié, implanté et soutenu le développement de ce journal club.

Pour participer à l'étude, les infirmières devront répondre aux critères suivants : 1) avoir un permis de pratique de l'OIIQ 2) soigner au quotidien les patients, 3) avoir participé au club de lecture plus d'une fois et 4) accepter de s'exprimer sur les éléments qui font qu'elles participent à cette activité et ce que cette participation apporte à leur pratique. Pour les gestionnaires, elles devront répondre aux critères suivants : 1) elles ont participé à l'élaboration et la planification de près ou de loin de l'activité 2) elles encouragent la participation des infirmières au club de lecture; et 3) elles acceptent de s'exprimer sur leur expérience à implanter et à soutenir la pérennisation du club de lecture.

## **DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE ou MODALITÉS DE L'ÉTUDE**

Votre participation à cette étude consiste, pour toutes les participantes, à remplir un formulaire sur des données sociodémographiques personnelles pour établir le profil des participantes (genre, âge, années d'expérience professionnelle, niveau de formation, titre d'emploi).

Les infirmières participantes seront observées lors de deux périodes de 60 minutes sur les thèmes suivants : les caractéristiques; le contexte; et le processus de l'activité. De ces périodes, des notes d'observation seront prises par l'étudiante chercheuse sans vous identifier.

Les gestionnaires seront invitées à une entrevue individuelle de 60 minutes sur les thèmes suivants : le contexte et le processus mis en place dans l'implantation, mais surtout dans la pérennisation de l'activité. Chaque entrevue sera enregistrée sur une bande audionumérique pour permettre une retranscription conforme à vos réponses, sans vous identifier.

De plus, les infirmières participantes au club de lecture seront invitées à participer à un *focus group* de 60 minutes sur l'heure du dîner sur les thèmes suivants : les caractéristiques, le contexte et le processus qui facilitent ou nuisent à la participation à l'activité ainsi que de l'apport que cette activité a sur leur pratique professionnelle. Chaque *focus group* sera enregistré sur une bande audionumérique pour permettre une retranscription conforme à vos réponses, sans vous identifier.

## **RISQUES/INCONVÉNIENTS/INCONFORTS**

Vous ne courrez aucun risque physique de participer à l'étude. Toutefois, il est possible que pour certaines d'entre vous, le fait de vous questionner sur la participation à l'activité et les changements qu'elle implique dans votre pratique cause un inconfort au plan émotionnel. Si vous vous sentez bouleversé par le sujet, l'étudiante chercheuse pourra vous diriger vers des ressources adaptées à vos besoins, tels des intervenants psychosociaux.

## **AVANTAGES**

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Toutefois, votre participation à ce projet vous procurera un temps d'arrêt pour discuter de votre participation au journal club, sans être dans un contexte évaluatif. Les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances en sciences infirmières puisque vous contribuerez à une meilleure compréhension de ce qui fait qu'une activité de développement professionnel en milieu de pratique perdure dans le temps. Cela permettra de faire connaître à d'autres infirmières et établissements de santé le chemin parcouru et faciliter la mise en place de façon pérenne de telles activités de développement professionnel ailleurs.

## **COMPENSATION FINANCIÈRE**

Vous ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à cette étude.

## **INDEMNISATION**

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, l'université ou l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

## **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT DE L'ÉTUDE**

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à un membre de l'équipe de recherche. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous retirer n'entraînera aucun préjudice professionnel.

## **CONFIDENTIALITÉ**

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations démographiques ainsi que les données d'entrevues durant ce projet. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. En aucun cas, vos témoignages ne seront communiqués à votre employeur ou aux autres employés. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable.

Le chercheur responsable du projet utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Ces données seront conservées pendant 7 ans par le chercheur responsable.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche de (Centre hospitalier) ou par l'établissement, par une personne mandatée par l'Université de Montréal. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations.

Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

### **FINANCEMENT**

Le chercheur responsable du projet ainsi que l'établissement n'ont pas reçu de financement pour mener à bien ce projet de recherche.

### **PERSONNES-RESSOURCES**

Si vous avez des questions ou éprouvez un problème relié à ce projet de recherche, veuillez communiquer avec :

Mme Nathalie Pellerin, étudiante chercheuse (Téléphone : )

Ou Mme Jacinthe Pepin (Téléphone : )

### **SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES DU PROJET DE RECHERCHE**

Le comité d'éthique de la recherche de (Centre hospitalier) a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au FIC ainsi qu'au protocole de recherche. Vous pouvez joindre ce comité au (Téléphone : ).

Pour toute question concernant vos droits à titre de participant à ce projet de recherche ou si vous avez une plainte ou un commentaire à formuler, vous pouvez contacter le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de (Centre Hospitalier) au (Téléphone : ).

## **CONSENTEMENT ET SIGNATURES**

**Titre et numéro de l'étude :**

### **Participant de recherche**

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent FIC me sera remise.

\_\_\_\_\_  
Nom  
(lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### **Engagement du chercheur**

J'ai expliqué au participant de recherche les termes du présent FIC, j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées et clairement indiqué qu'il demeure libre de se retirer de l'étude en tout temps, et ce, sans préjudice. Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au FIC et à remettre une copie signée au participant.

