

Université de Montréal

L'évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière d'étudiants en soins
infirmiers

Par
Karine Mekkelholt

Université de Montréal, Faculté des sciences infirmières

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

30 août 2013

© Karine Mekkelholt, 2013

Résumé

Peu d'écrits décrivent la conception personnelle de la discipline infirmière des étudiants ou son évolution. Pourtant, celle-ci guide la pratique des étudiants (Fawcett, 2002; Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010) et a des impacts sur leur persévérance dans leur formation (Spouse, 2000). Le but de cette recherche était d'explorer l'évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière d'étudiants pendant leur formation collégiale. Ce mémoire présente une étude qualitative exploratoire fondée sur un cadre de référence liant le constructivisme radical (Glaserfeld, 1994) et le centre d'intérêt de la discipline (Pepin et al., 2010). Des entrevues individuelles ont été menées auprès de onze étudiants de première, troisième et cinquième sessions (n=11). Les données ont été analysées par questionnement analytique (Paillé & Mucchielli, 2010). Selon les participants, un soin « humain » est préalable aux « soins » de l'infirmier. Ils décrivent que l'infirmier guide une personne unique, détenant des capacités afin qu'elle accomplisse ses activités et prenne soin d'elle-même pour maintenir sa santé mentale et physique ; l'environnement hospitalier ne rejoint pas les conditions idéales identifiées par les participants. La compréhension des concepts centraux devient plus complexe durant leur formation. Les participants attribuent surtout ces changements à leurs expériences de stages. Finalement, la présente étude fournit des pistes aux enseignants afin qu'ils puissent soutenir l'apprentissage des conceptions de la discipline et orienter la construction d'une conception personnelle de la discipline infirmière utile à la pratique des étudiants.

Mots-clés : « *étudiants infirmiers* », « *conception personnelle* », « *évolution* », « *formation infirmière* », « *centre d'intérêt de la discipline* », « *constructivisme* »

Abstract

Few studies describe the nursing students' personal conceptual framework of the discipline nor its evolution though it influence their practice and their continuation in the educational program (Fawcett, 2002; Pepin et al., 2010; Spouse, 2000). The goal of this research was to explore the evolution of nursing students' personal conceptual framework during their nursing educational program. This paper presents a exploratory qualitative study inspired by a theoretical framework linking the radical constructivism (Glaserfeld, 1994) and the center of interest of the discipline (Pepin et al., 2010). Individual interviews were conducted with first, third and fifth semester nursing students (n=11). The data were analysed by analytic questioning (Paillé & Mucchielli, 2010). The participants describe « human » nursing as a precondition of the « nursing activities ». They describe the person has unique having abilities. The nurse guide the person to be able to accomplish his activities and to take care of himself to maintain mental and physical health. The hospital environment is not meeting the ideal conditions set by the participants. Throughout their educational program, the comprehension of the central concepts of nursing seems to get more complex and mature. The participants identify the experience gained through clinical placements as the main factor of influence on their personal conceptual framework. Finally, this research provides new knowledge to the nursing teachers facilitating the learning of the nursing theory and orient the construction of a useful personal framework for the future practice of the nursing students.

Keywords : *“nursing students”, “personnal conceptual framework”, “evolution”, “nursing education”, “focus of the discipline” and “constructivism”*

Remerciements

Merci à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal pour la bourse de rédaction qui m'a été grandement utile pour les coûts associés à ce mémoire. Je dois aussi des remerciements à mon employeur pour sa compréhension et son soutien durant mes études. Merci à ce dernier pour m'avoir dégagé de mes tâches afin de me concentrer sur l'écriture de mon mémoire. Sans cela, je doute qu'il serait terminé aujourd'hui.

Merci au soutien des professeurs de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Premièrement, un grand merci à ma directrice Mme Pepin pour son soutien et ses commentaires constructifs tout au long de la rédaction de ce mémoire. Aussi, j'aimerais souligner le support de mon comité d'approbation, Mme Bourbonnais et Mme Larue pour leur aide et soutien rapide lors d'une difficulté de parcours suite à celui-ci.

Un merci particulier pour Raphaëlle qui a conduit les entrevues et qui m'a soutenu pendant tout le processus de la collecte de données. Elle a accomplie ses tâches avec génie et parcimonie. Merci Raphaëlle !

Finalement, merci à mes participants qui sans eux, ce mémoire ne pourrait être ce qu'il est et à mes collègues qui ont facilité le recrutement de ceux-ci pour leur compréhension et support.

Table des matières

Résumé	2
Abstract	3
Remerciements	4
Table des matières	5
Liste des tableaux	7
Liste des figures.....	8
Liste des sigles et abréviations	9
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE.....	10
But et questions de recherche.....	17
CHAPITRE II – RECENSION DES ÉCRITS	18
Conception personnelle de la discipline infirmière de l'étudiante	19
Évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière des étudiantes.....	27
Cadre de référence.....	32
CHAPITRE III – MÉTHODOLOGIE	37
Devis.....	38
Population, échantillon, milieu.....	38
Déroulement de l'étude	41
Recrutement et procédure d'obtention du consentement des participants	42
Méthode de collecte de données.....	43
Outils de collecte de données	44
Analyse des données	46
Critères de scientificité.....	48
Aspects éthiques connus.....	49
Limites de l'étude.....	52
CHAPITRE IV — RÉSULTATS	54
Contexte de l'étude.....	55
Profil global des participants.....	56
Conception personnelle des participantes	57
Évolution de la conception personnelle des participantes.....	87
CHAPITRE V — DISCUSSION	101

Conception personnelle infirmière des participantes	102
Évolution de la conception personnelle des participantes.....	110
Cadre de référence et méthode	115
Implications pour la formation	118
Implications pour la recherche	120
CONCLUSION.....	124
Appendice B. Approbation éthique.....	128
Appendice C. Formulaire d'information et de consentement.....	131
Appendice D. Guide d'entrevue	139
Appendice E. Questionnaire sociodémographique	142
Appendice F. Progression du canevas investigatif	144
RÉFÉRENCES	148

