

Atteindre l'excellence

dans l'exercice de la profession

GUIDE SUR

LE PRÉCEPTORAT
ET LE MENTORAT



ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA
CANADIAN NURSES ASSOCIATION

Atteindre l'excellence

dans l'exercice de la profession

GUIDE SUR
LE PRÉCEPTORAT
ET LE MENTORAT

Octobre 2004



ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA
CANADIAN NURSES ASSOCIATION

Tous droits réservés. On ne peut reproduire, stocker dans un système d'extraction de données ni transcrire, par un moyen (support électronique ou mécanique, photocopie, enregistrement, etc.) ou sous une forme quelconque, une partie de ce document sans le consentement écrit de l'éditeur.

© Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway
Ottawa (Ontario) K2P 1E2

Téléphone : (613) 237-2133 ou 1-800-361-8404
Télécopieur : (613) 237-3520
Site web : www.cna-aic.ca

Octobre 2004

ISBN 1-55119-934-3

Remerciements

Nous remercions les infirmières suivantes qui ont participé aux activités des groupes de travail chargés de produire la version initiale des compétences reliées au préceptorat et au mentorat :

Le Groupe de travail sur le préceptorat :

Karen Carruthers, inf., B.Sc.inf., Frances Fothergill-Bourbonnais, inf., PhD, Vonnie McIntosh, inf., Nancy Watters, inf., B.Sc.inf., M.Sc.inf., IBCLC

Le Groupe de travail sur le mentorat :

Marta Crawford, inf., M.Sc.inf., Linda Ferguson, inf., M.Sc.inf., PhD(c), Francis Loos, inf., M.Sc.inf., CSI(C), Carol Mitchell, inf., M.Sc.inf., Janet Murphy Goodridge, inf., M.Sc.inf., IBCLC, Sandra MacDonald Rencz, inf., M.Éd, Katherine Stansfield, inf., M.Sc.inf.

Nous remercions en outre les nombreuses infirmières, étudiantes en sciences infirmières et préceptrices de toutes les régions du pays qui ont raffiné les compétences en contribuant de manière réfléchie et opportune à l'exercice de validation. Les associations membres de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), ainsi que les groupes associés et affiliés, ont apporté leur aide précieuse à la distribution des outils de validation. La définition et la validation des compétences ont pu être effectuées grâce au financement reçu du Conseil consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI), que nous remercions de son appui.

Suzanne Massie, de Stratégies en évaluation Inc., nous a fourni ses conseils de spécialiste en matière d'élaboration de compétences. Florence Myrick, professeure agrégée à l'école de sciences infirmières de l'Université de l'Alberta, a fait de même au sujet des approches canadiennes du mentorat et du préceptorat.

Nous signalons aussi le travail précieux de notre coordonnatrice de projet, Nancy E. Watters, qui a travaillé en collaboration avec la chargée de projet, Joni Boyd, conseillère principale en politiques de soins infirmiers à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Octobre 2004

Table des matières

PARTIE I Introduction	3
PARTIE II Aperçu	7
Raison d'être	7
Contenu	8
Modèles de rôle et pratique professionnelle	8
Qui participe au programme de modelage de rôle	9
Références	10
PARTIE III Préceptorat et mentorat	13
De quoi il s'agit et ce que les infirmières doivent savoir	13
Préceptorat	13
Définition et caractéristiques	13
Avantages	14
Coûts	16
Facteurs qui jouent sur la réussite des programmes de préceptorat	16
Récompenses	17
Exemples de programmes de préceptorat	17
Mentorat	18
Définition et caractéristiques	18
Avantages	20
Coûts	20
Facteurs qui jouent sur la réussite des programmes de mentorat	21
Récompenses	22
Exemples de programmes de mentorat	22
Accompagnement et autres modèles d'intégration du travail et de l'apprentissage	23
Références	26
PARTIE IV Élaboration de programmes de préceptorat et de mentorat	33
Étapes à suivre pour élaborer un programme efficace	33
Étape 1 : Déterminer les besoins	33
Étape 2 : Préciser la philosophie	34
Étape 3 : Créer le plan	34
Étape 4 : Organiser le programme	34

Étape 5 : Mettre le programme en œuvre	35
Étape 6 : Évaluer le programme	36
Tableau 1 : Rôles et responsabilités possibles du modèle de rôle et de la participante	37
Références	38
PARTIE V Compétences des préceptrices et des mentors	41
Aperçu	41
Pourquoi établir des compétences	41
Le processus	41
Compétences des préceptrices	43
Collaboration	43
Qualités personnelles	43
Facilitation de l'apprentissage	44
Pratique professionnelle	46
Connaissance du milieu	46
Compétences des mentors	47
Qualités personnelles	47
Modèle d'excellence dans l'exercice de la profession	47
Établissement d'une relation efficace entre mentor et mentorée	48
Aide à la croissance professionnelle	48
Tableau 2 : Comparaison du préceptorat et du mentorat	51
Références	52
PARTIE VI Conclusion	55
PARTIE VII Autres lectures	59
Annexes	
Annexe A : Définitions	65
Annexe B : Sujets d'orientation	67
Annexe C : Résoudre les différends de façon productive	68
Annexe D : Échelle d'évaluation des compétences	69
Annexe E : Questions pour l'évaluation d'une expérience de modelage de rôle	70

Dans ce document, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête.

Partie I :

Introduction



Introduction

Chères et chers collègues,

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) est déterminée à mettre en valeur la profession infirmière dans l'intérêt de la population. Pour appuyer cette mission, une de nos priorités actuelles consiste à promouvoir la qualité des milieux de pratique afin d'aider les infirmières à atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession.

Le *Guide sur le préceptorat et le mentorat* est un outil important pour améliorer le rendement et la satisfaction au travail des infirmières au moyen de programmes de modelage de rôle. Ces programmes peuvent aider à instaurer un sentiment de réalisation à la fois pour le modèle de rôle (préceptrice ou mentor) et l'apprenante (élève ou mentorée). En mettant à contribution les ressources humaines de la santé qui existent actuellement – nos infirmières compétentes et chevronnées – les employeurs peuvent favoriser des milieux de travail plus sains et promouvoir, chez les infirmières débutantes ou en progression, une transition réussie ou l'épanouissement dans la pratique professionnelle.

Ce guide constitue un volet du Projet de l'AIIC sur le préceptorat et le mentorat, qui portait aussi sur la définition des compétences des préceptrices et des mentors en soins infirmiers. La Partie V du guide présente les résultats de ce travail incomparable et stimulant, y compris les listes finales des compétences.

Toutes les personnes et organisations intéressées ont accueilli ce travail avec enthousiasme. Nous avons découvert que, tandis qu'une grande partie des milieux infirmiers s'entend sur la signification du préceptorat, il y a des variations quant à la façon d'aborder le processus du mentorat, cette démarche nouvelle qui se manifeste à travers tout un éventail de modèles en éducation, en soins directs, en administration et en recherche au Canada. Le préceptorat et le mentorat sont tous deux porteurs de grandes promesses et auront une influence importante sur la qualité de la vie au travail et de la pratique professionnelle des infirmières.

Le *Guide sur le préceptorat et le mentorat* s'inscrit aussi dans la série *Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession*, tout comme le document publié par l'AIIC en 2002, le *Guide d'élaboration et de révision de normes*. Ces publications seront offertes sur le site Web de l'AIIC, à www.cna-aiic.ca, et serviront de base à d'autres travaux dans ce domaine. Je suis certaine que l'aperçu théorique présenté et les compétences définies au cours de cet important projet continueront d'évoluer dans le monde dynamique des soins infirmiers.

Veuillez agréer, chères et chers collègues, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La directrice générale,
Association des infirmières et infirmiers du Canada



Lucille Auffrey, inf., M. Sc. inf.

Partie II :

Aperçu



Aperçu

Raison d'être

Ce guide vise à aider les infirmières et les autres professionnels de la santé à créer et à réviser des programmes qui ont recours à des préceptrices et à des mentors pour améliorer la qualité des milieux de travail et de la pratique des infirmières.

Le guide a été écrit par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) qui a pour mission de faire progresser la qualité des soins infirmiers dans l'intérêt du public. Ce faisant, l'AIIC est absolument déterminée à créer des milieux de pratique professionnelle de qualité pour les infirmières afin qu'elles continuent à dispenser aux Canadiens des soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique. L'existence de programmes qui appuient l'enseignement et l'apprentissage par le modelage de rôle est l'un des éléments clés d'un milieu de pratique de qualité (AIIC, 2001).

Le guide s'adresse aux infirmières à titre personnel, aux établissements de santé et d'enseignement, ainsi qu'aux groupes professionnels. Il peut être un outil utile pour aider à instaurer des programmes de grande qualité qui appuient l'apprentissage par le préceptorat et le mentorat, notamment dans les situations énumérées ci-dessous.

- Établissements de soins de santé qui souhaitent :
 - améliorer la qualité des milieux de travail;
 - appuyer les novices dans l'exercice direct de la profession à l'échelon du service ou du programme;
 - faciliter l'intégration sociale de nouveaux professionnels;
 - fournir des ressources que les infirmières peuvent utiliser pour améliorer davantage leurs compétences dans n'importe lequel des domaines de pratique (soins directs, administration, enseignement, recherche).
- Organismes de réglementation provinciaux ou territoriaux désireux d'encourager le maintien de la compétence.
- Infirmières enseignantes, établissements d'enseignement et étudiantes intéressés à enseigner ou à apprendre par l'entremise des modèles de rôle.
- Administrateurs désireux de se familiariser avec les programmes de modelage de rôle pour les infirmières.
- Employeurs ou établissements d'enseignement désireux de créer ou d'améliorer un programme.
- Infirmières et étudiantes de tous les milieux de travail, qui désirent établir une compréhension commune des concepts reliés au préceptorat et au mentorat.

Contenu

Ce guide présente un tour d'horizon des programmes de modelage de rôle pour infirmières et met particulièrement l'accent sur le préceptorat et le mentorat. Il décrit les facteurs qui jouent sur l'établissement de programmes de modelage, y compris les coûts, les avantages, les rôles et les responsabilités. La Partie V du guide présente en outre les compétences¹ dont les préceptrices et les mentors ont besoin, qui ont été définies récemment dans le cadre du Projet de l'AIIC sur le préceptorat et le mentorat et qui pourraient servir de base à de nouveaux programmes. Le document inclut aussi des outils spécifiques, des lignes directrices, des définitions et une longue liste de références supplémentaires et de sites Web pertinents.

Modèles de rôle et pratique professionnelle

Les professionnels de la santé apprennent pendant toute leur carrière. Ils apprennent au cours de leurs lectures, lors de leurs contacts auprès des clients et des enseignants, ainsi que les uns des autres.

Lorsque des infirmières chevronnées, qui constituent la pierre angulaire de la profession, agissent comme modèles de rôle, nous savons qu'elles bénéficient de l'expérience autant que les novices qu'elles aident. Les novices acquièrent et perfectionnent les compétences dont elles ont besoin pour pratiquer de manière sécuritaire et efficace dans les contextes où elles œuvrent et prendre leur place au sein de la profession infirmière (Wright, 2002). Les infirmières chevronnées acquièrent de la confiance, établissent des contacts, perfectionnent leurs techniques d'enseignement et de communication et, dans certains cas, évitent l'épuisement ou s'en libèrent (McGregor, 1999).

Les infirmières ont l'obligation professionnelle d'aider leurs collègues à acquérir et à améliorer les compétences nécessaires pour exercer la profession de façon sécuritaire, conforme à l'éthique et efficace. Les infirmières doivent aussi appuyer l'épanouissement et l'intégration sociale de leurs collègues nouvelles dans la profession, le domaine de pratique², la spécialité ou le milieu de soins. Ces responsabilités sont décrites dans les documents de l'AIIC qui constituent l'assise de l'exercice de la profession infirmière, notamment le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (AIIC, 2002) et le *Plan directeur de l'examen d'autorisation infirmière au Canada* (AIIC, 2004).

La formation professionnelle a évolué depuis 50 ans au Canada, passant de l'apprentissage où le savoir s'acquerrait principalement au travail, à un contexte où l'étudiante acquiert des compétences principalement dans des établissements d'enseignement, avec des stages dans d'autres milieux sélectionnés pour leur pertinence par rapport à la pratique infirmière (AIIC, 1995). C'est pourquoi les établissements de soins de santé et les infirmières ont peut-être acquis moins d'expérience et moins investi dans la formation des étudiantes et d'autres infirmières que dans le passé.

Dans le passé, les établissements de soins de santé avaient des services de formation responsables de l'éducation continue du personnel professionnel. La responsabilité de tels programmes est maintenant souvent décentralisée et confiée aux unités de soins infirmiers. Les personnes qui n'ont pas pu acquérir d'expérience en matière d'élaboration et de

¹ Connaissances, savoir-faire et qualités personnelles dont ont besoin les préceptrices et les mentors.

² Pour les besoins de ce document, les soins directs, l'enseignement, l'administration et la recherche constituent les domaines de la pratique infirmière.

présentation de programmes tels que le préceptorat et le mentorat ont maintenant la chance de le faire et ont besoin d'outils qui puissent les guider.

Dans le sillage de la crise des ressources humaines de la santé et des contraintes financières qui sévissent actuellement, beaucoup de membres du personnel des soins de santé ont des charges de travail excessives et ont de la difficulté à offrir des expériences d'apprentissage utiles aux étudiantes et aux novices (Hynes-Gay et Swirsky, 2001). Les infirmières pensent parfois ne pas avoir suffisamment de temps pour répondre aux besoins de leurs clients et encore moins pour servir de modèle de rôle à quelqu'un d'autre. Le manque de modèles à émuler et de programmes de formation peut toutefois alourdir le stress et accroître l'insatisfaction chez les infirmières qui en ont besoin, ce qui fait grimper les taux de roulement dans le contexte des soins de santé (Messmer *et al.*, 1995).

Les infirmières ont besoin de se tenir au fait des technologies nouvelles pour maintenir leur compétence. De plus, la technologie de l'information permet maintenant de diffuser rapidement les percées dans les soins de santé et les traitements, et ceci exige que l'apprentissage se fasse à un rythme accéléré. L'accès immédiat à de vastes dépôts d'information incite un public mieux informé à participer plus activement aux traitements et aux soins, ce qui a haussé en retour la barre de ses attentes.

Il y a longtemps qu'on utilise les modèles de rôle dans la formation des professionnels afin d'améliorer l'apprentissage. Pour un maximum d'efficacité, ils doivent s'inscrire dans une stratégie globale de l'organisation, qui vise à créer un environnement axé sur l'acquisition continue du savoir. Les contextes d'apprentissage continu améliorent la qualité de vie au travail des professionnels de la santé, ainsi que les résultats pour les clients.