\_\_\_\_\_  
Nom  
(lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

*Appendice C : Formulaire de données sociodémographiques*

## Formulaire de données sociodémographique

**Titre de l'étude : Les caractéristiques, le contexte et le processus d'adoption par une équipe d'infirmières, d'une activité de développement professionnel en milieu de pratique.**

Ces données permettront de tracer un profil des personnes qui ont participé à cette étude. Merci de bien vouloir y répondre.

**Code :** \_\_\_\_\_

**Âge :** \_\_\_\_\_

**Genre :** Féminin  Masculin

**Dernier diplôme obtenu :**

DEC  Certificat premier cycle  Baccalauréat

Microprogramme deuxième cycle

DESS  Maîtrise  Doctorat

**Titre d'emploi :**

**Nombre d'années d'expérience en soins infirmiers :**

**Nombre d'années d'expérience dans cette unité de soins :**

**Nombre de mois que vous participez au club de lecture :**

**Nombre de fois où vous avez participé au journal club dans les 12 derniers mois**

1-3 fois

4-7 fois

Plus de 7 fois

*Appendice D : Guide d'observation pour les séances de l'activité*

### Guide d'observation pour les séances de l'activité

Guide basée sur les trois dimensions de Pettigrew et Whipp (1991) et utilisé en sciences infirmières par Stetler et al. (2007).

**Titre de l'étude : Les caractéristiques, le contexte et le processus d'adoption par une équipe d'infirmières, d'une activité de développement professionnel en milieu de pratique.**

Dimensions Pettigrew et Whipp (1991)	Thèmes	Facilitatrice	Participant
Caractéristiques/ Contenu	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ article discuté (nature, thème, langue, qui l'a choisi, comment, pourquoi);</li> <li>➤ animation (déroulement, accueil, type de questions posées, autres interventions); échanges (qui, sur quoi, comment);</li> <li>➤ liens avec la pratique;</li> </ul>		
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Nombre de personnes présentes,</li> <li>➤ moment de la journée,</li> <li>➤ climat à l'arrivée,</li> <li>➤ distractions durant la rencontre,</li> <li>➤ endroit et disposition de la</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>salle,</li> <li>➤ temps pour les échanges,</li> <li>➤ présence de soutien entre les collègues,</li> <li>➤ attitude du groupe,</li> </ul>		
Processus	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ engagement dans les échanges;</li> <li>➤ est-ce que tous ont le temps de parler?;</li> <li>➤ comment la rencontre débute-t-elle?</li> <li>➤ Se termine-t-elle?</li> </ul>		
Autres éléments			
Réflexion de l'observatrice			

*Appendice E : Guide pour les entrevues semi-dirigées avec les gestionnaires*

## **Guide pour les entrevues individuelles**

Guide basée sur Pettigrew et Whipp (1991) et Stetler et al. (2007)

**Titre de l'étude : Les caractéristiques, le contexte et le processus d'adoption par une équipe d'infirmières, d'une activité de développement professionnel en milieu de pratique**

1. Parlez-moi de l'implantation du club de lecture.
  - a. Choix du type, objectifs, buts, motivation ou la raison de la mise en place de l'activité
  - b. Stratégie(s) implantée(s) dès le départ et qui sont toujours présentes pour s'assurer de la participation à l'activité, encourager l'adoption de l'activité, faciliter la participation, la motivation et la pérennité de l'activité
2. Pouvez-vous me décrire l'activité?
  - a. Interventions ou approches stratégiques ont été utilisées pour mettre en place l'activité
3. Qu'est-ce qui fait, selon vous, que l'activité perdure?
  - a. Changements, modifications afin que l'activité perdure
  - b. Obstacles et facilitateurs à la motivation/participation à l'activité
  - c. Interventions spécifiques, évaluation de l'activité et ses retombées,
4. Quels ont été les grands défis?
  - a. Facteurs facilitateurs et contraignants à la mise en place et la pérennisation de l'activité
  - b. Soutien de la pérennité
  - c. Maintien de la participation
5. Quelles sont les retombées sur la pratique infirmière?
  - a. Interventions mises en place, changement dans la pratique des infirmières
6. Qu'aimeriez-vous ajouter avant de clore cette entrevue?

N.B Les sous-thèmes sont des *probes* ou thèmes à explorer si la personne ne les mentionne pas.

*Appendice F : Guide pour les focus groups avec les infirmières*

## **Guide pour les *focus groups***

Guide basée sur Pettigrew et Whipp (1991) et Stetler et al. (2007)

**Titre de l'étude : Les caractéristiques, le contexte et le processus d'adoption par une équipe d'infirmières, d'une activité de développement professionnel en milieu de pratique.**

Introduction de l'étudiante chercheuse

Présentation des participants (nom et depuis combien de temps participez-vous à ce club de lecture?)

1. Parlez-moi de ce qui vous amène à participer à cette activité?
2. J'aimerais entendre votre expérience autant positive que négative face à votre participation au club de lecture?
3. Qu'est-ce qui fait que vous continuez de participer à ce club de lecture?
4. Qu'est-ce que la participation à une telle activité change dans votre pratique quotidienne? Donnez un exemple.
5. Qu'aimeriez-vous ajouter avant de clore cette entrevue?