Liste des tableaux

Tableau 1. Critères de sélection des participants.....	40
Tableau 2. Stratégies de questionnement analytique.....	46
Tableau 3. Premières questions analytiques.....	47
Tableau 4. Données sociodémographiques des participantes.....	57
Tableau 5. Compréhension des participantes des concepts centraux.....	58
Tableau 6. Énoncés des conceptions personnelles des participantes	86
Tableau 7. Facteurs de changement de la conception personnelle des participantes	96

Liste des figures

Figure I. Évolution de la compréhension des participantes de chaque concept central
.....91

Liste des sigles et abréviations

MELS : Ministère de l'éducation, loisirs et sports

Cégep : Collège d'enseignement général et professionnel

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE

Après quelques années d'enseignement des soins infirmiers au collégial, l'étudiante-chercheuse éprouve encore des difficultés à enseigner les conceptions de la discipline infirmière retenues dans le programme de son établissement. Elle observe beaucoup de réticence de ses collègues enseignants ainsi que des étudiants envers les conceptions de la discipline. Pourtant, la compétence « définir sa pratique en se référant à une conception de la discipline infirmière » (MELS, 2007) est inscrite dans les compétences à développer pendant le programme de soins infirmiers collégial. L'étudiante-chercheuse a recueilli informellement des commentaires des étudiants qui mentionnent leur difficulté à voir la pertinence ou l'utilité d'apprendre les conceptions de la discipline. Par contre, l'étudiante-chercheuse observe que les étudiants se construisent une idée personnelle de ce qu'est le soin et une évolution dans leur façon de décrire ce concept au fil de leur formation collégiale. Selon ces observations, cette description peut être cohérente ou non avec les conceptions de la discipline enseignées.

Thorne (2005) soutient l'importance que les infirmiers¹ aient une conception personnelle de la discipline afin de faire sens de situations cliniques complexes. Quant à Hood, Leddy et Pepper (2006), elles décrivent qu'une conception personnelle de la discipline donne une « raison d'être, crée un sens à la pratique et augmente l'engagement professionnel » de l'infirmier (traduction libre, p.76). De son côté, Debout (2008) avance que le manque de connaissances scientifiques sur la conception personnelle de la discipline infirmière « nuit potentiellement à la visibilité de l'infirmière au sein de la société et contribue à conforter des représentations obsolètes » (p.32).

¹ L'usage du genre masculin inclut le genre féminin

Par ailleurs, Spouse (2000) affirme que l'étudiant infirmier possède, dès son entrée dans un programme de formation, des concepts mentaux prédéfinis sur la profession infirmière et sur sa façon de la pratiquer. Suite à des entrevues en profondeur menées auprès de huit étudiants, Spouse (2000) soutient, de plus, que si les préconceptions de l'étudiant ne correspondent pas à ce qu'il rencontre dans sa formation, l'étudiant pourrait être porté à abandonner le programme.

De son côté, la formation initiale engage très tôt l'étudiant dans un processus de développement de son identité professionnelle et, pour le faciliter, les conceptions de la discipline infirmière sont enseignées (Thorne, 2007). L'apprentissage d'une ou de plusieurs conceptions de la discipline soutiendrait l'étudiant dans la construction de son identité professionnelle (Neves, 2008) ou encore dans la définition de sa future pratique. Dans un écrit anecdotique, une enseignante rapporte encourager ses étudiants à interpréter les différentes conceptions de la discipline infirmière enseignées afin de façonner leur conception personnelle et de la mettre en pratique (McCluskey, 2007).

Ainsi, les théoriciens et chercheurs mentionnés soutiennent l'importance pour les étudiants de développer une conception personnelle de la discipline infirmière pour définir leur pratique, et ce, à partir de conceptions de la discipline enseignées. Cela rejoint l'une des compétences visées par le programme d'études collégiales en soins infirmiers au Québec qui soutient que l'étudiant doit être en mesure de « définir sa pratique en se référant à une conception de la discipline infirmière » (MELS, 2007).

D'abord, une conception est définie, dans le *Dictionnaire Actuel de l'Éducation*, comme une : « représentation interne d'idées coordonnées et d'images explicatives utilisées par l'apprenant pour sélectionner, organiser, structurer de nouvelles informations

et ainsi s'approprier le réel » (Legendre, 2005). En sciences infirmières, Pepin, Kérouac et Ducharme (2010) ajoutent qu'une conception est une :

« Opération par laquelle l'esprit forme une idée, un concept s'appliquant à un domaine (Russ & Badal-Leguil, 2004). Une conception infirmière précise les liens qui existent entre les concepts de "personne", d'"environnement", de "santé" et de "soin" tout en intégrant d'autres concepts; elle représente le service unique que les infirmières offrent à la société » (p.181).

Pour notre projet, la conception personnelle de la discipline infirmière de l'étudiant réfère à sa représentation interne d'idées coordonnées et d'images explicatives précisant la spécificité du service rendu par les infirmiers à la société ainsi que les concepts centraux de la discipline infirmière et les liens entre eux. Cette représentation mentale dynamique de la discipline infirmière guide la pratique et les priorités de soins des étudiants infirmiers (Fawcett, 2002; Pepin et al., 2010).

Selon Pepin et al. (2010), l'étudiant forge sa conception personnelle tout au long de sa formation puis l'ajuste et la raffine en début de carrière. Debout (2008) décrit que la conception personnelle de l'étudiant infirmier est « le fruit de la représentation initiale de la profession infirmière, des motivations à l'exercer, mais aussi de la formation reçue et de la socialisation professionnelle » (p. 32). Selon ces auteurs (Debout, 2008; Pepin et al., 2010), la conception personnelle de l'étudiant infirmier évolue donc durant sa formation. Toutefois, l'évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière des étudiants, à partir de leurs préconceptions jusqu'à la définition de leur pratique, demeure inconnue. Pourtant, des connaissances sur l'évolution de la conception personnelle chez les étudiants pourraient informer les enseignants qui souhaitent soutenir ce processus au cours de leur formation, afin que les étudiants soient davantage préparés à analyser des situations cliniques complexes et à déterminer leurs priorités de soins.