Pour aider les étudiantes infirmières, les nouvelles diplômées et les infirmières diplômées qui occupent de nouvelles fonctions, les infirmières peuvent notamment agir comme modèles de rôle. À ce titre, les infirmières en exercice deviennent préceptrices ou mentors afin de préparer les infirmières à jouer de nouveaux rôles tels que la planification de programmes axés sur la population, la gestion de programme, l'éducation, la recherche ou la prestation de soins directs.

Qui participe au programme de modelage de rôle?

Si les programmes de modelage de rôle améliorent la satisfaction au travail, la qualité des soins, le recrutement et le maintien des effectifs par le préceptorat et le mentorat, ils créent alors une situation gagnante pour toutes les parties intéressées. La réussite de la mise en œuvre et du maintien de ces programmes dépend de la collaboration à de nombreux niveaux – entre personnes, établissements, organisations et gouvernements – dont nous décrivons ci-dessous certaines des responsabilités.

Infirmières à titre personnel

Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (AIIC, 2002) prévoit que les infirmières partagent leurs connaissances infirmières avec d'autres membres de l'équipe de santé pour le bénéfice des clients. Les infirmières fournissent au meilleur de leur capacité des services de mentorat et d'orientation pour le perfectionnement professionnel d'étudiantes et d'autres infirmières (p. 16).

Les infirmières doivent aussi, à titre personnel, acquérir les compétences dont elles ont besoin pour devenir de bonnes préceptrices ou mentors. Il peut y avoir des compétences qu'il

est préférable d'apprendre de professionnels non infirmiers. Une infirmière pourrait alors inviter une non-infirmière à jouer le rôle de préceptrice ou de mentor. Lorsqu'il n'y a pas de programme, les infirmières doivent chercher à obtenir les ressources nécessaires pour en créer et en mettre en œuvre.

Unités de travail et services

Les unités de travail et les services d'une organisation sont responsables de fournir les ressources nécessaires pour assurer l'existence de programmes de préceptorat et de mentorat et pour garantir qu'ils sont offerts aux infirmières qui travaillent dans le milieu. Ils doivent mener à bien ces programmes et définir les compétences dont les infirmières ont besoin dans un milieu donné.

Organisations qui embauchent des infirmières

Les organisations qui embauchent des infirmières sont responsables d'élaborer ou d'offrir des programmes de préceptorat ou de mentorat aux infirmières qui travaillent dans leur établissement.

Associations professionnelles

Les associations professionnelles sont responsables de préconiser un financement suffisant pour créer et offrir régulièrement des programmes de préceptorat et de mentorat aux infirmières. Elles doivent aussi établir et imposer les compétences nécessaires à la profession.

Gouvernements fédéral et provinciaux ou territoriaux

Les gouvernements fédéral et provinciaux ou territoriaux sont responsables de fournir un financement suffisant pour appuyer les programmes de préceptorat et de mentorat.

Références – se rapportant à la Partie II

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1995). *Guide de référence sur le préceptorat : Enseigner et apprendre à l'aide de modèles cliniques*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2001). *Énoncé de position : Des milieux de travail de qualité pour les infirmières*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2004). *Plan directeur de l'examen d'autorisation infirmière au Canada – Juin 2005 à Mai 2009*. Ottawa : auteur.

Hynes-Gay, P., et Swirsky, H. (2001, November/December). Mentorship in nursing. *Registered Nurse*, 12-14.

McGregor, R. (1999). A precepted experience for senior students. *Nurse Educator*, 24(3), 13-16.

Messmer, P. R., Abelleria, A., et Erb, P. (1995). Code 50: An orientation matrix to track orientation costs. *Journal of Nursing Staff Development*, 11(50), 261-264.

Wright, A. (2002). Precepting in 2002. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(3), 138-141.

Partie III :

Préceptorat et mentorat



Préceptorat et mentorat

De quoi il s'agit et ce que les infirmières doivent savoir

Le préceptorat et le mentorat sont deux façons d'utiliser le modelage de rôle pour appuyer l'acquisition du savoir et l'épanouissement professionnel des infirmières, ainsi que pour promouvoir la qualité générale des milieux de travail. Même si, dans les milieux internationaux, le mentorat équivaut parfois au préceptorat (Hynes-Gay et Swirsky, 2001; Watson, 2003), on s'entend de plus en plus au Canada au sujet des différences entre ces deux approches.

Beaucoup d'aspects du préceptorat et du mentorat se ressemblent. Les deux approches sont tributaires de modèles de rôle efficaces dans un contexte de relations entre deux personnes, reposent sur l'apprentissage autodirigé et l'offre d'un environnement sécuritaire pour la réflexion critique et la pratique et prévoient des interventions consistant à donner des avis et des conseils, à guider, à parrainer, à reconnaître des forces et à fournir une rétroaction constructive (BC Academic Health Council, 2002). Le préceptorat a toutefois tendance à converger sur un mécanisme officiel visant à aider la novice à acquérir les compétences nécessaires pour ses débuts dans la pratique au moyen d'une surveillance directe pendant une période limitée. Le mentorat, qui peut être officiel ou non, porte habituellement sur des apprentissages plus généraux, ainsi que sur le cheminement de carrière et l'épanouissement personnel et professionnel dans un contexte de conseils à long terme.

Les compétences des préceptrices et des mentors qui décrivent plus en détail ces rôles ont été définies dans le Projet de l'AIIC sur le préceptorat et le mentorat et sont présentées dans la Partie V du guide. Ce chapitre examine de façon plus détaillée le préceptorat et le mentorat à partir d'exemples de ces types de programmes et au moyen des références qui permettent de pousser les recherches et d'obtenir plus d'information.

Préceptorat

Définition et caractéristiques

Le *Webster's New World College Dictionary* définit un précepte comme étant un enseignement ou une recette devant servir de règle d'action ou de conduite, et il définit une préceptrice comme étant une enseignante (Neufeldt & Guralnik, 1998, p. 1 060)

Même si les définitions varient dans le monde, les infirmières du Canada ont tendance à considérer le préceptorat comme une méthode d'enseignement et d'apprentissage fréquemment employée, où les infirmières font du modelage de rôle clinique. Il s'agit d'une relation **officielle, d'une durée préétablie, entre deux personnes**, à savoir une infirmière expérimentée (préceptrice) et une novice (élève), et cette relation a pour but d'aider la novice à s'adapter avec succès à un nouveau rôle et à réussir dans ses nouvelles fonctions (AIIC, 1995, p. 3). Le préceptorat sert souvent à l'acquisition d'un niveau de base de connaissances, de techniques et de qualités personnelles, ainsi qu'à l'intégration sociale dans la profession ou le domaine de pratique.

La novice peut être une étudiante ou une infirmière déjà en activité qui arrive dans un rôle, un domaine ou un milieu nouveaux (AIIC, 1995). La novice acquiert donc les compétences dont elle aura besoin pour exercer la profession de façon sécuritaire, conforme à l'éthique et

efficace, compte tenu des normes courantes. L'acquisition des nouvelles compétences peut concerner le nouveau milieu ou le nouveau domaine de pratique. Les compétences pourraient être reliées, par exemple, à une salle d'urgence, à un service de santé communautaire, à un programme d'enseignement universitaire, à un rôle d'administratrice ou de chercheuse, ou encore à une relation avec une nouvelle catégorie de clients, comme des grands brûlés ou des patients atteints d'hépatite C.

Les expériences de préceptorat ont tendance à être de courte durée (1 à 2 mois). La durée en est souvent prédéterminée par l'établissement d'enseignement qui connaît les caractéristiques de la participante type, les besoins du groupe de clients et le contexte typique des soins.

La préceptrice doit être une instructrice capable qui maîtrise au moins les compétences dont la novice a besoin. Certaines des compétences nécessaires sont dictées par le milieu de pratique, et d'autres, par la nature du rôle de préceptrice³. Il serait, par exemple, difficile d'imaginer qu'une préceptrice puisse être efficace si elle ne montre pas d'enthousiasme pour le rôle.

Les élèves font l'objet d'une évaluation formative (continue) et d'une évaluation sommative (finale). L'évaluation officielle effectuée dans le contexte des programmes de préceptorat peut aider les établissements à s'assurer que la novice a acquis les compétences nécessaires pour exercer la profession de façon sécuritaire, conforme à l'éthique et compétente.

La plupart des écoles d'infirmières ont des programmes qui comprennent le préceptorat afin d'aider les étudiantes à acquérir des compétences cliniques et de les préparer à faire la transition des études aux milieux de travail, en particulier lors des derniers stades du programme (p. ex., consolidation ou stages à un niveau supérieur). Les programmes de formation pour les infirmières qui veulent acquérir un grade en sciences infirmières, comme les programmes de spécialisation et de formation postdiplôme, ont aussi recours au préceptorat pour aider les étudiantes à s'adapter à de nouveaux rôles. Il est en outre devenu courant pour les responsables du personnel des établissements et des organismes de santé de recourir au préceptorat pour initier les nouvelles employées ou les infirmières qui changent de service ou de spécialité.

Avantages

À mesure que les organisations commencent à s'arracher des ressources qui diminuent, elles doivent étudier et mettre en œuvre des pratiques reconnues pour accroître la satisfaction au travail des infirmières (Ryten, 1997). On a constaté plus précisément que des programmes de préceptorat offrent des avantages aux élèves, aux préceptrices, aux établissements de soins de santé et à la profession infirmière (Lockwood-Rayermann, 2003; Mahayosnand et Stigler, 1999; Neumann *et al.*, 2004; Wright, 2002).

Pour les participantes, le préceptorat facilite l'entrée réussie dans la profession infirmière, les aide à développer leur jugement et leur savoir-faire et réduit le temps qu'il leur faut pour apprendre à fonctionner en autonomie.

La satisfaction de voir les novices prendre confiance en elles est un avantage pour les préceptrices (Newman, *et al.*, 2004; Wright, 2002). Elles ont aussi tendance à être moins

³ Voir à la Partie V les listes de compétences des préceptrices et des mentors, définies par l'AIC dans le cadre du Projet sur le préceptorat et le mentorat.

vulnérables à l'épuisement (McGregor, 1999). Les préceptrices bénéficient aussi d'une amélioration de leur estime de soi et le fait qu'elles donnent l'exemple accroît leur conscience de soi (King et Bernick, 2002).

Pour les établissements, le préceptorat accroît la qualité du milieu de pratique professionnelle (AIIIC, 2001) et il est plus économique que l'orientation traditionnelle (Beeman, Jernigan et Hensley, 1999). Une recension des écrits réalisée par King et Bernick (2002) a révélé que dans le cas des établissements, le préceptorat réduit le nombre des démissions et le roulement du personnel, améliore la satisfaction du personnel, les connaissances et les soins dispensés aux patients.

La profession en bénéficie en gardant des praticiens qui ont amélioré leur capacité de réflexion critique (Myrick et Yonge, 2002).

Nous résumons ci-dessous certains des résultats positifs des programmes de préceptorat :

Élève

- amélioration de la satisfaction au travail
- réduction du stress
- épanouissement personnel important
- confiance accrue
- acquisition d'attitudes, de connaissances théoriques et pratiques (compétences) nouvelles

Établissement

- baisse du coût des soins
- recrutement accru de nouvelles infirmières
- maintien accru de l'effectif actuel
- amélioration des résultats pour les patients
- plus grande loyauté envers l'établissement
- productivité accrue

Profession

- amélioration de l'appui accordé aux nouvelles diplômées
- existence de compétences nécessaires pour exercer la profession en toute sécurité
- existence de programmes qui aideront les infirmières à maintenir leurs compétences et à en acquérir de nouvelles
- nombre accru d'infirmières possédant des techniques de leadership et d'enseignement
- amélioration du maintien des effectifs infirmiers
- réduction du besoin de recruter et de former des infirmières

Coûts

Il y a vraiment pénurie d'information, dans les publications, sur les coûts des programmes de préceptorat. Ces coûts doivent tenir compte des facteurs suivants (AIIC, 1995) :

- Temps nécessaire pour planifier, élaborer, réaliser et évaluer le programme.
- Temps et effort nécessaires pour élaborer des politiques et préparer les documents administratifs nécessaires.
- Temps et ressources nécessaires pour publier des documents.
- Appui, consultation et orientation pour les modèles de rôle et les participantes.
- Reconnaissance ou rémunération des préceptrices.
- Coordination, évaluation et modification des programmes.
- Coûts des déplacements possibles pour les coordonnatrices de programme.

Lorsqu'on veut analyser le rapport coûts-avantages d'un programme, il faut pondérer le coût projeté en fonction des buts. L'augmentation des coûts directs peut être acceptable si les résultats positifs sont importants. (Neumann *et al.*, 2004).

Facteurs qui jouent sur la réussite des programmes de préceptorat

Il y a de nombreux facteurs dont il faut tenir compte dans l'élaboration de programmes de préceptorat, y compris le stress vécu par les élèves, la charge de travail de la préceptrice, les conflits et les partenariats.

Les expériences de préceptorat peuvent causer beaucoup de stress aux novices (Yonge, Myrick et Haase, 2002) et leur enlever leurs illusions au sujet de la profession infirmière. Il importe de maintenir un partage ouvert d'information entre l'élève et la préceptrice, ainsi que la coordonnatrice du programme ou l'enseignante-conseil. Les préceptrices ont besoin de savoir comment reconnaître le stress chez les élèves, comment les aider à gérer ce stress et où s'adresser pour obtenir de l'aide, au besoin, comme par exemple du counselling.

De même, une surcharge de travail peut être une cause d'insatisfaction au travail chez certaines préceptrices (Lockwood-Rayermann, 2004; Neumann *et al.*, 2004). La surcharge peut découler du fait d'avoir trop de patients dont il faut s'occuper tout en s'acquittant de responsabilités de préceptrice, d'avoir trop d'élèves ou, peut-être, ne pas avoir eu le choix d'accepter ou non ces responsabilités accrues. Il faut tenir compte de ces enjeux reliés à l'éthique lorsqu'on lance des programmes de préceptorat dans les milieux de travail des infirmières.

Il importe de reconnaître que des conflits peuvent surgir entre la préceptrice et l'élève (Mamchur et Myrick, 2003). Les programmes d'orientation devraient donner à la fois à la préceptrice et à l'élève une idée de la façon de reconnaître et de régler les conflits. La coordonnatrice du programme ou l'enseignante-conseil peut faciliter cette sensibilisation au besoin. L'Annexe C présente un bref aperçu des méthodes permettant de reconnaître les conflits et de les résoudre.

Idéalement, le préceptorat est un partenariat entre la préceptrice (qui est chargée d'enseigner, d'évaluer et de formuler des commentaires), l'élève et la coordonnatrice du programme ou l'enseignante-conseil. Dans le contexte d'un programme de préceptorat fructueux, ces dernières sont prêtes à jouer un rôle important en matière d'orientation du cours, de soutien pour les évaluations et d'information pour et sur les préceptrices et les élèves.

Récompenses

Beaucoup d'institutions constatent que même si la motivation intrinsèque est importante pour les préceptrices, il est très important de les reconnaître officiellement et de les récompenser (Greenberg *et al.*, 2001; Neumann *et al.*, 2004; Stone et Rowles, 2002). Les exemples qui suivent illustrent comment des organisations peuvent récompenser les préceptrices.

Rémunération

Il y a de nombreuses façons de reconnaître les modèles de rôle :

- une journée de congé d'éducation payé
- une augmentation de salaire
- des bons d'achat pour des programmes d'éducation permanente
- un abonnement à une revue d'infirmières
- de petites fêtes ou des réunions qui comprennent un repas
- des bons-cadeaux pour l'achat de livres
- un allègement de la charge de travail pendant que la personne agit comme modèle de rôle

Reconnaissance

Il y a de nombreuses façons de reconnaître les modèles de rôle :

- publication de leur nom dans des bulletins
- épingle indiquant que l'infirmière est un modèle de rôle
- reconnaissance au cours de petites fêtes
- horaire de travail privilégié à la suite de l'expérience
- certificats
- remerciements personnels (par lettre ou en personne) d'une administratrice clé des soins infirmiers
- lettres de reconnaissance à verser au dossier personnel des intéressées.

Il importe de faire participer les modèles de rôle à la discussion sur les types de reconnaissance, parce que les récompenses et les reconnaissances constituent des préférences très personnelles.

Exemples de programmes de préceptorat

Dans le sous-titre de leur ouvrage, King et Bernick (2002) décrivent le programme de préceptorat offert par le Baycrest Centre for Geriatric Care comme étant un programme innovateur où tout le monde est gagnant! On a créé le programme à la suite d'une session d'orientation pour les unités, au cours de laquelle une évaluation des besoins a indiqué que les nouvelles employées avaient de la difficulté à gérer leur charge de travail. Les préceptrices participant au programme doivent avoir :

- au moins deux ans d'expérience dans le domaine clinique;
- des qualités de leadership;

- le désir de s'épanouir professionnellement;
- les qualités personnelles que sont la sincérité, la chaleur, la compassion et la flexibilité;
- une compréhension des principes de l'apprentissage chez les adultes;
- des techniques de communication très développées.

Certaines préceptrices assistent à un atelier d'orientation et compte tenu de la nature interpersonnelle du programme, établissent un plan d'apprentissage avec leurs élèves. Les autres éléments constituant du programme comprennent des listes de vérification, des réunions de réflexion toutes les deux semaines, l'accès aux ressources, la reconnaissance des préceptrices et des évaluations formatives et sommatives.

Neumann *et al.* (2004) présentent la description détaillée d'un programme de formation de préceptrices qui inclut des séances d'orientation équilibrées, des considérations reliées aux coûts, des façons de reconnaître les préceptrices, ainsi que des idées pour offrir un appui continu aux préceptrices, par exemple au moyen d'un « forum des préceptrices » sur Intranet doté de ressources multiples.

Il y a de nombreuses initiatives provinciales sur le préceptorat en Colombie-Britannique, notamment un site Web d'information, des ateliers sur l'élaboration de programmes et un cours d'éducation continue intitulé « From Practitioner to Practice » (voir le site Web du BC Academic Health Council : www.bcahc.ca qui offre des ressources pratiques et des idées).

Des programmes établis offrent d'autres documents relatifs au préceptorat, notamment des guides sur les styles d'apprentissage, des fiches de suivi, des formulaires d'évaluation et des outils d'évaluation du rendement des préceptrices. On trouvera plus d'exemples dans *Guided Learning Programs: Preceptor's Handbook* du Peterborough Regional Health Centre (Hill, 2003). Il y a aussi des ressources sur Internet comme le *Preceptor Packet* du Maricopa Community College District Nursing Program (2002), ou la *Preceptor & Mentor Initiative for Health Sciences in BC* (2002) du BC Academic Health Council.

Mentorat

Définition et caractéristiques

Le mot mentor provient de la mythologie grecque, mais en anglais moderne, il désigne une personne sage et expérimentée dans sa profession, dotée de caractéristiques favorables à l'apprentissage chez la personne novice placée dans un rôle professionnel semblable (Hynes-Gay et Swirsky, 2001, p. 12). On reconnaît en général que le ou la mentor est une personne qui a plus d'ancienneté et qui est plus âgée et plus chevronnée que son mentoré ou sa mentorée, que l'on nomme parfois protégé ou protégée⁴. La relation est de longue durée et vise à favoriser l'apprentissage, l'épanouissement et l'avancement de la mentorée (Andrews et Wallis, 1999; Donner, Wheeler et Waddell, 1997).

Même s'il est habituellement associé aux mondes des affaires ou du droit, le concept du mentorat est devenu plus prévalent en soins infirmiers depuis les années 80, surtout à cause de

⁴ Les désignations *mentoré/mentorée* et *protégé/protégée* sont toutes deux utilisées couramment pour nommer la personne qui a une relation avec le ou la *mentor*. Le présent guide emploie la désignation *mentorée*, sauf lorsque l'on renvoie spécifiquement à des programmes ou à des manuels qui utilisent le mot *protégée*.

l'insatisfaction croissante au travail et des défis de plus en plus lourds posés par le recrutement et le maintien des effectifs. La définition du mentorat n'est toutefois pas précise (Andrews et Wallis, 1999; Hynes-Gay et Swirsky, 2001; Kilcher et Sketris, 2003).

Selon la définition de l'AIIC, il y a mentorat lorsqu'une personne établit avec une autre une relation professionnelle volontaire, bénéfique pour les deux parties et habituellement de longue durée. Dans le contexte de cette relation, une personne chevronnée et avertie (mentor) guide une personne moins chevronnée, mais possédant des qualités potentielles de chef (mentorée), pour l'aider à acquérir de la maturité (AIIC, 1995). Le mentorat établit un climat d'appui et a des répercussions positives sur les résultats professionnels. Il peut déboucher sur une relation continue et il est possible dans tous les domaines de la pratique infirmière (administration, enseignement, recherche ou pratique).

La mentorée souhaite souvent devenir plus efficace dans un rôle, un milieu, une orientation clinique ou un domaine de pratique. Les mentorées peuvent être, par exemple : une nouvelle gestionnaire désireuse d'acquérir des connaissances théoriques et pratiques pour exercer efficacement ses fonctions dans un contexte complexe de soins de santé, une nouvelle enseignante qui travaille en milieu universitaire ou une nouvelle chercheuse qui veut apprendre à demander du financement et à réaliser des projets de recherche. La mentorée est souvent motivée par l'obligation personnelle de maîtriser son domaine d'activité dans un environnement complexe.

Les mentors peuvent être des spécialistes et des chefs de file de leur domaine, mais les deux mots *spécialiste* et *mentor* ne sont pas synonymes. Federwisch (1997) établit une distinction entre la spécialiste et la mentor en affirmant qu'une spécialiste donne une solution définitive à un problème, tandis qu'une mentor guide d'autres personnes (p. 3). D'autres auteures indiquent que les participantes aux programmes de mentorat préfèrent une praticienne plus jeune qui peut facilement se rappeler ses propres expériences d'étudiante (Andrews et Wallis, 1999). C'est un partenariat d'apprentissage qui subit l'influence positive des caractéristiques personnelles et des qualités professionnelles spécifiques de la mentor et qui est mieux défini par elles.

La durée d'un programme de mentorat est habituellement plus longue et souvent définie moins précisément que ce n'est le cas pour le préceptorat (Andrews et Wallis, 1997; Hynes-Gay et Swirsky, 2001). Il se peut qu'une personne vive plusieurs expériences de mentorat au fil du temps ou même simultanément. La durée de la relation peut varier de quelques mois à des années et elle est habituellement déterminée par le temps dont la mentorée a besoin pour atteindre ses objectifs. Dans certains cas toutefois, c'est l'évolution de la relation entre le mentor et la mentorée qui la détermine. La relation diffère du préceptorat, car elle repose moins sur les procédures et elle est moins axée sur la supervision et l'évaluation du rendement. Elle vise davantage à exercer une influence positive par l'exemple et l'enseignement.

Les relations de mentorat sans caractère officiel reposent sur l'identification ou l'attrait mutuel, ne sont pas structurées et visent avant tout à permettre à la mentorée ou à la protégée d'atteindre des objectifs de carrière à long terme. En revanche, les relations de mentorat officielles sont plus structurées par leur raison d'être et leur durée, et comptent habituellement sur l'appui de l'organisation (Kilcher et Sketris, 2003). Il s'agirait habituellement d'une situation où une infirmière est aidée à s'intégrer socialement et à acquérir des compétences dans un nouveau milieu en étant jumelée à une collègue plus chevronnée qui lui donne du soutien. Le mentorat par des pairs, les groupes de mentorat ou les mentors multiples constituent d'autres stratégies de mentorat (Kilcher et Sketris, 2003; Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2003).

Avantages

L'AIIC considère le mentorat comme un élément essentiel dans un milieu de travail de qualité (AIIC, 2001). On a défini tout un éventail d'avantages pour la mentor, la mentorée et l'établissement (Greene et Puetzer, 2002; Kilcher et Sketris, 2003):

Mentor

- épanouissement personnel amélioré
- satisfaction au travail et sentiment de valeur accrus
- apprentissage, croissance personnelle et techniques de leadership accrus
- motivation face à des idées nouvelles
- possibilités d'avancement

Mentorée

- compétence accrue
- confiance et sentiment de sécurité accrus
- diminution du stress
- satisfaction au travail accrue
- réseaux élargis
- développement du leadership
- perspicacité en période d'incertitude

Établissement

- amélioration de la qualité des soins
- capacité accrue de recruter
- diminution de l'attrition
- engagement accru envers l'organisation
- création de partenariats et de chefs de file

Coûts

Il existe peu d'information sur les coûts des programmes de mentorat, mais les coûts standard varient du coût minime ou nul pour le mentorat non officiel jusqu'au coût du financement fourni pour des programmes de bourses d'études, au coût des programmes d'éducation en orientation et au coût du temps du personnel nécessaire pour la surveillance ou l'appui continu. Il peut y avoir aussi des coûts en temps de personnel lorsque les infirmières s'absentent du travail pour poursuivre leurs objectifs.

Facteurs qui jouent sur la réussite des programmes de mentorat

Un environnement approprié et propice au mentorat dépend en grande partie des caractéristiques personnelles de la mentor telles que sa disponibilité, l'efficacité de ses techniques d'enseignement et de ses communications interpersonnelles (Andrews et Wallis, 1999). Brown (1999) indique qu'il est possible de maintenir un environnement approprié en prenant le temps d'organiser des réunions périodiques pour prévoir des problèmes éventuels et proposer des solutions. On encourage les deux parties à prendre des risques, à découvrir leur potentiel respectif, à éviter une dépendance excessive et à reconnaître quand il faut mettre fin au mentorat (Greene et Puetzer, 2002).

Rôles et responsabilités des mentors⁵

Greene et Puetzer (2002) décrivent trois rôles de la mentor : (1) le *modelage*, consistant à donner l'exemple, (2) l'aide à la *socialisation*, consistant à faciliter l'intégration de la mentorée dans la culture organisationnelle, et (3) l'*enseignement*, consistant à évaluer les besoins en apprentissage et à planifier les expériences de la mentorée. Dans le contexte du programme de mentorat sur l'hépatite C lancé en 2002 par l'AIIC, les mentors ont constaté qu'elles avaient les responsabilités suivantes :

- Agir en modèle de rôle professionnel et en collègue.
- Donner l'exemple de pratiques compétentes fondées sur la confiance en soi.
- Collaborer avec la mentorée, la représenter et communiquer avec elle.
- S'engager à apprendre par soi-même et de tiers.
- Faire preuve de sympathie, d'appui et de respect.
- Avoir une approche constante et des attentes claires.
- Faciliter l'initiation des mentorées dans l'organisation.
- Collaborer à l'évaluation des besoins en apprentissage et revoir les buts de l'apprentissage pour déterminer s'ils sont atteignables.
- Communiquer avec la coordonnatrice pour clarifier au besoin les attentes.
- Encourager et guider la mentorée.

Dans le contexte du même projet de l'AIIC, les mentorées ont établi qu'elles avaient les responsabilités suivantes :

- Participer activement au programme (collègues et apprenantes actives).
- Évaluer les besoins spécifiques en apprentissage et en déterminer les buts en collaboration.
- Se conformer aux politiques et à la mission de l'établissement.
- Se conformer aux normes de pratique de la province ou du territoire et au *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (CNA, 2002).

⁵ Voir dans la Partie V les listes de compétences des préceptrices et des mentors, définies par l'AIIC dans le cadre du Projet sur le préceptorat et le mentorat.

Récompenses

Les récompenses pour la mentor font partie intrinsèque du partenariat et se retrouvent dans la satisfaction de voir la mentorée progresser. Les programmes de mentorat plus officiels offrent souvent la reconnaissance à l'échelon de l'établissement. Comme dans le cas des préceptrices, la reconnaissance peut prendre la forme de journées d'éducation, de congés ou d'un allègement de la charge de travail pendant la période de mentorat. Certaines mentors touchent un supplément de rémunération ou d'autres récompenses qui montrent qu'on les apprécie (voir la discussion sur les récompenses et la reconnaissance dans le cas du préceptorat, à la page 17).

Exemples de programmes de mentorat

Les exemples qui suivent illustrent le vaste éventail de programmes infirmiers de mentorat qui font leur apparition au Canada.

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé offre un programme de mentorat axé spécifiquement sur les techniques de recherche avancée dans son programme de bourses de réorientation (2002). Les candidates choisies, qui peuvent être des infirmières, travaillent pendant 12 mois avec une mentor chevronnée dans le domaine de la recherche, pour assurer le succès de l'élaboration d'une proposition de recherche en santé.

Le programme de bourses de pratique clinique avancée de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2003) repose sur une expérience de mentorat structurée d'une durée de 12 semaines qui vise à favoriser la pratique clinique avancée dans des spécialités ou le développement du leadership, à la demande de la candidate. La mentor principale et les autres aident la « boursière » à préparer une proposition et un plan d'apprentissage. La mentor accorde son appui pendant toute la durée de la bourse et même par la suite. Par exemple, des « boursières » en sciences infirmières ont cherché avant tout à acquérir de l'expertise reliée à l'utilisation de technologies de la télésanté en milieu rural ou éloigné, à établir un programme d'éducation factuelle sur le diabète, à faciliter la réintégration communautaire après la réadaptation en gériatrie ou à améliorer l'aide de la collectivité aux familles qui ont des nouveau-nés prématurés.