Peu d'études ont été recensées sur la façon dont les étudiants infirmiers conçoivent la discipline infirmière ou les quatre concepts centraux interreliés de la discipline. Des chercheurs se sont toutefois attardés à décrire comment les étudiants perçoivent ou définissent le soin ou le « prendre soin » (Cook, Gilmer, & Bess, 2003; Lundberg & Boonprasabhai, 2001; Pearcey, 2007; Spouse, 2000). Puisque les méthodes, buts et orientations théoriques diffèrent d'une étude à l'autre et que les études sont d'origines diverses, du Royaume-Uni, de la Thaïlande et des États-Unis, il est difficile d'en dégager les points convergents. Cependant, les étudiants participants de ces études décrivent souvent le prendre soin en mentionnant le *caring*, les soins holistiques et la communication.

Aussi, peu de recherches ont porté sur l'évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière des étudiants. En fait, tout comme pour les recherches sur la conception personnelle, celles qui portent sur son évolution s'intéressent surtout à un concept, soit le soin (Karaoz, 2004; Mackintosh, 2006; Pearcey, 2007). Dans ces études, on retrouve quelques éléments décrivant l'évolution de la conception personnelle de la discipline que possède l'étudiant. Mackintosh (2006) a étudié l'évolution des perceptions du *caring* chez seize étudiants en sciences infirmières durant leur formation. La chercheuse décrit une perte d'idéalisme ainsi que la présence d'un certain cynisme dans les observations de la pratique dite *caring* au fil de leur formation. Par ailleurs, Pearcey (2007) rapporte que les étudiants (n=25), à la fin de leur formation, structurent leur travail à partir des tâches et des routines, en dépit de leur formation à l'holisme et au soin centré sur le patient. Selon les résultats de l'étude de cette chercheuse, lorsqu'ils décrivent la discipline et le rôle de l'infirmier, plusieurs mentionnent les mots « *caring* » et

« holisme ». Toutefois, lorsqu'ils donnent des exemples de ces priorités, ces derniers ne sont pas liés aux concepts de « *caring* » ou d'« holisme », mais, par exemple, à l'introduction d'un cathéter veineux ou à la réfection d'un pansement.

De même, Karaoz (2004) rapporte que la façon dont les étudiants décrivent le soin change durant leur formation. En effet, au début de la formation, les étudiants décrivent de façon sommaire le rôle de l'infirmier et démontrent peu de compréhension de la discipline. Alors qu'à la fin du programme; ils décrivent ce rôle comme étant celui de prendre soin, de promouvoir et de protéger la santé de la personne (Karaoz, 2004).

Le paradigme du constructivisme en éducation appuie le postulat que l'étudiant construit une conception personnelle dès l'entrée dans la formation et que celle-ci évolue. Selon le constructivisme que von Glasersfeld (1994) décrit comme radical, l'étudiant construit une structure conceptuelle à l'aide de ses expériences vécues. Cette construction est sujette aux changements lorsqu'elle n'est plus cohérente avec la réalité vécue ou elle s'approfondit avec l'expérience. Ainsi, la conception personnelle évolue avec le temps vers une construction cohérente avec la pratique. Dans ce paradigme, la compréhension de l'expérience d'apprentissage de l'étudiant par les enseignants est centrale. Conséquemment, la compréhension de l'évolution de la conception personnelle de l'étudiant infirmier est essentielle pour une formation efficace. Le constructivisme radical tel que décrit par von Glasersfeld (1994) inspirera cette recherche tant sur le plan de sa méthodologie que de son essence même.

De plus, le cadre de référence de cette recherche comprend aussi le centre d'intérêt de la discipline tel que formulé par Pepin et al. (2010) dans un énoncé qui nomme les concepts de « soin, santé, environnement et personne » et leurs relations de

façon concise et précise. Il s'énonce comme suit : « la discipline infirmière s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions, auprès de personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé. » (p.15) Le centre d'intérêt (Pepin et al., 2010) orientera l'élaboration du guide d'entrevue pour la collecte des données et l'analyse de l'évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière des participants à l'étude.

En considérant le manque de connaissances au sujet de l'évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière des étudiants, ainsi que l'importance que revêt une conception personnelle pour la pratique des futurs infirmiers, l'étudiante-chercheuse désire explorer l'évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière des étudiants au collégial. En effet, peu d'articles empiriques ont été trouvés sur la conception personnelle des étudiants et sur son évolution. En outre, aucun écrit empirique québécois sur le sujet n'a été repéré et les connaissances actuelles sont issues d'études empiriques auprès d'étudiants universitaires. Puisqu'au Québec, il existe un contexte de deux voies d'entrée à la profession, soit au niveau collégial et au baccalauréat, il est pertinent de s'intéresser au niveau collégial qui forme toujours un grand nombre de nouveaux diplômés. Malgré la position de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) pour une porte d'entrée unique à la profession, soit le baccalauréat (OIIQ, 2012), le cas échéant, la portion collégiale de la formation intégrée (DEC-BAC) sera maintenue et les bases conceptuelles seront toujours enseignées durant cette formation.

Vraisemblablement, la présente étude pourrait fournir des pistes aux enseignants afin qu'ils puissent soutenir l'apprentissage des conceptions de la discipline dès les premières années de la formation infirmière et orienter la construction d'une conception

personnelle utile à la pratique des futures infirmières. Ainsi, l'enseignement pourrait être plus cohérent. Les stratégies de formation pourraient être revues et ajustées en fonction de l'évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière. Il est souhaité que ces changements dans la formation aient des retombées jusque dans les milieux cliniques et contribuent à améliorer la qualité des soins, puisque la conception personnelle de l'étudiant guide ses soins et priorités de soins.

But et questions de recherche

Le but de cette recherche était d'explorer l'évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière d'étudiants pendant leur formation infirmière collégiale en soins infirmiers. Elle répondait aux questions suivantes :

1. Quelle est la conception personnelle de la discipline infirmière d'étudiants à chaque année de la formation collégiale en soins infirmiers?
2. Quelle est l'évolution de la conception de la discipline personnelle infirmière d'étudiants durant leur formation collégiale en soins infirmiers de trois ans?