Un programme de mentorat conçu spécifiquement à l'intention des infirmières de chevet fraîchement diplômées a été lancé en Saskatchewan en 2003 (Région sanitaire de Regina Qu'Appelle, 2004). Les protégées sont jumelées à des infirmières mentors chevronnées d'un autre milieu de travail pour travailler à leur épanouissement professionnel dans un domaine d'expertise clinique, à l'obtention d'une spécialisation ou à leur croissance dans un rôle non clinique. Cette initiative de mentorat vise globalement à améliorer le recrutement du personnel infirmier en milieu clinique, à l'aider et à en maintenir l'effectif. Mentors et protégées participent à un atelier d'orientation et reçoivent de l'aide continue pendant 12 mois.

Le Programme de mentorat de la Région sanitaire de Calgary (2002) vise avant tout le cheminement de carrière du personnel professionnel par des relations de mentorat volontaires et réciproques. Le programme offre des services de jumelage mentor/mentorée, une orientation officielle et de l'aide continue. Les mentors offrent leur appui, des défis et une vision en aidant leurs protégées à développer leur expertise et leurs techniques de leadership et en améliorant la satisfaction au travail des deux parties.

Accompagnement et autres modèles d'intégration du travail et de l'apprentissage

Accompagnement

Comme terme, le mot accompagnement a acquis plusieurs significations dans la profession infirmière. Il décrit le plus souvent une approche ou une stratégie à suivre pour acquérir des connaissances théoriques et pratiques grâce à une rétroaction opportune et positive. L'accompagnement est une activité réalisée dans le contexte des rôles plus généraux d'enseignante, de gestionnaire, de préceptrice ou de mentor (Fuimano, 2004; Kelly, 2002; Kilcher et Sketris, 2003; Lachman, 2000). On utilise aussi depuis quelque temps les mots « accompagnement » ou « accompagnatrice » pour décrire un rôle unique confié à des personnes embauchées pour appuyer le perfectionnement et l'épanouissement des employées, individuellement ou collectivement (Hope-Smeltzer, 2002; Nelson *et al.*, 2004; Nigro, 2003).

L'accompagnement comme rôle

Même s'il est déjà courant dans les milieux d'affaires pour améliorer la rentabilité, on en est encore au stade de l'adoption du concept de l'accompagnement en tant que rôle ou emploi distinct dans les organisations de soins de santé (American Academy of Ambulatory Care Nursing, 2001; Donner et Wheeler, 2002). L'accompagnement peut désigner la facilitation de l'acquisition de compétences spécialisées dans le contexte de relations de supérieure à subalterne (Hope-Smeltzer, 2002) ou entre pairs (Broscious, 2001; Nelson *et al.*, 2004).

L'accompagnement peut être collectif ou individuel. L'intervention dure habituellement jusqu'à ce que l'« accompagnée » maîtrise la compétence souhaitée ou jusqu'à ce que le contrat entre l'accompagnatrice et l'accompagnée prenne fin. Les accompagnatrices peuvent être ou non de la même profession que les accompagnées.

L'accompagnement sert à aider les participantes à améliorer un vaste éventail d'aspects de leur rendement professionnel et personnel. Les accompagnatrices de cadres de direction favorisent le rendement et la productivité des chefs de file (American Academy of Ambulatory Care Nursing, 2001; Hope-Smeltzer, 2003). Les accompagnatrices spécialisées dans les habitudes de vie personnelle peuvent aider leurs clients à établir un équilibre entre leurs impératifs professionnels et personnels ou assurer leur épanouissement personnel. Celles qui sont spécialisées dans les aspects professionnels concentrent leur attention sur la planification des carrières pour promouvoir le « dynamisme professionnel » et la satisfaction au travail (Donner et Wheeler, 2002). Dans les contextes de soins directs, on a affirmé récemment que le rôle de l'accompagnatrice d'unité ou de l'accompagnatrice en pratique clinique consiste à améliorer la qualité des soins et la satisfaction au travail (Nelson *et al.*, 2004).

Dans une grande partie des documents, le rôle d'accompagnatrice est difficile à distinguer de celui de mentor (Grandinetti, 2000; Nigro, 2003). Dans ce contexte, l'accompagnement est habituellement un emploi rémunéré officiel, axé sur le rendement et les « résultats tangibles », tandis que le mentorat est fondé sur une relation moins structurée, plus ouverte. Même si cela n'est pas toujours le cas, l'accompagnement a une forte connotation commerciale. Il existe un vaste éventail de services comme « l'accompagnement cognitif » qui sont offerts, particulièrement par des entrepreneurs aux États-Unis. Les aspects de ce modèle commercial du « rôle d'accompagnement » ne s'appliquent pas tous au secteur des services de santé sans but lucratif.

Donner et Wheeler définissent l'accompagnement comme « une puissante relation de collaboration entre une accompagnatrice et une personne disposée à en bénéficier, qui peut permettre, grâce à un processus de découverte, d'établir des objectifs, d'effectuer des interventions stratégiques et d'atteindre un résultat extraordinaire [traduction] » (communication personnelle, 26 mars 2004).

Dans un établissement, le rôle de « l'accompagnatrice d'unité » consistait à reconnaître le potentiel de personnes et leurs objectifs de croissance en suivant attentivement leur rendement réel [...] en incitant les membres du personnel infirmier à réfléchir à leurs interventions (Nelson *et al.*, 2004). On a fini par intégrer ce rôle pilote à celui de la préceptrice d'unité dans ce contexte. Les activités que ces auteurs confient à « l'accompagnatrice d'unité » semblent ressembler beaucoup à celles des instructrices cliniques qui travaillent avec des groupes d'étudiantes infirmières pendant les cours du stage pratique clinique.

Dans un autre exemple, celui de l'organisation St. Joseph's Health Care London, un membre chevronné du personnel appelé accompagnatrice en pratique clinique travaille dans le cadre d'une relation officielle individuelle au travail pour faire progresser la qualité de la pratique de l'apprenante, qu'elle soit étudiante, nouveau membre du personnel ou pair (St. Joseph's Health Care London, 2002).

L'accompagnement comme rôle constitue certainement une nouvelle voie intéressante d'épanouissement et de perfectionnement professionnels dans le milieu de travail des infirmières. Le rôle n'est toutefois pas encore bien défini ni distingué clairement d'autres rôles qui se chevauchent comme ceux de gestionnaire, d'enseignante, de préceptrice ou de mentor.

L'accompagnement comme stratégie

Dans ce document, nous utilisons la définition plus traditionnelle de l'« accompagnement » pour décrire une approche, une stratégie ou une activité qui s'inscrit dans le contexte d'un rôle plus général de promotion de l'apprentissage (p. ex., enseignante, gestionnaire, préceptrice, mentor). L'accompagnement comporte des commentaires opportuns sur le rendement qui visent à améliorer les compétences spécialisées et les qualités nécessaires à la réussite (Fuimano, 2004; Kilcher et Sketris, 2003; Nelson *et al.*, 2004). Une préceptrice peut, par exemple, recourir à l'accompagnement pendant qu'une élève cherche à acquérir une nouvelle compétence technique spécialisée, renforçant ce que l'élève fait bien et lui donnant des conseils en cours de route. Une mentor pourrait accompagner une mentorée dans l'acquisition d'une nouvelle compétence spécialisée, telle que le fait de présider une réunion. Les infirmières elles-mêmes ont recours à l'accompagnement lorsqu'elles aident des clients à apprendre de nouvelles techniques telles que donner le bain à un nouveau-né ou s'administrer de l'insuline.

Autres modèles d'intégration du travail et de l'apprentissage

Le préceptorat et le mentorat convergent tous deux sur l'apprentissage et l'épanouissement dans le milieu de travail ou de pratique. D'autres types de programmes qui intègrent l'expérience pratique et la formation théorique deviennent plus prévalents dans les milieux infirmiers, même si c'est surtout à l'extérieur du Canada. Ils ont de nombreux titres, notamment : programmes d'acquisition du savoir, d'externat, d'internat, d'apprentissage et programmes coopératifs. Kerka (1999) signale que l'on a offert des programmes d'intégration du travail et de l'apprentissage d'abord aux États-Unis, dès 1906.

Internat

Le mot « interne », émanant de la racine « inter » qui signifie « entre, parmi ou ensemble » (Neufeldt et Guralnik, 1998), a une connotation plus neutre que le mot « orientation » et doit être préféré à ce dernier. Un programme officiel de stages pour les nouvelles diplômées facilite la transition vers le monde du travail rémunéré et vers des postes précis dans le milieu de soins de santé.

Les programmes d'internat exigent habituellement un investissement de plusieurs mois à un an : tout dépend du milieu de travail des internes et de leur niveau. Les internes sont habituellement des employées rémunérées. Dans certains établissements, la permanence dépend de la réussite de l'internat, qui pourrait inclure une formation en classe ou une formation individuelle, des groupes d'entraide, de l'expérience clinique personnalisée, le préceptorat ou le mentorat (Blanzola, Lindeman et King, 2004).

Les programmes d'internat sont courants aux États-Unis (voir Partie VII : Autres lectures). Il existe dans beaucoup de cas des documents auxquels il est possible d'avoir accès. Les programmes d'internat ne sont pas courants au Canada, mais ils ont fait leur apparition dans certains établissements, par exemple au St. Michael's Hospital de Toronto (2003).

Programmes d'apprentissage

Les programmes d'apprentissage sont courants à l'étranger et certains les considèrent comme une tendance intéressante. L'élaboration de programmes d'apprentissage est motivée en partie par la pénurie d'infirmières.

Les programmes d'apprentissage ont tendance à être des programmes de formation et d'acquisition de compétences pratiques au travail dans le contexte desquels les apprenantes apprennent pourquoi et comment il faut faire les choses (Geyer, 2002). Dans le contexte des programmes d'apprentissage typiques, des établissements d'enseignement et de soins de santé conjuguent leurs efforts. Les établissements d'enseignement fournissent la formation en classe et la pratique se déroule dans les conditions de travail normales. Cette formation ressemble à celle que donnaient les programmes des hôpitaux au Canada, dont le dernier a fermé ses portes en 1998.

Programme coopératif

L'expression « programme coopératif » peut avoir de nombreuses significations. Pour les besoins du présent document, elle désigne un programme de formation d'infirmières qui offre aux étudiantes une alternance travail-études.

Même s'il existe des programmes coopératifs en Amérique du Nord depuis le début des années 90, ils sont récents pour les infirmières. La plupart des programmes coopératifs visent à favoriser le développement d'employées professionnelles et prévoient l'alternance entre le travail rémunéré et les études. Le programme comporte trois intervenants principaux : l'employeur, l'étudiante et l'établissement d'enseignement (Simon et House, 1999).

Les étudiantes posent leur candidature à ces programmes donnant droit à des crédits, et si elles satisfont aux critères indiqués, l'employeur leur fait passer une entrevue. Une fois qu'elles sont acceptées dans les programmes, on s'attend à ce que les étudiantes satisfassent aux exigences de l'emploi, et elles bénéficient habituellement des avantages de l'emploi : salaire régulier, vacances annuelles, congés de maladie, régimes de retraite et assurance-vie, notamment.

L'employeur a l'avantage d'évaluer le potentiel des étudiantes comme employées à long terme. Celles-ci s'initient réellement à la profession choisie auprès d'employeurs potentiels. Lorsqu'elles obtiennent leur diplôme, beaucoup retournent travailler chez ces employeurs. L'établissement d'enseignement en bénéficie aussi, puisqu'il peut ainsi offrir aux étudiantes des expériences dans un contexte réaliste permettant d'améliorer leur apprentissage (Simon et Houze, 1999).

Le University of Alabama and Regional Medical Centre (2002) offre un programme coopératif aux infirmières. Dans le contexte de ce programme, les finissantes travaillent à plein temps à l'hôpital pendant l'été et la session de printemps. Leur salaire augmente avec l'expérience. Les étudiantes travaillent d'abord comme infirmières auxiliaires, puis aux côtés d'infirmières préceptrices. Les étudiantes reçoivent des crédits à la fois pour le travail qu'elles font et pour les cours théoriques qu'elles suivent. Les stages sont organisés pour convenir le mieux possible à la fois à l'employeur et à la participante.

Références – se rapportant à la Partie III

American Academy of Ambulatory Care Nursing. (Juillet 2001). Executive coaching: Professional self-care for nursing leaders. *Nursing Economics*. Extrait de <http://AAACN.inurse.com>.

Andrews, M. et Wallis, M. (1999). Mentorship in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 201-7.

Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (août 2003). 12 weeks to a healthier career & workplace. *Advanced Clinical/Practice Fellowships*. www.rnao.org/acpf.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1995). *Guide de référence sur le préceptorat : Enseigner et apprendre à l'aide de modèles cliniques*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2001). *Énoncé de position : Des milieux de travail de qualité pour les infirmières*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa : auteur.

BC Academic Health Council (2002). *Preceptor & mentor initiative for health sciences in BC*. Extrait le 28 avril 2004 de www.bcahc.ca/pm/

Beeman, K., Jernigan, A., et Hensley, P. (1999). Employing new grads: A plan for success. *Nursing Economics*, 17(2), 91-95.

Blanzola, C., Lindeman, R., et King, M. (2004). Nurse internship pathway to clinical comfort, confidence and competency. *Journal of Nursing Staff Development*, 20(1), 27-37.

Broschius, S.K., et Saunders, D.J. (2001). Clinical strategies: Peer coaching. *Nurse Educator*, 26(5), 212-14.

Brown, H. (1999). Mentoring new faculty. *Nurse Educator*, 24(1), 48-51.

Donner, G. et Wheeler, M.M. (2002). Coaching. Extrait le 8 décembre 2003 de <http://www.donner-wheeler.com/coaching/>

- Donner, G., Wheeler, M.M. et Waddelk, J. (1997). The nurse manager as career coach. *Journal of Nursing Administration*, 27(12), 14-18.
- Federwisch, A.(1997). The keys to finding a mentor. Extrait le 29 janvier 2002 de <http://www.nurseweek.com/features/97-11/mentor2.html>
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2002). *Bourse de réorientation professionnelle. Appel de demandes*. www.fcrss.ca.
- Fuimano, J. (2004). Mentors' forum: Add coaching to your leadership repertoire. *Nursing Management* 35(1), 16-17.
- Geyer, N. (Juillet 2002). Learnerships: A new trend in nursing training. *Nursing Update* 26(6), 36-37.
- Grandinetti, D. (2000). Could a “coach” get you motivated about medicine? *Medical Economics*. 77 (1). Extrait le 18 février 2002 de http://www.findarticles.com/cf_0/m3229/01_77/59330869/print.jhtml.
- Greenberg, M., Colombraro, G., DeBlasio, J., et Rich, E. (2001). Clinical issues: Rewarding preceptors a cost-effective model. *Nurse Educator*, 26(3), 114-16.
- Greene, M. T. et Puetzer, M. (2002). The value of mentoring: A strategic approach to retention and recruitment. *Journal of Nursing Care Quality*, 17(1), 63-70.
- Hill, B. (2003). *Guided learning programs: Preceptor's handbook*. Peterborough (Ontario) : Centre de santé régional de Peterborough.
- Hope-Smeltzer, C. H. (2002). The benefits of executive coaching. *Journal of Nursing Administration*, 32(10), 501-02.
- Hope-Smeltzer, C. H. (2003). *Coaching: A method for developing effective leadership*. Extrait le 27 février 2003 de <http://nweb.nursingspectrum.com/cfforms/GuestLecture/coaching.cfm>.
- Hôpital St. Michael's. *Graduate nursing internship program*. Extrait le 16 octobre 2003 de http://www.stmichaelshospital.com/content/careers/nursing_internship.asp.
- Hynes-Gay, P., et Swirsky, H. (novembre/décembre 2001). Mentorship in nursing. *Registered Nurse*, 12-14.
- Kelly, C. (2002). Mentoring: Partnering for personal and professional development. *ACCESS, Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador*.
- Kerka, S. (1999). *New directions for cooperative education*. (ERIC Digest n° 209). Disponible de l'ERIC Clearinghouse on Adult, Career, and Vocational Education, Center on Education and Training for Employment, Ohio State University, College of Education, 1900 Kenny Road, Columbus, OH.
- Kilcher, A. et Sketris, I. (May, 2003). *Mentoring resource book: A guide for faculty, researchers and decision makers*. Halifax et Ottawa : Collège de pharmacie, Université Dalhousie.
- King, B., et Bernick, L. (2002). *Baycrest Centre for Geriatric Care: An innovative program in which everyone wins!* Toronto : Baycrest Centre for Geriatric Care.

- Lachman, V.D. (2000). Maximize performance through an ongoing dialogue with employees. Coaching techniques. *Nursing Management*, 31(1), 14-16.
- Lockwood-Rayermann, S. (2003). Preceptor leadership style and the nursing practicum. *Journal of Professional Nursing*, 19(1), 32-37.
- Mahayosnand, P. et Stigler, M. (1999). The need for mentoring in public health. *American Journal of Public Health*, 89(8), 1262.
- Mamchur, C. et Myrick, F. Preceptorship and interpersonal conflict: A multidisciplinary study. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 188-96.
- McGregor, R. J. (1999). A precepted experience for senior nursing students. *Nurse Educator*, 24(3), 13-16.
- Myrick, F., et Yonge, O. (2002). Preceptor behaviours integral to the promotion of student critical thinking. *Journal for Nurses in Staff Development*, 18(3), 127-33.
- Nelson, J., Apenhorst, D., Carter, L., Mahlum, E., et Schneider, J. (2004). Coaching for competence. *Medsurg Nursing*, 13(1), 32-35.
- Neufeldt, V., et Guralnik, D.B. (dir.). (1998). *Webster's New World College Dictionary* (3^e éd.). New York : MacMillan.
- Neumann, J., Brady-Schluttner, K., McKay, A., Roslien, J., Twedell, D., James, K. (2004). Centralizing a registered nurse preceptor program at the institutional level. *Journal for Nurses in Staff Development*, 20(1), 17-24.
- Nigro, Nicholas. (2003). *The everything coaching and mentoring book: How to increase productivity, foster talent, and encourage success*. Avon : Adams Media Corporation.
- Programme de sciences infirmières, Collège communautaire du District de Maricopa. (2002). *Preceptor packet*. Extrait le 10 décembre 2003 de <http://www.gc.maricopa.edu/nursing/aux1/preceptor.pdf>
- Région sanitaire de Calgary (mars 2002) *Proposal for mentorship program submitted by mentorship task group*. Document non publié.
- Région sanitaire de Regina Qu'Appelle. (2004). *Overview of mentoring program for new graduates*. Document non publié.
- Ryten, E. (1997). Tableau statistique de la situation passée, présente et future des infirmières autorisées au Canada. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Simon, R. et Houze, R. N. (1999). *The employer Us challenge: Developing a quality co-op program*. Extrait le 13 mars 2003 de http://coop.www.ecn.purdue.edu/Coop/Publications/employers_challenge
- St. Joseph's Health Care London. *Clinical practice coaches for clinical development: A reference manual*. London (ON) : auteur.
- Stone, C. L., et Rowles, C. J. (2002). What rewards to clinical preceptors in nursing think are important? *Journal for Nurses in Staff Development*, 18(3), 162-66.

Université de l'Alabama. (2002). *UA, DCH collaborate to launch cooperative education programs for student nurses*. Extrait le 13 mars 2003 de <http://uanews.ua.edu/oct02/nursing102502.htm>

Watson, S. (2003). Mentor preparation: Reasons for undertaking the course and expectations of the candidates. *Nurse Education Today*, 24(1), 30-40.

Wright, A. (2002). Preceptoring in 2002. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(3), 138-41.

Yonge, O., Myrick, F., et Haase, M. (2002). Student nurse stress in the preceptorship experience. *Nurse Educator*, 27(2), 84-88.

Partie IV :

Élaboration de programmes de préceptorat et de mentorat



Élaboration de programmes de préceptorat et de mentorat

Étapes à suivre pour élaborer un programme efficace

Le modelage de rôle dans le cadre du préceptorat et du mentorat et les programmes mettant à contribution des modèles de rôle sont plus efficaces lorsqu'ils s'inscrivent dans une stratégie globale de l'organisation ou de l'établissement, visant à créer un environnement favorable à l'apprentissage.

Plus d'une organisation ou d'un secteur de l'organisation peuvent contribuer à l'élaboration et à l'offre d'un programme. Même si la recherche n'a pas défini de façon concluante les ingrédients clés de ces activités, certains établissements ayant de l'expérience dans ce domaine ont pu dégager certaines grandes lignes de ce qui contribue à la qualité du programme (AIIC, 1995). Nous les avons résumées dans les six étapes suivantes qui permettent d'élaborer un programme efficace :

1. Déterminer les besoins
2. Préciser la philosophie
3. Créer le plan
4. Organiser le programme
5. Mettre le programme en œuvre
6. Évaluer le programme

Les sections qui suivent décrivent les enjeux généraux qui s'appliquent à l'ensemble des organisations ou des services participants.

Étape 1 : Déterminer les besoins

L'organisme ou le service de formation détermine les besoins avant d'élaborer le programme. Cette étape sert à :

1. démontrer qu'on a consulté les personnes et les groupes pertinents (y compris les administrateurs, les organismes de réglementation et les infirmières en exercice);
2. démontrer que l'organisme et le service parrain dispose des ressources (humaines, physiques et techniques) nécessaires pour garantir la réussite de la mise en place et de l'évaluation du programme;
3. formuler clairement une raison d'être qui définit les domaines d'acquisition de compétences, le niveau de pratique des participantes visées par le programme et les rôles auxquels on les prépare;
4. définir les compétences⁶ nécessaires pour pratiquer dans le domaine spécifique⁷ de pratique infirmière et dans le milieu de travail donné;

⁶ Les compétences désignent les connaissances, le savoir faire, le jugement et les qualités personnelles spécifiques dont une personne a besoin pour exercer sa profession en toute sécurité et conformément à l'éthique dans un rôle et un milieu donnés (AIIC, 2002).

⁷ Pour les besoins de ce document, les soins directs, l'enseignement, l'administration et la recherche constituent les domaines de la pratique infirmière.

5. décrire les caractéristiques des participantes qui auront des répercussions sur les besoins et les styles d'apprentissage (p. ex., âge, culture, rôles dans la société, poste);
6. décrire les compétences dont ont besoin les modèles de rôle (voir la Partie V);
7. décrire les compétences des participantes et du personnel formateur par rapport à l'utilisation de la technologie prévue.

Étape 2 : Préciser la philosophie

La philosophie du programme jette l'assise nécessaire à son élaboration et à sa mise en œuvre. Il faut la préciser par écrit afin de réduire la possibilité de malentendus que pourrait causer le manque de clarté au sujet du programme ou des caractéristiques reliées aux participantes. Les organisations doivent s'assurer que :

1. la philosophie établit les critères pertinents et les liens entre eux, y compris les croyances au sujet du client, de l'infirmière (apprenante adulte), de la santé, du milieu et de la formation;
2. la philosophie est rédigée clairement et expliquée aux participantes, aux enseignantes et aux membres de tout le personnel de l'organisation qui ont un rôle à jouer dans le programme;
3. la philosophie élaborée concorde avec celle de l'organisme ou des organismes parrains, avec le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (AIIC, 2002b), ainsi qu'avec les normes de pratique pertinentes de la province ou du territoire et de la spécialité en cause;
4. les cadres supérieurs de toutes les organisations participantes acceptent la philosophie et l'appuient.

Étape 3 : Créer le plan

Les organisations ou services mis à contribution dans le programme fournissent un plan fondé sur la détermination des besoins et la philosophie, et satisfaisant aux exigences suivantes :

1. décrire les rôles et les responsabilités des principaux participants (voir le Tableau 1);
2. contenir un énoncé clair des buts du programme, qui sont quantifiables et qui concordent avec la philosophie et les besoins déterminés;
3. décrire ce que l'on va faire, quand on le fera, avec quelles ressources (matérielles, humaines et physiques) et comment.

Étape 4 : Organiser le programme

L'organisation parraine doit fournir une structure administrative et les ressources nécessaires pour assurer le succès de l'élaboration du programme. Elle doit effectuer les tâches suivantes :

1. fournir la structure administrative nécessaire pour appuyer le programme;

2. décrire les liens entre l'organisation ou les services participants, ainsi que la structure hiérarchique et les responsabilités dans l'organisation;
3. préciser les politiques sur les aspects suivants : sélection, admission, progression, appel et achèvement réussi du programme;
4. valider les compétences requises que les participantes acquerront, pour chaque établissement ou domaine de pratique où fonctionnera le programme, et leur attribuer les priorités pertinentes;
5. traiter des enjeux liés aux responsabilités des modèles de rôle et des participantes;
6. assurer la sélection et la préparation adéquates des modèles de rôle⁸ (voir les sujets d'orientation suggérés à l'Annexe B);
7. assurer une rémunération ou une récompense adéquates pour les modèles de rôle.

Étape 5 : Mettre le programme en œuvre

L'organisation parraine doit mettre en œuvre et maintenir les composantes suivantes du programme :

1. garantir des niveaux de dotation suffisants et assurer une charge de travail adéquate pour les modèles de rôle;
2. tenir des dossiers consultables, complets et protégés en fonction de normes acceptables; donner accès aux dossiers aux personnes autorisées à les consulter et protéger les dossiers contre la perte ou l'utilisation non autorisée; fournir les ressources et l'espace nécessaires pour stocker les dossiers;
3. fournir les ressources humaines, matérielles, cliniques et techniques nécessaires, sans oublier les ressources nécessaires à la recherche, pour atteindre les buts du programme;
4. signer des contrats avec les organisations auxquelles on a recours pour toute expérience clinique;
5. affecter judicieusement les modèles de rôle aux participantes;
6. assurer une orientation, une surveillance et des directives suffisantes;
7. s'assurer que la rétroaction sur le programme sert à l'améliorer;
8. fournir des services d'appui technique en ligne aux programmes offerts dans le cadre de la formation à distance.

⁸ Même si ses connaissances spécialisées peuvent jouer un rôle important dans certaines situations, une infirmière spécialiste n'est peut-être pas toujours la meilleure mentor. Il se peut qu'elle prenne des décisions rapidement, sans franchir les étapes de la résolution de problèmes d'une façon que la novice puisse suivre. Une infirmière compétente et expérimentée qui n'est pas encore une spécialiste peut être plus utile pour la novice, parce qu'elle se rappellera ou utilisera toutes les étapes de la prise de décision que doit suivre une infirmière débutante (Benner, 1984). Il importe de tenir compte des qualités de chaque infirmière dans la sélection des mentors, ainsi que des compétences spécifiques dont les participantes ont besoin.

Étape 6 : Évaluer le programme

L'organisme parrain doit fournir un plan d'évaluation périodique du programme et l'appliquer. Le plan doit inclure les éléments suivants :

1. les méthodes d'évaluation du rendement des participantes pendant le programme et à la fin de celui-ci, en fonction des résultats d'apprentissage ou des compétences énoncés;
2. les critères et les méthodes d'évaluation des mentors et des préceptrices;
3. une stratégie logique et des critères d'évaluation formative et d'évaluation sommative du programme par rapport aux buts, qui devrait inclure la rétroaction de tous les intervenants;
4. les méthodes et le calendrier d'utilisation des données d'évaluation dans l'évolution et la révision continues du programme.

Tableau 1 : Rôles et responsabilités possibles du modèle de rôle et de la participante

	Modèle de rôle	Participante
Relations	Établit un partenariat avec la participante.	Établit un partenariat avec le modèle de rôle.
Évaluation de la compétence	Aide la participante à définir l'écart qui existe entre les compétences acquises et celles qu'elle devrait acquérir.	Détermine l'écart entre les compétences qu'elle a acquises et celles qu'elle devrait acquérir.
Établissement de buts	Aide la participante à établir des buts spécifiques, mesurables, réalisables, réalistes, qui tiennent compte du temps en ce qui concerne l'acquisition de compétences.	Fixe des buts pour l'acquisition de compétences.
Expériences	Collabore avec les participantes pour créer des expériences qui permettent d'atteindre efficacement les buts.	Collabore avec le modèle de rôle pour créer des expériences qui permettent d'atteindre efficacement les buts. Participe activement aux expériences permettant d'atteindre les buts.
Soin des clients	Aide la participante à déterminer les responsabilités relatives au soin des clients dont elle peut se charger en toute sécurité, compte tenu des compétences que la participante possède déjà. Fournit du soutien quand les compétences ne peuvent pas être appliquées en toute sécurité.	Parvient aux buts en fournissant les soins aux clients, en consultation avec le modèle de rôle. Détermine et indique les cas où les attentes dépassent les compétences acquises.
Rétroaction	Produit au besoin de la rétroaction formative (continue) et sommative (finale) au sujet des progrès réalisés par rapport à l'atteinte des buts. Collabore avec les participantes pour rajuster les buts en fonction de la rétroaction.	Donne au modèle de rôle de la rétroaction efficace sur tous les aspects du programme. Collabore avec le modèle de rôle pour rajuster les buts en fonction de la rétroaction.
Motivation	Encourage efficacement la participante à continuer d'acquérir des compétences à un niveau de plus en plus élevé.	Évalue les facteurs personnels et organisationnels qui jouent sur la motivation, et favorise les facteurs positifs lorsque c'est possible.
Évaluation du programme	Produit une rétroaction régulière et efficace afin d'assurer l'amélioration continue du programme de modelage de rôle.	Produit de la rétroaction régulière afin d'assurer une amélioration continue du programme de modelage de rôle.
Socialisation	Fournit des expériences pour aider la participante à s'intégrer socialement dans la profession.	Participe à fond aux expériences de socialisation dans la profession.

Références – se rapportant à la Partie IV

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1995). *Guide de référence sur le préceptorat : Enseigner et apprendre à l'aide de modèles cliniques*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002a). *Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession : Guide d'élaboration et de révision de normes*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002b). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa : auteur.