CHAPITRE II – RECENSION DES ÉCRITS

Le présent chapitre de recension des écrits porte sur l'état des connaissances quant à la conception personnelle chez des étudiants et son évolution, bien que ce sujet soit très peu documenté. À cet effet, une revue des écrits théoriques et empiriques est présentée. Finalement, le cadre de référence qui guidera l'étude est décrit.

Conception personnelle de la discipline infirmière de l'étudiante

Écrits théoriques

Les auteurs décrivant la conception personnelle de la discipline infirmière de l'étudiant sont peu nombreux. De plus, la « conception personnelle » infirmière est parfois décrite sous l'appellation « philosophie personnelle du soin infirmier ». Néanmoins, il est possible de dégager quelques descriptions pertinentes au projet d'étude.

Premièrement, Pepin et al. (2010) définissent une conception infirmière dans leur glossaire comme une structure mentale précisant les liens qui existent entre les concepts de soin, personne, environnement et santé. De plus, cette structure mentale devrait refléter le service unique de l'infirmière dans la société. La conception personnelle de la discipline infirmière est en fait une façon de vivre « sa pratique quotidienne de soins » (Pepin et al., 2010 p.87) et non une tâche additionnelle à sa pratique. Cette façon de choisir les activités de soin est individuelle et personnelle à chaque infirmier. Finalement, l'étudiant forge sa conception personnelle durant sa formation afin de guider les choix qu'il fait dans sa pratique (Pepin et al., 2010).

De même, Debout (2008) est un des rares auteurs recensés décrivant la conception personnelle de façon explicite. Celui-ci mentionne que « toute infirmière a une conception individuelle de sa fonction et des rôles qu'elle assume » (Debout, 2008 p.32). Cette conception personnelle de la discipline infirmière est construite de

représentations initiales présente avant la formation, des motivations de l'étudiant, de la formation ainsi que de la socialisation professionnelle de celui-ci (Debout, 2008). Tout comme Pepin et al. (2010), Debout (2008) décrit que la conception personnelle guide les choix dans les soins des étudiants. Il ajoute que cette conception personnelle donne un sens à ce qu'observe l'étudiant. Debout (2008) soutient la nécessité de comprendre la conception personnelle des étudiants et infirmiers et de la rendre visible auprès de la population.

Par ailleurs, Hood et al. (2006) décrivent la nécessité d'une philosophie infirmière. Leur description de philosophie peut être facilement apparentée à la conception personnelle de la discipline infirmière. Ces auteurs décrivent que la philosophie personnelle infirmière se développe à la suite d'un processus de réflexion et de découverte de soi. Ils mentionnent aussi que celle-ci est sujette à changement si de nouvelles connaissances ou expériences entrent en jeu par la formation ou la pratique. Le fait de prendre du temps pour l'articulation de cette philosophie personnelle par écrit est révélateur pour l'infirmier puisque cela lui permet de donner un sens et un but à sa pratique augmentant ainsi son engagement envers la profession (Hood et al., 2006). Selon Hood et al. (2006), pour ces raisons, il est essentiel d'articuler sa philosophie infirmière, et ce, dès le début de sa formation.

En somme, ces écrits théoriques soutiennent l'importance pour tout infirmier ou étudiant infirmier de développer une conception personnelle du service qu'il rend à la société, en raison de l'utilité de cette conception pour l'orientation de sa pratique quotidienne. Debout (2008) ajoute la nécessité de rechercher et faire connaître la nature de cette conception.

Écrits empiriques

De manière similaire aux écrits théoriques, peu d'écrits empiriques portent sur la conception personnelle d'étudiants ou d'infirmiers de façon explicite. Seulement le chercheur Wimpenny (2002) s'y intéresse. Des chercheurs (Lundberg & Boonprasabhai, 2001; Spouse, 2000) se sont intéressés surtout à une composante de la conception; le concept du soin. Par contre, d'autres écrits (Cook et al., 2003; Khademian & Vizeshfar, 2008; Pearcey, 2007) portent sur les perceptions d'étudiants de concepts et phénomènes, tel le *caring*, qui pourraient s'apparenter à la conception personnelle de la discipline infirmière. Ces écrits sont présentés ci-dessous.

D'abord, Wimpenny (2002) a exploré la signification et la compréhension des modèles conceptuels en sciences infirmières pour des infirmiers diplômés qui ont participé à un module de formation sur les modèles conceptuels. Trois entrevues ont été menées avant (n=23), immédiatement après la formation (n=20) et un an plus tard (n=14). De cette théorisation ancrée a émergé une typologie de modèles conceptuels de la discipline tels que perçu par les infirmiers. Les modèles ou conceptions peuvent avoir trois significations différentes, mais interreliées, selon les infirmiers interviewés : « modèle théorique (conceptualisation des théoriciens), modèle substitut (représentation fonctionnelle) et modèle mental (conception personnelle) » (Wimpenny, 2002 p.351) (traduction libre). Le modèle mental est la représentation personnelle que l'infirmier construit à partir de son expérience personnelle et de ses connaissances. Elle est la structure selon laquelle l'infirmier accomplit ses soins. Contrairement au type modèle théorique qui est développé par un théoricien et qui représente un idéal de soin, ou encore

au type modèle substitut qui est une représentation du modèle théorique entériné par un établissement et utilisé dans les notes au dossier par exemple, le type modèle mental est la conception individuelle que chaque infirmier met en pratique (Wimpenny, 2002). À la suite de leur formation, les infirmiers interviewés mentionnaient la nécessité d'adapter les modèles conceptuels à leur pratique, leur milieu clinique et à la situation de soins (Wimpenny, 2002).