Benner, P. (1984). *De novice à expert : Excellence en soins infirmiers*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Partie V :

Compétences des préceptrices et des mentors



Compétences des préceptrices et des mentors

Aperçu

Ce guide est un élément constituant du Projet de l'AIIC sur le préceptorat et le mentorat. Dans l'ensemble, le projet vise à appuyer l'élaboration de programmes de modelage de rôle, tout particulièrement ceux qui sont axés sur le préceptorat et le mentorat, afin d'améliorer la qualité des milieux de travail des infirmières dans tous les domaines de pratique. L'autre étape clé du projet a consisté à établir et à valider des ensembles de compétences pour les préceptrices et les mentors. Ce chapitre présente les résultats de cet effort, notamment les nouvelles listes de compétences.

Pourquoi établir des compétences?

On entend par compétence le savoir, le savoir-faire, le jugement et les qualités personnelles dont une infirmière a besoin pour exercer sa profession de façon sûre et conforme à la déontologie dans un rôle et un contexte désignés. Les compétences sont établies au niveau débutant, au niveau de la spécialité, et à celui de la pratique avancée (AIIC, 2002, p. 15).

Le lien entre les compétences, les normes de pratique et les lignes directrices cliniques est décrit dans *Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession : Guide d'élaboration et de révision de normes de l'AIIC* (2002). Les normes sont fondées sur la mission et les valeurs de l'organisation ou du groupe professionnel. Les compétences sont dérivées des normes pour décrire la pratique dans un rôle ou un milieu donné. Les lignes directrices cliniques sont des énoncés élaborés systématiquement, en se fondant sur un examen des données probantes issues de la recherche, qui aident les praticiens et les clients à prendre des décisions appropriées sur les soins (p. 18).

On a défini les compétences des préceptrices et des mentors pour de nombreuses raisons, notamment pour :

- mieux reconnaître l'importance du rôle du mentorat dans la profession;
- promouvoir le perfectionnement professionnel des infirmières en améliorant le leadership;
- offrir un mécanisme permettant de repérer des mentors éventuelles chez les infirmières;
- offrir un mécanisme permettant de promouvoir le maintien de la compétence chez les infirmières;
- améliorer la satisfaction que tirent de leur rôle les préceptrices, les élèves, les mentors et les mentorées;
- améliorer la qualité des milieux de travail des infirmières et, en bout de ligne, la qualité des soins.

Le processus

Les compétences nécessaires au préceptorat et au mentorat ont été définies sur une période de plusieurs mois avec la contribution de groupes de travail d'experts de chaque domaine. Pour définir ces compétences, on a procédé de la même façon que dans le cas de l'Examen

d'autorisation infirmière au Canada et des examens nationaux de spécialités infirmières. Dans ce contexte, un groupe se réunit, s'entend sur les définitions du concept de « compétence » et sur des critères de qualité. Après avoir produit des énoncés, le groupe les améliore et les critique. Afin de valider les compétences, l'AIC a envoyé des questionnaires aux associations professionnelles, aux groupes nationaux d'infirmières et aux membres des milieux infirmiers qui se sont dits intéressés à participer à la validation des compétences de la préceptrice ou à l'élaboration et à la validation de celles de la mentor. Pour participer à l'enquête, il fallait être infirmière autorisée et avoir fait l'expérience d'un programme de préceptorat ou de mentorat, selon le questionnaire auquel on répondait. Des infirmières de toutes les régions du pays et de tous les domaines de pratique ont participé à l'exercice qui a donné les résultats présentés dans les pages suivantes.

Compétences des préceptrices

La liste finale des compétences des préceptrices est divisée en cinq grandes catégories :

- *Collaboration*
- *Qualités personnelles*
- *Facilitation de l'apprentissage*
- *Pratique professionnelle*
- *Connaissance du milieu*

Compétences des mentors

La liste finale des compétences des mentors est divisée en quatre grandes catégories :

- *Qualités personnelles*
- *Modèle d'excellence dans l'exercice de la profession*
- *Établissement d'une relation efficace entre mentor et mentorée*
- *Aide à la croissance professionnelle*

Même s'il y a des similitudes entre les cadres de compétences des mentors et des préceptrices (par exemple, l'inclusion de catégories se rapportant aux qualités personnelles et à la pratique professionnelle), les compétences proprement dites et le contenu des autres catégories diffèrent considérablement.

La définition de ces compétences a révélé la valeur que les infirmières attachent au rôle des programmes de préceptorat et de mentorat lorsqu'il s'agit de promouvoir la profession et d'aider les infirmières à dispenser des soins de qualité. Déterminés à produire un travail de qualité, les membres des groupes de travail d'experts qui ont rédigé les listes initiales de compétences ont continué de jouer un rôle de consultation pour le projet.

Les deux outils de validation ont été accueillis avec enthousiasme. Des infirmières de toutes les régions du pays et de tous les domaines de pratique – administration, enseignement, recherche et soins directs – ont répondu. Beaucoup de répondantes ont fourni des commentaires supplémentaires et ont affirmé apprécier la qualité et l'importance du travail.

Les données recueillies ont indiqué que, dans les soins infirmiers, le rôle de mentor n'est pas aussi bien compris que celui de préceptrice – conclusion qu'appuient les publications utilisées dans le cadre de l'étude. Même si l'on a recours depuis longtemps au préceptorat dans le secteur infirmier, c'est plus récemment qu'on a commencé à y utiliser le mentorat en l'adaptant à partir de ce qui se fait dans les milieux d'affaires. En particulier, les concepts que constituent la prise de risque, la créativité et l'innovation – aspects fondamentaux du processus de mentorat – ne sont pas aussi bien connus dans les milieux infirmiers.

Les listes finales qui suivent rassemblent les compétences des préceptrices et des mentors qui ont été établies par l'AIC dans le cadre de son Projet sur le préceptorat et le mentorat. Le Tableau 2 présente une comparaison des compétences des préceptrices et des mentors.

Compétences des préceptrices⁹

A. Collaboration

1. Collaborer avec l'élève à tous les stades du préceptorat.
2. Établir et maintenir un partenariat fondé sur la collaboration avec l'enseignante-conseil/ la gestionnaire et d'autres partenaires, le cas échéant (p. ex., pairs, collègues, autres professionnels de la santé, clients).
3. Établir des réseaux avec d'autres préceptrices pour mettre en commun les pratiques exemplaires, quand cela est possible.
4. Aider l'élève à interpréter le rôle de l'élève pour les personnes, les familles, les communautés et la population, selon ce qui convient au milieu.

B. Qualités personnelles

1. Démontrer son enthousiasme et son intérêt à l'égard du préceptorat.
2. S'intéresser vraiment aux besoins en apprentissage de l'élève et à son épanouissement.
3. Favoriser un environnement d'apprentissage positif.
4. S'adapter au changement.
5. Faire preuve de talents manifestes en matière de communications avec les clients et les collègues.
6. Démontrer des techniques efficaces de résolution des différends.
7. Démontrer sa volonté d'apprendre avec l'élève et son ouverture à cet égard.
8. Démontrer son ouverture à la diversité des élèves (p. ex., antécédents scolaires, race, culture).
9. Intégrer l'élève à la culture sociale de l'organisme.
10. Faire preuve de confiance en soi, et de patience
11. Reconnaître ses limites personnelles et consulter au besoin.

⁹ L'AIC propose cette série de compétences des préceptrices comme un idéal vers lequel tendre et comme guide de sélection et d'orientation des préceptrices. On reconnaît qu'il se peut que beaucoup d'excellentes infirmières préceptrices n'aient pas la totalité de ces compétences.

C. Facilitation de l'apprentissage¹⁰

1. Évaluer les besoins d'apprentissage clinique de l'élève en collaboration avec l'élève et l'enseignante-conseil ou la coordonnatrice du programme, quand c'est possible :
 - a. examiner les compétences de base en fonction du domaine (c.-à-d. pratique, enseignement, administration), les normes de pratique, le contexte (p. ex., service hospitalier, spécialité clinique, communauté, milieu éducationnel), les objectifs du cours ou du programme et le niveau de pratique;
 - b. discuter des résultats de l'apprentissage attendus en fonction des compétences de base définies;
 - c. examiner les expériences et les réalisations antérieures de l'élève en ce qui a trait aux connaissances et au savoir-faire, afin de comprendre ses forces, les points à améliorer et ses besoins particuliers sur le plan de l'apprentissage dans le milieu de pratique;
 - d. définir les possibilités d'apprentissage ou les tâches pouvant être assignées dans le milieu de pratique, qui correspondront aux aspects à développer et aux besoins déterminés en matière d'apprentissage;
 - e. aider l'élève à établir des résultats d'apprentissage personnalisés, pour le rôle dans la pratique, en accord avec les lignes directrices existantes; ces résultats sont :
 - i. spécifiques;
 - ii. mesurables et observables;
 - iii. atteignables compte tenu du délai et des ressources disponibles au cours du préceptorat;
 - iv. pertinents et personnalisés en fonction de l'élève et du contexte;
 - v. à échéanciers clairs (p. ex., une fois par jour, une fois par semaine).
2. Planifier les activités d'apprentissage clinique de l'élève en collaboration avec l'élève et l'enseignante-conseil ou la coordonnatrice du programme, quand c'est possible :
 - a. aider l'élève à chercher un éventail d'activités d'apprentissage susceptibles de la faire progresser vers les résultats attendus et d'optimiser l'utilisation de son temps (p. ex. : affectations cliniques, activités d'éducation structurées, lectures, exercices écrits ou informatisés, participation aux travaux de comités, expériences choisies d'observation, techniques cliniques simulées, réunions d'étude de cas);
 - b. choisir, quand cela est possible, les affectations ou les activités d'apprentissage en fonction des résultats attendus et du style d'apprentissage de l'élève;

¹⁰ Cet élément constituant de base du rôle du préceptrice est distinct du rôle professionnel de l'infirmière et s'y ajoute. La formation sur la façon de faciliter efficacement l'apprentissage au moyen des principes de l'apprentissage chez les adultes constituerait le point de convergence d'un programme d'orientation des préceptrices.

- c. établir, quand cela est possible, la séquence des affectations ou des activités d'apprentissage durant le préceptorat, pour qu'elles aillent du simple au complexe, afin de promouvoir une indépendance croissante. Par exemple :
 - i. état de santé (stable à instable);
 - ii. monothérapie et thérapies multiples;
 - iii. facteurs psychosociaux (p. ex., dynamique familiale, langue, culture, sexe, situation financière);
 - iv. charge de travail.
3. Mettre en œuvre des activités d'apprentissage clinique dans le milieu de pratique en collaboration avec l'élève et l'enseignante-conseil ou la coordonnatrice du programme, quand c'est possible :
- a. organiser des possibilités et des stratégies appropriées d'apprentissage clinique;
 - b. aider l'élève à obtenir les ressources disponibles pour se préparer à l'activité d'apprentissage;
 - c. passer en revue, quand cela est possible, les activités que l'élève a l'intention de mener, et aborder la question des aspects à améliorer ou à rajuster avant le début de l'activité;
 - d. discuter avec l'élève des complications possibles ou des événements inattendus, ainsi que des réponses appropriées possibles (p. ex., dépannage);
 - e. clarifier le rôle de la préceptrice et de l'élève dans le contexte de l'activité prévue;
 - f. donner une rétroaction constructive continue pendant l'activité d'apprentissage (p. ex., accompagnement, encouragement, appui et renforcement);
 - g. intervenir immédiatement pour prévenir les actes contraires à l'éthique et à la sécurité;
 - h. rajuster le niveau de supervision de façon à favoriser l'autonomie.
4. Évaluer les résultats de l'apprentissage clinique en collaboration avec l'élève et l'enseignante-conseil ou la coordonnatrice du programme :
- a. fournir une rétroaction constructive continue en se servant d'outils d'évaluation structurés, s'il y en a (p. ex. une évaluation formative faite généralement chaque jour et chaque semaine);
 - i. poser des questions d'approfondissement afin de comprendre ce que l'élève a appris de l'activité (p. ex. : comment croit-elle s'en être tirée? qu'est-ce qui s'est bien passé? qu'aurait-elle pu faire différemment?);
 - ii. décrire l'évaluation de l'activité par la préceptrice;
 - iii. discuter des écarts entre l'évaluation de la préceptrice et celle de l'élève;
 - b. participer avec les élèves à l'utilisation d'outils d'évaluation structurée mettant l'accent sur l'importance de l'autoévaluation pour l'élève, afin de définir les progrès réalisés vers les résultats attendus de l'apprentissage et de préciser les étapes suivantes possibles (p. ex., une évaluation sommative, ayant lieu au milieu et à la fin du préceptorat);

- c. fournir du renforcement et un contexte d'apprentissage favorable en se concentrant tout au long de l'évaluation sur les points forts de l'élève, ses réalisations et les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs;
- d. fournir une rétroaction concrète au sujet des points à améliorer et des objectifs personnels, professionnels ou organisationnels non atteints;
- e. intervenir si les progrès réalisés vers l'obtention des résultats d'apprentissage ne sont pas satisfaisants (p. ex., parler avec l'enseignante-conseil ou la coordonnatrice du programme, selon le protocole établi);
- f. poser des questions ouvertes à l'élève afin de comprendre l'efficacité des interventions de la préceptrice pour faciliter l'apprentissage clinique.

D. Pratique professionnelle

1. Exercer la profession de manière autonome et conformément aux normes infirmières pertinentes établies par l'organisme de réglementation de la province ou du territoire et le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*.
2. Travailler à ce que les normes nationales ou internationales des spécialités infirmières et les pratiques exemplaires soient respectées.
3. Aider l'élève à acquérir les connaissances, le savoir-faire et le jugement nécessaires pour exercer la profession conformément aux normes infirmières pertinentes établies par l'organisme de réglementation de la province ou du territoire et le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*.
4. Clarifier les rôles, les droits et les responsabilités reliés au préceptorat en dialoguant avec l'autorité compétente (p. ex., l'organisme, l'établissement d'enseignement).

E. Connaissance du milieu

1. Bien connaître l'organisme, notamment le contenu fondamental :
 - a. de sa mission et de sa philosophie;
 - b. de ses systèmes de soins (p. ex., soins axés sur la famille, soins infirmiers en équipe, soins infirmiers primaires, systèmes de jumelage);
 - c. de ses politiques et procédures;
 - d. de son environnement physique;
 - e. de ses rôles et fonctions interdisciplinaires;
 - f. de ses formulaires, documents et mécanismes de communication hiérarchique;
 - g. de ses ressources d'apprentissage.
2. Démontrer le rôle d'infirmière au sein de l'équipe multidisciplinaire (p. ex., pharmacien, travailleur social, psychologue, ergothérapeute, travailleurs de la santé non réglementés, médecins).
3. Examiner les lignes directrices de l'organisme qui s'adressent aux élèves et aux préceptrices (p. ex., attentes liées au préceptorat, ce que l'élève peut faire avant et pendant le préceptorat).

Compétences des mentors¹¹

A. Qualités personnelles

1. Démontrer des techniques de communication efficaces.
2. Témoigner du respect, faire preuve de patience et utiliser de bonnes techniques d'écoute.
3. Se montrer digne de confiance dans les relations de travail.
4. Avoir une attitude positive et faire preuve d'enthousiasme, d'optimisme et d'énergie au sujet du milieu de travail, des soins infirmiers et du mentorat.
5. Exprimer sa croyance dans la valeur et le potentiel des autres.
6. Faire preuve d'ouverture face à la diversité et l'accepter.
7. Faire preuve de confiance et d'assurance.
8. Réfléchir sur ses propres attitudes, ses valeurs et ses croyances.
9. Manifester les qualités d'un esprit visionnaire (p. ex., réflexion prospective et créativité dans la résolution de problèmes).
10. Démontrer sa volonté de prendre des risques (c.-à-d. formuler et appliquer des idées novatrices).

B. Modèle d'excellence dans l'exercice de la profession

1. Montrer son engagement envers les infirmières et la profession.
2. Montrer son engagement envers les buts de l'organisation ou de l'équipe.
3. Manifester des connaissances, un jugement, un savoir-faire et un caring solides dans son domaine de pratique.
4. Être crédible et jouir du respect de ses collègues, de l'organisation et de la communauté.
5. Faire preuve de réflexion critique en contestant des idées, des connaissances et des pratiques, le cas échéant.
6. Développer activement son assise de savoir en se fondant sur les résultats de recherche et demeurer à jour face aux réflexions les plus récentes et aux pratiques exemplaires dans son domaine d'expertise.
7. Utiliser un cadre respectueux de l'éthique pour guider l'exercice de la profession et ses relations interpersonnelles.
8. Utiliser le savoir sociopolitique de l'organisation pour travailler efficacement à l'intérieur ou à l'extérieur du système.

¹¹ L'AIC propose cette série de compétences de la mentor comme un idéal vers lequel tendre et comme guide de sélection et d'orientation des mentors. On reconnaît qu'il y a tout un éventail d'arrangements officiels et non officiels qui font leur apparition dans le cas du mentorat en soins infirmiers. L'applicabilité de ces compétences aux situations de mentorat variera en fonction du programme et du milieu.

9. Transmettre sa capacité de voir le « tableau d'ensemble » (contexte historique, politique ou systémique).
10. Utiliser un réseau solide et diversifié pour collaborer avec des tiers dans le milieu de travail et dans le système en général (c.-à-d. système de soins de santé et communauté en général, le cas échéant).
11. Démontrer des techniques efficaces de négociation et de résolution des différends.

C. Établissement d'une relation efficace entre mentor et mentorée

1. Instaurer la confiance et maintenir la confidentialité.
2. Réserver du temps pour la relation de mentorat, être abordable et accueillante.
3. Respecter la mentorée en tant que personne et croire dans son potentiel.
4. S'intéresser au mieux-être de la mentorée.
5. Soutenir la mentorée en l'aidant, en l'encourageant et en lui offrant une relation protégée.
6. Fournir des commentaires honnêtes et une confrontation en douceur; devient une « amie critique ».
7. S'engager elle aussi dans la relation de mentorat (c.-à-d. être disposée à investir de sa personne et être ouverte au changement personnel).
8. Réfléchir sur ses propres interactions afin de contester, de stimuler et d'appuyer la mentorée.
9. Collaborer et négocier lors de l'établissement de la raison d'être, des buts, du processus, des limites et de l'évaluation de la relation de mentorat.
10. Prévoir la fin de la relation ou une transition appropriée.
11. Célébrer les réalisations et les réussites avec la mentorée.
12. Respecter le droit de la mentorée de prendre des décisions, mais savoir quand intervenir, conformément à l'éthique, pour éviter les préjudices.
13. Démontrer sa compréhension de l'écart des pouvoirs entre la mentor et la mentorée et le respecte.

D. Aide à la croissance professionnelle¹²

1. Accompagner la mentorée pour l'aider à atteindre ses buts :
 - a. encourager la mentorée à déterminer elle-même ses forces, ses lacunes et ses possibilités de croissance;
 - b. soutenir la mentorée pour le choix de buts appropriés et réalistes;
 - c. aider la mentorée à trouver des options/activités pour atteindre ses buts;

¹² Cet élément constituant de base du processus de mentorat est distinct du rôle professionnel habituel de l'infirmière et s'y ajoute. Un programme de perfectionnement à l'intention des mentors qui mettrait l'accent sur la façon de favoriser l'épanouissement constituerait un ajout utile à ce nouveau rôle en soins infirmiers.

- d. encourager la mentorée à établir, pour atteindre ses buts, des calendriers qui soient réalistes et qui tiennent compte d'un équilibre entre la vie professionnelle et personnelle;
 - e. conseiller la mentorée pour qu'elle choisisse le niveau optimal de défis à relever dans son rôle, son milieu ou son domaine de pratique (p. ex., éventail de buts, difficulté ou complexités croissantes);
 - f. aider la mentorée à repérer, préciser, définir et gérer les obstacles, les problèmes et les enjeux.
2. Faciliter pour la mentorée l'accès à un vaste éventail de ressources et de possibilités, afin de lui permettre d'atteindre ses buts (p. ex., journaux, espace, activités, personnes, publications, agences, groupes spécialisés, comités, financement).
 3. Encourager l'indépendance et l'autonomie :
 - a. encourager la mentorée à réfléchir à son épanouissement ou à ses réalisations et à ce qu'elle fera par la suite;
 - b. remettre en question, sonder et guider la mentorée, afin d'explorer des perspectives et des idées nouvelles;
 - c. savoir quand diriger la mentorée et quand la mettre au défi;
 - d. encourager la mentorée à tirer des enseignements de ses erreurs et de ses déceptions;
 - e. guider la mentorée pour l'aider à éviter les pièges et à gérer les crises;
 - f. guider la mentorée pour l'aider à devenir elle-même un chef de file dans l'exercice de la profession;
 - g. choisir un équilibre approprié lorsqu'elle donne des exemples de son propre vécu (c.-à-d. bonnes anecdotes et métaphores, le cas échéant);
 - h. guider la mentorée pour l'aider à acquérir des techniques efficaces de négociation et de règlement des différends.
 4. Encourager la mentorée à exercer un esprit de visionnaire en se fondant sur la réflexion libre, la créativité et l'innovation, compte tenu du milieu :
 - a. lancer des défis à la mentorée en lui présentant des idées, des connaissances et des pratiques nouvelles;
 - b. aider la mentorée à améliorer la qualité du milieu de pratique professionnelle et à lancer des changements, lorsque c'est pertinent et possible;
 - c. aider la mentorée à brosser un autre tableau de l'avenir, qui n'est peut-être pas visible pour elle (c.-à-d. à voir le « tableau d'ensemble », dépasser les détails);
 - d. aider la mentorée à dégager des thèmes et des tendances et à acquérir des perspectives nouvelles;
 - e. encourager la mentorée à prendre des risques et l'appuyer quand elle en prend (c.-à-d. en matière d'acquisition de connaissances et de techniques nouvelles, ou pour introduire des innovations dans le milieu de travail).

5. Faciliter l'intégration de la mentorée dans l'organisation et le monde de la profession en général, compte tenu du milieu :
 - a. partager ses réseaux professionnels avec la mentorée;
 - b. aider la mentorée à s'y retrouver dans le système;
 - c. communiquer les règles non officielles;
 - d. faire connaître la mentorée en diffusant ses réussites dans l'organisation et la profession;
 - e. partager des idées au sujet des possibilités d'avancement;
 - f. encourager la mentorée à participer à des activités de leadership professionnel (exposés, partenariats, associations spécialisées);
 - g. se faire « la championne » de la mentorée;
 - h. solliciter l'appui de l'organisation pour la mentorée.

Tableau 2 : Comparaison du préceptorat et du mentorat¹³

	Préceptorat	Mentorat
Définitions Même si les définitions de ces concepts varient sur la scène internationale, la plupart des infirmières au Canada acceptent couramment les définitions présentées ici.	« Méthode d'enseignement et d'apprentissage fréquemment employée, où les infirmières jouent un rôle de modèle clinique. Consiste en une relation formelle, d'une durée préétablie, entre deux personnes, soit une infirmière expérimentée (préceptrice) et une novice (élève), relation qui a pour but d'aider la novice à s'adapter à de nouvelles fonctions. La novice peut être une étudiante ou une infirmière en exercice qui change d'attributions ou de milieu de travail » (AIIIC, 1995, p. 3).	« Relation volontaire, durable et mutuellement bénéfique dans le cadre de laquelle une infirmière d'expérience bien informée aide une infirmière moins expérimentée mais possédant des qualités de chef à prendre de la maturité » (AIIIC, 1995, p. 12). « Un mentor, c'est quelqu'un qui guide une autre personne dans la formulation et l'analyse de ses propres idées, dans l'acquisition du savoir et dans son perfectionnement personnel et professionnel... c'est un conseiller et un accompagnateur. [traduction] » (BC Academic Health Council, 2002)
Raison d'être	<ul style="list-style-type: none"> • Acquérir des compétences nouvelles. • Perfectionner des compétences à l'égard d'un nouveau milieu, client ou domaine de pratique • Satisfaire aux exigences d'un programme de formation supérieure en sciences infirmières ou aux exigences de l'orientation de nouveaux employés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser le développement professionnel et personnel et l'efficacité. • Acquérir les compétences particulières propres à un nouveau milieu ou à un nouveau rôle. • S'intégrer socialement dans la profession. • Créer un réseau et un cheminement de carrière.
Type de relation	<ul style="list-style-type: none"> • Dyadique (1/1), professionnelle • Officielle, structurée • Formation et surveillance directe dans le contexte d'une charge de travail partagée axée sur l'apprentissage. • Fondée sur les exigences du programme de formation ou de l'employeur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dyadique (1/1), mais aussi en petits groupes. • Non officielle et non structurée; peut être structurée davantage. • Visant à guider et à conseiller plutôt qu'à surveiller. • Relation réciproque guidée par les besoins de la mentorée.
Durée	<ul style="list-style-type: none"> • Court terme (semaines) • Prédéterminée par l'établissement d'enseignement ou l'employeur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Moyen à long terme (mois-années) • Déterminée par le temps qu'il faut en moyenne pour atteindre les objectifs.
Niveau de reconnaissance du modèle de rôle	Reconnu habituellement à l'échelon du service, parfois à celui de l'établissement.	La reconnaissance peut être non structurée/personnelle ou, dans le contexte de programmes structurés de mentorat, peut s'établir au niveau institutionnel.
Caractéristiques du modèle de rôle	<ul style="list-style-type: none"> • La préceptrice maîtrise au moins les compétences de niveau débutant dont la participante a besoin. • Les préceptrices et les élèves sont parfois des pairs au sein du même milieu de travail. 	<ul style="list-style-type: none"> • La mentor est souvent reconnue comme une spécialiste dans son domaine, au moins comme une professionnelle très compétente. • Les mentors sont habituellement plus âgées et ont plus d'ancienneté que la mentorée. • Les mentors et les mentorées peuvent être ou non du même milieu de travail.
Caractéristiques des participantes	La participante est novice dans la profession (étudiante infirmière finissante ou nouvelle diplômée) ou dans le domaine de pratique ou le milieu de travail.	La participante n'est pas novice dans la profession, mais peut l'être dans le contexte d'un rôle ou d'une série de compétences.
Évaluation	Évaluation officielle.	Informelle : peut être officialisée davantage dans le contexte de programmes de mentorat structurés.

¹³ Ce tableau regroupe des idées fondées sur des publications récentes, des exemples courants de programmes de préceptorat et de mentorat au Canada, ainsi que l'expérience de l'AIIIC dans la définition de compétences pour les préceptrices et les mentors.

Références – se rapportant à la Partie V

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Atteindre l'excellence dans l'exercice de la profession : Guide d'élaboration et de révision de normes*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (Mars 2004). *CNA Preceptorship and mentoring project: Report to office of nursing policy*. Document non publié. Ottawa : auteur.

BC Academic Health Council. (2002). *Preceptor & mentor initiative for health sciences in BC*. Extrait le 28 avril 2004 de www.bcahc.ca/pm.

Partie VI :

Conclusion



Conclusion

Les programmes de préceptorat et de mentorat sont des moyens prodigieux de stimuler l'épanouissement professionnel, le cheminement de carrière, le moral du personnel et la qualité des soins dans les milieux infirmiers. Au moment où les organisations de soins de santé s'attachent les effectifs infirmiers de haut calibre et cherchent à les garder, elles devront s'efforcer avant tout d'offrir des milieux de pratique de qualité.

Le Projet de l'AIIC sur le préceptorat et le mentorat vise à favoriser l'élaboration de programmes planifiés avec soin, bénéficiant d'un appui solide, à l'intention des infirmières de chevet débutantes ou chevronnées de tous les domaines de pratique. Ce guide présente un survol et une description du préceptorat et du mentorat et propose des façons de créer des programmes et de les améliorer. Les listes de références détaillées et les exemples de programmes existants au Canada devraient offrir une aide pratique aux organismes et aux infirmières individuelles qui cherchent à lancer ou à peaufiner leurs propres programmes. Au cours d'un exercice par étapes, qui a mis à contribution des groupes de travail d'experts et qui a utilisé des sondages de validation, l'AIIC a dressé les listes de compétences des mentors et des préceptrices publiées dans le guide, offrant ainsi une contribution unique à l'avancement de ces travaux.

L'AIIC encourage les infirmières de chevet, les enseignantes, les gestionnaires et les responsables des décisions à tous les niveaux, à se servir de ce guide pour créer des programmes de préceptorat et de mentorat qui aident les infirmières à définir leurs buts et à les atteindre. Les avantages qu'offrent ces programmes – amélioration de la qualité des soins, sentiment de réalisation, satisfaction au travail – démontrent la valeur qu'ont le préceptorat et le mentorat pour aider les infirmières à franchir l'étape vitale entre le maintien de la compétence et l'atteinte de l'excellence.