Enfin, Wimpenny (2002) mentionne que cette conception personnelle est nécessaire à une pratique fondée sur les conceptions de la discipline. Wimpenny (2002) décrit dans sa typologie un modèle mental qui est semblable à la conception personnelle que nous souhaitons étudier auprès d'étudiants dans le présent projet. Cette étude est la seule recensée à avoir documenté empiriquement la conception personnelle, sans toutefois se pencher sur son évolution spécifiquement pendant la formation initiale. Il mentionne par contre la nécessité de rendre les connaissances sur la conception mentale de l'infirmier plus explicites.

De son côté, Spouse (2000) explore les images du soin de huit étudiants bacheliers à l'aide d'études de cas. Bien que cette recherche date de plus de dix ans, elle fait partie du petit nombre d'articles scientifiques relatant des résultats pertinents à l'exploration de la conception personnelle de la discipline infirmière. Spouse (2000) a utilisé une triangulation des méthodes de collecte de données, augmentant ainsi la rigueur de l'étude : groupe de discussion, entrevues individuelles et objets d'art. Par contre, la justification de ces choix méthodologiques n'est pas clairement expliquée. Les résultats de l'étude de Spouse (2000) décrivent que les préconceptions des étudiants à leur entrée dans la formation influenceront grandement leur persévérance dans la formation

infirmière. En effet, deux participants ont pensé quitter la formation en raison d'une incohérence entre leurs préconceptions et la réalité observée dans leur formation et leur expérience clinique. Dans cette étude, les étudiants étaient entrés dans leur programme de formation avec une conception mentale bien définie par rapport à leur future pratique infirmière (Spouse, 2000). Les étudiants identifiaient un désir d'être aidants et compatissants avec le patient. Par contre, ils croyaient que c'était un privilège du statut d'étudiant et que celui-ci disparaîtrait avec les pressions administratives exercées une fois diplômés. Les images mentales de ce qu'est le soin chez les étudiants de l'échantillon étaient variées et dépendaient beaucoup de facteurs individuels comme, entre autres, leurs expériences antérieures (Spouse, 2000). De même, à leur entrée dans la formation, quelques étudiants de l'échantillon n'avaient pas d'idées précises du rôle de l'infirmière. Un de ces étudiants a rapporté ce qu'il avait vu dans les médias pour décrire ce qu'est un infirmier. Ce même étudiant a rapporté une définition du rôle de l'infirmier très fonctionnelle et centrée sur les tâches. De plus, Spouse (2000) décrit que les étudiants éprouvaient des difficultés à s'adapter lorsque la pratique qu'ils observaient en milieu clinique entraînait en conflit avec leur image du soin à l'entrée dans la formation. Finalement, l'auteure conclut en mentionnant l'importance d'approfondir les connaissances sur les perceptions, images et conceptions des étudiants concernant la pratique, le rôle de l'infirmier et son influence sur les soins.

Toujours par rapport au concept du soin, la signification de « bons soins infirmiers » selon des étudiants de dernière année de baccalauréat a été explorée par Lundberg et Boonprasabhai (2001). Cette étude ethnographique thaïlandaise dépeint la culture du soin chez vingt étudiants. En plus d'une série d'entrevues individuelles,

Lundberg et Boonprasabhai (2001) utilisent l'observation dans la pratique, ce qui enrichit les résultats de leur étude. En effet, peu d'études sur la conception personnelle de l'étudiant ont utilisé l'observation des participants comme méthode de collecte des données. Six thèmes ont émergé comme résultats de cette étude. Les participants ont premièrement décrit que des soins de qualité consistaient à être compétent et à assurer le confort du patient. De plus, ils ont souligné l'importance de soins individualisés et humains. Ils ont mentionné que des bons soins incluent une communication aidante comportant l'écoute, l'intérêt de l'infirmier envers le patient et l'ouverture vers les autres. Les résultats ont également fait ressortir les thèmes originaux de la création et du courage. La création de nouvelles connaissances et d'idées était importante selon les étudiants pour donner de bons soins et le courage était nécessaire pour la prise de décision en tant qu'infirmier. Ces étudiants décrivaient les bons soins comme étant humains, mais aussi scientifiques (Lundberg & Boonprasabhai, 2001). Finalement, les chercheurs concluent qu'il serait intéressant de comparer les perceptions des étudiants à chaque année de leur formation.

Dans le même ordre d'idée, Pearcey (2007) décrit les perceptions de l'expérience clinique de 25 étudiants bacheliers. En réponse à un questionnaire écrit, à questions ouvertes, les étudiants ont décrit le rôle infirmier comme routinier et orienté vers les tâches et la rédaction des notes au dossier et de formulaires. Ils mentionnaient le soin « holistique » dans leur description, par contre, ils l'expliquaient de façon idéaliste et incohérente avec sa définition reconnue dans les ouvrages en sciences infirmières. Pearcey (2007) remarque qu'un seul étudiant a mentionné la relation avec le patient comme étant prioritaire. De même, dans le discours des participants, les concepts du

caring ou des soins individualisés sont peu mentionnés. Le chercheur en déduit qu'il y a donc peu d'importance donnée par les étudiants à ces concepts. Le chercheur note aussi que les perceptions des étudiants étaient centrées autour des tâches, des soins physiques et cliniques (Pearcey, 2007). Une collecte de données par entrevues semi-structurées aurait peut-être été plus appropriée pour approfondir les données et permettre de clarifier certaines réponses, ce que ne permet pas le questionnaire utilisé dans cette étude. Ainsi, des entrevues individuelles avec les étudiants auraient permis une meilleure compréhension de la conception personnelle de l'étudiant.

Dans une étude qualitative descriptive, Cook et al. (2003) se sont intéressés aux croyances et conceptions du *nursing* de 109 étudiants (n=109) en sciences infirmières. Lors de leur première journée de formation, les étudiants participant à l'étude ont écrit leur définition du *nursing*. Le *nursing* a été décrit par ces étudiants comme une profession, un système holistique, une connexion, un service et une discipline. De plus, les participants utilisent les mots-clés suivant pour décrire le *nursing*: promotion de la santé, prévention, traitement de maladie, promotion de l'autonomie. Aussi, les participants ont utilisé des verbes tels que « soigner, protéger, enseigner et même défendre » [traduction libre] (Cook et al., 2003 p.315). Cook et al. (2003) ont donc décrit certains éléments de la conception personnelle d'étudiants. Par contre, encore une fois, il s'agit d'un questionnaire écrit ne permettant pas d'approfondir les réponses des participants. Malgré tout, cette étude apporte de nouvelles connaissances concernant la conception personnelle des étudiants même si tous les concepts du centre d'intérêt infirmier n'ont pas été explorés, soit le soin, la personne, la santé et l'environnement en relation les uns avec les autres.