Partie VII :

Autres lectures



Autres lectures

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1998). *Énoncé de position : Appui à la formation pour la pratique compétente des soins infirmiers*. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2001). *Lignes directrices relatives aux programmes d'éducation continue*. Ottawa : auteur.
- Association of Law Schools and Legal Employers. (n.d.). *Working with a mentor: 50 practical suggestions for success*. Washington : auteur.
- Atkins, S., et Williams, A. (1995). Registered nurses' experiences of mentoring undergraduate nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 21(5), 1006-15.
- Baldwin, C., et Chandler, G. E. (2002). Improving faculty publication output: The role of a writing coach. *Journal Professional Nursing*, 18(1), 8-15.
- Brehaut, C.J., Turick L. J., et Wade, K.E. (1998). A pilot study to compare the effectiveness of preceptored and nonpreceptored models of clinical education in promoting baccalaureate students' competence in public health nursing. *Journal of Nursing Education*, 37(8), 376-80.
- Brown, C.L. (2001). A theory of the process of creating power in relationships. *Nursing Administration Quarterly*, 26(2), 15-33.
- Busen, N., et Engebretson, J. (1999). Mentoring in advanced practice nursing: The use of metaphor in concept exploration. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice* 2(2). Disponible à : <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijanp/vol2n2/mentoring.xml>
- Byrne, M.W., et Keefe, M.R. (2002). Building research competence in nursing through mentoring. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 391-96.
- Caraway, M. (2000). *NursingNet (Online)*. Disponible à : <http://www.nursingnet.org>.
- Children's & Women's Health Centre of British Columbia. (1999). *Great preceptors need great support*. Vancouver : auteur.
- Children's Hospital of Orange County. *CHOC nursing – RN internship program*. Extrait le 13 mars 2003 de http://www.chochospital.org/nursing/nursing_internship.cfm.
- Crawford, M.J., Dresen, S.E., et Tschikota, S.E. (2000). From 'getting to know you' to 'soloing': The preceptor-student relationship. *NT Research*, 5(1), 5-20. Duke University Hospital. *Nursing internship program*. Extrait le 13 mars 2003 de http://internships.dukehospital.org/nurse_intern/web.nsf/internships.
- Fawcett, D.L. (2002). Mentoring—What it is and how to make it work. *AORN Journal*, 75(5), 950-54.
- Freilburger, O.A. (2002). Clinical issues: Preceptor programs increasing student self-confidence and competency. *Nurse Educator*, 27(2), 58-60.
- Frey, L. (mai/juin, 2002). Twelve weeks to a healthier career. *Registered Nurse Journal*, 12-15.

- Giglio, L., Diamante, T., et Urban, J. (1998). Coaching a leader: Leveraging change at the top. *Journal of Management Development*, 17(2), 93.
- Gillan, J. (2000). Arena mentor arithmetic. *Nursing Times*, 9(21), 23.
- Glass, N., et Walter, R. (2000). An experience of peer mentoring with student nurses: Enhancement of personal and professional growth. *Journal of Nursing Education*, 39(4), 155-60.
- Grealish, L. (2000). The skills of a coach are an essential element in clinical learning. *Journal of Nursing Education*, 39(5), 231-3.
- Gurney, D. (2002). Developing a successful 16-week “transition ED nursing” program: One busy community hospital’s experience. *Journal of Emergency Nursing*, 28(6), 505-14.
- Haley-Andrews, S. (2001). Role play: Mentoring, membership in professional organizations, and the pursuit of excellence in nursing. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 6(3), 147.
- Hansten, R., et Washburn, M. (1999). Individual and organizational accountability for development of critical thinking. *Journal of Nursing Administration*, 29(11), 39-45.
- Hardyman, R., et Hickey, G. (2001). What do newly-qualified nurses expect from preceptorship? Exploring the perspective of the preceptee. *Nurse Education Today*, 21(1), 58-64.
- Iacono, M. (2002). Mentoring for perianesthesia nurses. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 17(2), 118-22.
- Ihlenfeld, J.T. (2003). Precepting student nurses in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing 2003* (22), 134-37.
- Kelly, D., et Simpson, S. (2001). Action research in action: Reflections on a project to introduce practice facilitators to an acute hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 652-9.
- Kinsey, D.C. (1990). Mentorship in nursing. *Nursing Management*, 21(5), 45-6.
- MacComb Community College. (2003). *Student handbook business/public service cooperative education program*. Extrait le 13 mars 2003 de <http://www.macomb.cc.mi.us/cooplStudentHandBookBus.asp>
- Meigs, J. (1999). Mentoring: Building nursing’s future now. *AWHONN Lifelines*, 3(1), 55-6.
- Myrick, F. (2002). Preceptorship and critical thinking in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 41(4), 154-64.
- Myrick, F., et Barrett, C. (1994). Selecting clinical preceptors for basic baccalaureate nursing students: A critical issue in clinical teaching. *Journal of Advanced Nursing*, 19(1), 194-98.
- Nelson, B. (1994). *1001 ways to reward employees*. New York : Simon & Schuster.
- Oermann, M. H. (2001). One-minute mentor. *Nursing Management*, 32(4), 12.
- Ohrling, K., et Hallberg, I. (2001). The meaning of preceptorship: Nurses’ lived experience of being a preceptor. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 530-40.

- Oregon Health & Science University. (2003). *Precepted internship programs*. Extrait le 13 mars 2003 de http://www.ohsu.edu/hr/nurs_intern.htm.
- Peer Systems Consulting Group Inc. (2000). *Tips for meeting with a mentor*. Extrait le 26 mars 2002 de <http://www.mentors.ca/mentorpartnertips.html>.
- Projet national sur les compétences infirmières. (1997). *Projet national sur les compétences infirmières : Rapport final*. Ottawa : auteur.
- Pullen, R.L., Murray, P.H., et McGee, K.S. (2001). Care groups: A model to mentor novice nursing students. *Nurse Educator*, 26(6), 283-88.
- Pulsford, D., Boit, K., et Owen, S. (2002). Are mentors ready to make a difference? A survey of mentors' attitudes towards nurse education. *Nurse Education Today*, 22(6), 439-46.
- Registered Nurses Association of British Columbia. *RNABC standards for nursing practice: Preceptor self-assessment guide*. Vancouver : auteur.
- Ryen, M. (2003). A buddy program for international nurses. *Journal of Nursing Administration*, 33(6), 350-52.
- Shaffer, B., Tallarico, B., et Walsh, J. (2000). Win-win mentoring. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 19(3), 36-8.
- Sharkee, S. (nov./déc. 2001). *President's view mentorship: Fundamental or frill?* Extrait le 31 juillet 2003 de http://www.rnao.org/html/rn_jrn_presidentsview_nov2001.htm.
- Smith, P. (1997). The effectiveness of a preceptorship model in postgraduate education for rural nurses. *Australian Journal of Rural Health*, 5(3), 147-52.
- Stewart, B.M., et Krueger, L.E. (1996). An evolutionary concept analysis of mentoring in nursing. *Journal of Professional Nursing*, 12(5), 311-21.
- Trossman, S. (2001). Mentoring leads to meaningful relationships, professional growth. *American Nurse*, 30(2), 12.
- Wills, I.E., et Kaiser, L. (2002). Navigating the course of scholarly productivity: The protégé's role in mentoring. *Nursing Outlook*, 50(2), 61-6.
- Yonge, O., Ferguson, L. Myrick, F., et Haase, M. (2003). Faculty preparation for the preceptorship experience the forgotten link. *Nurse Educator*, 28(5), 210-11.
- Yonge, O., Krahn, H., Trojan, L., Reid, D., et Haase, M. (2002). Supporting preceptors. *Journal for Nurses in Staff Development*, 18(2), 73-79.
- Zimmermann, P.G. (2002). So you're going to precept a nursing student: One instructor's suggestions. *Journal of Emergency Nursing*, 28(6), 589-92.

Annexes



Annexe A : Définitions

Accompagnement*

Ce terme est le plus souvent utilisé pour décrire une méthode ou une stratégie visant le développement des aptitudes (surtout l'acquisition de techniques spécialisées) grâce à une rétroaction positive offerte à propos. C'est une activité qui fait souvent partie des rôles plus larges reliés à l'enseignement, à la gestion, au préceptorat ou au mentorat.

Jumelage

Terme non professionnel qui désigne la relation entre une infirmière chevronnée et une novice, dans le contexte de laquelle la « coéquipière » principale est une personne-ressource, que l'autre « coéquipière », la novice, peut consulter. Il est préférable de réserver ces termes à d'autres sphères d'activité.

Compétences

Les compétences désignent notamment les connaissances, le savoir-faire, les attitudes, les valeurs et le jugement, ainsi que les valeurs et les jugements appliqués nécessaires pour pratiquer les soins infirmiers dans un contexte, un environnement ou un rôle donné.

Externat

Période de pratique concentrée pour les étudiantes qui sont généralement rémunérées aux tarifs des services auxiliaires. L'enseignement ou l'apprentissage n'est pas nécessairement individuel. On parle aussi d'internat.

Mentorat

Relation volontaire, durable et mutuellement bénéfique dans le cadre de laquelle une infirmière compétente et expérimentée (mentor) aide une infirmière moins expérimentée mais possédant des qualités potentielles de chef (mentorée), à prendre de la maturité.

Mentorat en ligne

Utilisation de la technologie Internet (clavardage, courrier électronique, etc.) pour exécuter certains aspects du mentorat. Les avantages du mentorat en ligne comprennent l'efficacité de la communication, la correspondance ouverte et l'accès à des régions plus isolées sur le plan géographique.

Modelage de rôle

Stratégie d'enseignement utilisée dans de nombreuses situations, mais pas nécessairement dans le contexte d'une relation individuelle, au cours de laquelle la personne novice observe le modèle à l'œuvre. Il s'agit d'un élément essentiel des programmes de préceptorat et de mentorat.

* N.D.T. : Le terme anglais (*coaching*) est tiré, par extension de sens, du domaine du sport où un autre équivalent français (*entraînement*) est utilisé.

Préceptorat

Méthode d'enseignement et d'apprentissage fréquemment employée, où des infirmières jouent un rôle de modèle clinique. Il s'agit d'une relation officielle, de durée préétablie, entre deux personnes, à savoir une infirmière expérimentée (préceptrice) et une novice (élève), relation qui a pour but d'aider la novice à s'adapter à de nouvelles fonctions. La novice peut être une étudiante ou une infirmière en exercice qui change d'attributions ou de milieu de travail.

Programme d'internat

Programme structuré à l'intention des diplômées de programmes de formation, comportant habituellement des postes rémunérés, qui vise à faciliter la transition vers le monde du travail. Même s'il ne s'agit pas nécessairement d'enseignement ou d'apprentissage individuel, les programmes favorisent l'initiation des nouvelles diplômées ou des infirmières déjà expérimentées, mais nouvelles dans un domaine de spécialisation.

Programmes d'éducation coopérative ou programmes études-travail

Programme d'études proposant une alternance de périodes de travail et de périodes d'enseignement. L'enseignement ou l'apprentissage n'est pas individuel, et les étudiantes sont parfois rémunérées durant les périodes de travail.

Programme de transition

Programme approfondi qui vise à aider l'infirmière chevronnée à acquérir les compétences dont elle a besoin pour exercer dans une sous-spécialité.

Annexe B : Sujets d'orientation

Beaucoup d'organisations ont des programmes qui aident les préceptrices et les mentors à collaborer efficacement avec les élèves et les mentorées dans le milieu de travail. Gillan (2000) a déterminé le besoin d'avoir des cours normalisés de préparation qui garantissent que les deux participantes partent du bon pied. Certains établissements offrent en permanence des programmes officiels comprenant des séances sur les sujets suivants :

1. L'organisation et sa culture
2. Tout ce qui a trait au programme de préceptorat et de mentorat
3. Principes de l'apprentissage chez les adultes
4. Évaluation des compétences
5. Établissement de buts
6. Détermination des divers styles d'apprentissage des participantes et prise en compte de ces styles dans le travail auprès des intéressées
7. Détermination, choix et mise en pratique de stratégies pédagogiques et de situations cliniques tenant compte des styles d'apprentissage
8. Rétroaction efficace
9. Motivation de la participante
10. Résolution des différends
11. Utilisation des outils du programme, y compris évaluation, objectifs d'apprentissage et documents d'évaluation

Annexe C : Résoudre les différends de façon productive

Quand la vie des personnes, leur emploi, leur fierté, leur concept de soi, leur ego, leur personnalité et la compréhension de leur raison d'être sont en cause, les différends sont inévitables.

Les différends sont causés par :

- une communication médiocre
- de l'insatisfaction face au style de gestion
- la faiblesse du leadership
- un manque d'ouverture ou de volonté de partager

Les différends peuvent être constructifs lorsqu'ils :

- permettent de clarifier des problèmes importants
- débouchent sur des solutions
- mobilisent les personnes pour lesquelles les enjeux sont importants
- dissipent l'anxiété et le stress
- suscitent la collaboration
- mettent en commun des solutions
- débouchent sur la compréhension

Méthodes de règlement des différends pour que « tout le monde y gagne » :

- s'attaquer au problème et non à la personne
- s'exprimer sans blâmer
- reconnaître son rôle dans le problème
- écouter l'autre personne et voir la situation de son point de vue
- définir un besoin sous-jacent
- ne pas résoudre le problème de l'autre
- encourager l'expression d'opinions différentes
- tenir une discussion honnête
- concentrer son attention sur ce qu'il est possible de faire

Annexe D : Échelle d'évaluation des compétences

DESCRIPTION DE LA COMPÉTENCE	NOTATION			INITIALES		COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES
	3	2	1	Modèle de rôle	Participante	
Connaissances ou sujet 1						
Savoir-faire ou sujet 2						
Attitudes ou sujet 3						
Valeurs ou sujet 4						

Explications

1. On entend par compétences les connaissances, le savoir-faire ou les qualités personnelles nécessaires pour exercer la profession dans un milieu, une spécialité ou un domaine en particulier. Exemples : procéder à un cathétérisme (savoir-faire), décrire la procédure d'admission (connaissance), démontrer son ouverture aux différences culturelles (valeur) ou décrire l'importance de l'acquisition continue du savoir (attitude).
2. La note 1 désigne une grande habileté; la note 2, un niveau acceptable; et la note 3, un niveau débutant ou sans danger.
3. La colonne des initiales peut servir lorsque d'autres praticiens interviennent dans l'évaluation des compétences. Dans le contexte d'un programme coopératif, il peut s'agir de l'évaluation par une enseignante et ensuite par une collègue.

Annexe E : Questions pour l'évaluation d'une expérience de modelage de rôle :

1. L'expérience a-t-elle été à la hauteur de vos objectifs d'apprentissage personnels?
2. Comment avez-vous atteint vos objectifs d'apprentissage personnels?
3. En quoi le processus a-t-il été utile?
4. Qu'avez-vous appris?
5. Qu'êtes-vous en mesure de mieux faire? Pourquoi?
6. Qu'est-ce qui a entravé votre apprentissage? Comment auriez-vous pu surmonter ce facteur?
7. Décrivez comment vous prévoyez utiliser ces connaissances nouvelles?
8. Qu'avez-vous appris qui sera bénéfique pour votre pratique, vos clients ou votre communauté?

Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway
Ottawa (Ontario) K2P 1E2

Téléphone : (613) 237-2133 ou 1-800-361-8404

Télécopieur : (613) 237-3520

Site Web : www.cna-aiic.ca



ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA
CANADIAN NURSES ASSOCIATION