Dans une recherche quantitative plus récente, Khademian et Vizashfar (2008) décrivent les perceptions de 90 étudiants iraniens de l'importance des comportements *caring* à l'aide d'un questionnaire nommé « *Care-Q* » (Larson 1981, cité par Khademian et Vizashfar, 2008). Cet instrument permet l'évaluation des éléments de soins importants pour les participants à l'étude. Avec une liste de cinquante comportements, il est demandé aux participants de cibler les comportements qui sont les plus importants et les moins importants dans leurs soins. Il ressort que les étudiants percevaient l'énoncé « surveiller et faire le suivi » (Khademian & Vizeshfar, 2008) (traduction libre) comme le plus important des comportements *caring*. En contraste avec celui-ci, le moins important a été celui de la relation de confiance. Les chercheurs ont ressorti comme résultat principal que les énoncés plus pratiques ou plus physiques étaient évalués comme les plus importants alors que les énoncés plus émotionnels étaient évalués comme les moins importants (Khademian & Vizeshfar, 2008). Les résultats de cette étude n'indiquent aucune différence dans les perceptions des hommes ou des femmes ni selon leur formation. Cependant, la conception personnelle de la discipline infirmière dans la culture iranienne, tout comme dans les cultures des autres études, peut être différente de celle de la culture québécoise. L'étude est un exemple où l'orientation du curriculum de formation vers l'école de pensée du *caring* et la conception personnelle de l'étudiant sont divergentes, telles que recueillies par le questionnaire « *Care-Q* ».

En définitive, la conception personnelle de la discipline infirmière de l'étudiant est donc abordée de façon explicite dans assez peu d'écrits. D'autant plus, que ces écrits proviennent de divers contextes culturels peu comparables. Ces écrits portent surtout sur le concept de soin ou de *caring* laissant un vide de connaissances à combler quant à la

façon dont les étudiants québécois décrivent les concepts non seulement de soin, mais aussi d'environnement, de santé et de personne et des liens entre eux.

Évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière des étudiantes

Écrits empiriques.

Tout comme les recherches sur la conception personnelle des étudiants, son évolution a été étudiée par l'entremise de l'évolution de leurs perceptions par rapport à certains concepts. Aucun écrit théorique n'aborde directement l'évolution de la conception personnelle d'étudiants.

Tout d'abord, l'étude de Karaoz (2004) a permis d'explorer les changements dans les perceptions des étudiants pendant la formation infirmière. Cette chercheuse a utilisé une méthode de collecte de données peu exploitée, mais qui promeut la réflexivité. En effet, celle-ci a demandé aux participants de relire les définitions du soin qu'ils avaient écrites en début de session et de les réécrire avec un esprit critique en fin de session. Ensuite, les deux définitions des étudiants ont été analysées à l'aide de la fréquence d'expressions utilisées lorsque les étudiants (n=39) décrivent le soin, ceci au début et à la fin de leur cours d'introduction (un semestre de leur formation). Les résultats indiquent un changement dans les perceptions des participants. Au début de leur cours, les étudiants décrivaient le soin de façon très humaniste, mais toujours dépendant du médecin. À l'opposé, à la fin de leur cours, l'expression de la dépendance au médecin avait diminué grandement. Les étudiants, au début de leur cours, décrivaient les soins comme orientés vers les tâches, alors qu'à la fin, le concept de *caring* prenait beaucoup plus de place. Le chercheur (Karaoz, 2004) soutient que le cours d'introduction au soin a des effets positifs sur la définition du soin des étudiants, et ainsi, sur la conception

personnelle de l'étudiant et son évolution. Une certaine évolution de la conception personnelle des participantes s'est donc produite en 15 semaines. Par contre, l'évolution observée par le chercheur a possiblement été biaisée par une certaine désirabilité sociale des participants. Que devient cette évolution sur une plus longue période? Une étude s'intéressant aux étudiants à différentes périodes de leur formation permettra une compréhension plus complète de l'évolution de leur conception personnelle.

Dans une étude longitudinale, Mackintosh (2006) a décrit l'impact de la socialisation professionnelle sur les perceptions du soin d'un groupe d'étudiants bacheliers (n=16) pendant dix-huit mois. La chercheuse a décrit l'évolution de la conception personnelle grâce à des entrevues individuelles. L'auteure rapporte que lors des entrevues à l'entrée dans la formation, les étudiants ont décrit le soin comme humaniste. Ils voulaient tous « prendre soin » de leurs patients, mais éprouvaient une anxiété quant à leur capacité à le faire dans la réalité. D'ailleurs, ils reconnaissaient le rôle de l'infirmier de prendre soin du patient dans trois sphères soit physique, émotionnelle et spirituelle. Par contre, l'auteure rapporte que lors de leurs derniers mois de formation, les étudiants démontraient une perte des illusions initiales, c'est-à-dire que les étudiants avaient un discours plus négatif par rapport au soin. Ils décrivaient le soin de façon plus négative en utilisant beaucoup d'exemples tirés de leur expérience clinique de stage pour l'exprimer. Les exemples utilisés par les participants décrivent des situations où l'équipe soignante manque de *caring*.

Une autre étude longitudinale, cette fois quantitative, rapporte des résultats similaires quoiqu'elle soit moins récente (R. Watson, Deary, & Lea, 1999). En examinant les perceptions du soin et du *caring* chez des étudiants (n=124) au début et à la fin de leur

formation, R. Watson et al. (1999) ont décrit une perte d'idéalisme du soin et du *caring* chez les étudiants après douze mois dans la formation infirmière. Les auteurs décrivent une tendance négative générale dans les scores des outils *Caring Dimensions Inventory* (Watson et Lea (1997) cité par R. Watson, et al., 1999) et *Nursing Dimensions Inventory* (créé par les chercheurs) entre l'entrée dans leur formation et un an plus tard. Ces outils sont utilisés pour évaluer les perceptions du *caring* et du soin. Par contre, le score à certains énoncés du questionnaire comme l'engagement de l'infirmier dans les soins ainsi que de répondre aux besoins spirituels du patient augmente. Les chercheurs associent ce phénomène au fait que les étudiants comprenaient mieux ces énoncés qu'en début de formation (R. Watson et al., 1999). De plus, l'importance d'énoncés comme le fait de rester tard au travail, de travailler même si on ne se sent pas bien, d'avoir toujours un sourire et de paraître toujours occupé avait diminué significativement après douze mois de formation. Selon les chercheurs, un des résultats importants de cette recherche est la description d'une perte d'idéalisme qui, selon ceux-ci, pourrait être un signe avant-coureur d'épuisement professionnel chez les étudiants (R. Watson et al., 1999). Par contre, étant quantitative, cette étude a laissé peu de place pour que les étudiants s'expriment sur leur conception personnelle. Finalement, la perte d'idéalisme relevée par cette étude justifie une étude explorant l'évolution de la conception personnelle des étudiants afin de mieux comprendre ce qui remplace cette perte d'idéalisme.

Dans une étude canadienne cette fois, des chercheurs ont étudié les attitudes des étudiants envers le soin infirmier. Bolan et Grainger (2009) ont suivi une cohorte de 140 étudiants (n=140) durant la totalité de leur formation. Ces chercheurs ont utilisé deux outils quantitatifs d'évaluation des attitudes et orientations envers la discipline infirmière.

En général, les scores évaluant les attitudes des étudiants envers le soin infirmier devenaient de plus en plus positifs au fil de leur formation. En dernière année, les étudiants rapportaient davantage que les infirmiers agissent comme « *advocate* » et personnes-ressources pour les patients, qu'ils les protègent, qu'ils ont un rôle plus politique. De même, les étudiants de dernière année valorisaient davantage le temps passé au chevet du patient. Par contre, au fil de la formation, les étudiants étaient de moins en moins persuadés que les infirmiers sont empreints de compassion ou de gentillesse. De plus, les perceptions envers les conditions de travail devenaient plus négatives. Dans l'étude de Bolan et Grainger (2009), l'évolution de la conception personnelle chez les étudiantes semble à la fois positive et négative, c'est-à-dire que la perception du rôle de l'infirmier semblait s'améliorer alors que leurs perceptions de la réalité de la pratique semblaient se détériorer.

Une récente étude descriptive et transversale de Safadi, Saleh, Nassar, Amre et Froelicher (2011) a permis de décrire l'évolution des perceptions du soin des étudiants à chacune des années de formation. Safadi et al. (2011) s'interrogent; « les étudiants en soins infirmiers intègrent-ils des concepts du soin cohérents avec la philosophie de la faculté? »[traduction libre] (p.422). La philosophie de la faculté de sciences infirmières que cette université américaine préconisait est l'approche holistique et *caring* (Levine 1971, Watson 1979 cité par Safadi et al., 2011). De plus, les chercheurs investiguaient s'il y a une différence de perceptions du soin entre le genre, la formation antérieure et la raison de leur choix de carrière. À l'aide d'une échelle de Likert de cinq points, les chercheurs ont abordé différentes définitions du soin et demandaient aux étudiants de les évaluer. Selon les résultats de cette étude d'envergure (n=606), les étudiants en début de

formation semblent adhérer aux orientations philosophiques de la faculté puisqu'il y a une augmentation des scores concernant les soins holistiques et la promotion de la santé au fil des années de formation. Pour les étudiants de première et deuxième année, « répondre aux besoins physiques du patient » [traduction libre](Safadi et al., 2011) semblait plus important que pour les autres cohortes. Par contre, les étudiants de deuxième année commençaient à inclure des concepts plus altruistes dans leurs réponses. Quant aux étudiants de troisième année, le côté holistique du soin était plus présent dans leurs réponses. De même, les chercheurs rapportent une transition du point de vue altruiste dans les premières années de formation à un point de vue plus biomédical et technologique en dernière année (Safadi et al., 2011). Ils décrivent trois grandes phases à cette transition; le point de vue traditionnel, l'influence de la théorie et de la science ainsi que l'influence des expériences cliniques. Finalement, les étudiants adoptaient les orientations philosophiques de la faculté même s'ils évoluaient aussi vers une perspective plus biomédicale à la fin de leur formation.

Quelques conclusions peuvent être tirées des écrits recensés. Premièrement, plusieurs écrits abordant la conception personnelle de la discipline infirmière sont théoriques et non empiriques. Quand la conception personnelle de l'étudiant est étudiée empiriquement, cela est souvent à partir d'un seul des concepts du centre d'intérêt de la discipline infirmière : le soin. La perception du soin des étudiants est donc étudiée de manière assez exhaustive mais n'est pas liée aux autres concepts. Deuxièmement, les écrits empiriques sont rarement nord-américains d'autant moins québécois. On note des écrits en provenance de divers pays : Finlande, Iran, Suisse et Turquie. Ces pays ont des cultures, des systèmes de santé et des formations initiales bien différents de ceux du

Québec. Conséquemment, le contexte unique de formation et de la pratique infirmière au Québec nécessite une attention particulière. De plus, les connaissances actuelles de l'évolution de la conception personnelle, telle que définie ci-haut, demeurent à approfondir.

Cadre de référence

Le présent projet de recherche sur l'évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière d'étudiants s'inspirera de deux éléments qui composent le cadre de référence : le constructivisme tel que décrit par von Glasersfeld (1989) comme radical, ainsi que le centre d'intérêt de la discipline infirmière décrit par Pepin et al. (Pepin et al., 2010).

Les écrits sur le constructivisme de von Glasersfeld (1989, 1994, 2001, 2004) décrivent la relation entre la connaissance et la réalité. S'inspirant du constructivisme présenté par les auteurs le précédant, von Glasersfeld (2001) décrit le constructivisme radical comme étant basé sur le même postulat que les autres orientations du constructivisme, c'est-à-dire que la connaissance n'est pas acquise de façon passive, mais plutôt construite par l'apprenant lui-même. Il est responsable de son apprentissage ainsi que de ce qu'il en fait. L'interprétation de la connaissance est donc teintée et différente d'un individu à l'autre.

Par ailleurs, von Glasersfeld (1994) décrit une particularité qui guide plus spécifiquement cette recherche. Selon ce dernier, la connaissance est une construction mentale à partir des expériences vécues par l'individu. En fait, von Glasersfeld (1989, 2004) décrit l'apprenant comme possédant à la base une connaissance qu'il a acquise et intégrée à son vécu et ses expériences. Cette connaissance a été construite par l'apprenant

pour créer un monde qui lui soit prévisible et régulier. L'auteur soutient que cette connaissance est composée des structures conceptuelles, actions et opérations jugées viables par l'individu. Selon von Glasersfeld (1994), la connaissance est reconstruite selon la réalité perçue des nouvelles expériences de l'apprenant. L'apprenant possède donc une structure conceptuelle préexistante selon les expériences qu'il a vécues préalablement. Cette structure conceptuelle est sujette à changement si l'apprenant se trouve confronté à une expérience qui n'est pas cohérente avec la structure conceptuelle qu'il avait bâtie antérieurement. Par le fait même, il y a un processus d'adaptation de cette structure vers une autre qui sera plus cohérente pour l'apprenant. Tant que celle-ci est considérée comme permettant à l'apprenant d'atteindre ses objectifs ou ses buts, elle restera la même. Lorsqu'elle ne sera plus jugée viable, elle sera adaptée. Ainsi, cette structure conceptuelle est en perpétuelle évolution lors d'expériences y étant reliées.

À la lumière de ce que décrit von Glasersfeld (2001), le concept à l'étude, soit la conception personnelle, serait alors une structure conceptuelle que l'étudiant infirmier a bâtie lors de ses expériences passées relatives à tout ce qui a trait à la profession d'infirmière. Cependant, durant sa formation, il vivra de nouvelles expériences qui l'amèneront à adapter sa conception personnelle vers une autre plus viable donc plus cohérente avec la réalité vécue par exemple, dans les milieux cliniques ainsi que dans les cours théoriques.

En d'autres termes, en éducation, le constructivisme radical de von Glasersfeld (2001) suggère que chaque étudiant construit sa conception personnelle pendant sa formation. L'idée de la subjectivité dans la façon d'intégrer la connaissance par un

individu indique que la conception personnelle d'un étudiant ne peut qu'être différente d'un moment à l'autre de sa formation.

De plus, la définition de la conception infirmière de Pepin et al. (2010) capte l'attention en raison de son inclusion du centre d'intérêt de la discipline infirmière. Nous adoptons cette définition qui rend la conception personnelle spécifique à la discipline infirmière. Cette définition est décrite comme suit :

« Conception : ... Une conception infirmière précise les liens qui existent entre les concepts de personne, d'environnement, de santé et de soin tout en intégrant d'autres concepts; elle représente le service unique que les infirmières offrent à la société » (p.181).

Ainsi, il est possible de décrire la conception personnelle de l'étudiant comme s'articulant autour des quatre concepts centraux de la discipline et présentant des liens entre ces concepts.

Le centre d'intérêt tel que décrit par Pepin et al. (2010) se prête à l'exploration de la conception infirmière personnelle de l'étudiant puisqu'il consiste en la description de l'essentiel de la discipline infirmière. Pepin et al. (2010) décrivent la discipline infirmière autour des quatre concepts centraux de « personne/famille/communauté, environnement, santé et soin ». Le centre d'intérêt s'énonce comme suit : « La discipline infirmière s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions, auprès de personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé » (p.15). Finalement, en énonçant ce centre d'intérêt pour la discipline, les auteures ont voulu mettre en lumière le focus de la discipline à la base ou au-delà de toute conception infirmière. Les conceptions personnelles devraient donc toutes converger vers le centre d'intérêt de la discipline.

Ainsi, la conception personnelle de la discipline infirmière de l'étudiant devrait être en lien avec le centre d'intérêt de la discipline en clarifiant les quatre concepts centraux. En définissant différemment ces quatre concepts centraux, la conception personnelle de la discipline infirmière de chaque étudiant est unique et subjective.

En somme, l'étude de l'évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière des étudiants sera structurée par les concepts centraux de la discipline et inspirée du constructivisme radical. Le centre d'intérêt de la discipline de Pepin et al. (2010) décrit ces concepts articulés dans un énoncé. L'exploration de l'évolution de la conception personnelle de l'étudiant pourrait se faire autour d'une structure similaire. Cette structure conceptuelle est bâtie chez l'étudiant à la suite d'expériences vécues et évolue durant ses expériences présentes et futures (Glaserfeld, 1994). Il est essentiel de comprendre les structures conceptuelles des étudiants afin que les enseignants puissent les aider à construire une conception personnelle cohérente avec la discipline et favorisant une qualité des soins.

Finalement, les études décrites dans la recension des écrits ne sont pas explicitement inscrites dans le cadre de référence du constructivisme et du centre d'intérêt de la discipline. Ainsi, la compréhension de l'évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière de l'étudiant paraît encore partielle. La perception du soin des étudiants est étudiée de manière assez exhaustive. Par contre, presque aucun lien n'est établi avec les autres concepts centraux de la discipline, soit la « personne », l'« environnement » et la « santé ». Des connaissances acquises d'une recherche explorant l'évolution de la conception personnelle de l'étudiant devraient guider un enseignement qui tient compte et soutient sa construction. Ainsi, comme le mentionne

von Glasersfeld, (1994) « la compréhension du monde conceptuel de l'élève est un préalable à la réussite de l'enseignement » (p.21). La prochaine section décrira la méthodologie utilisée par l'étudiante-chercheuse afin d'explorer l'évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière des étudiants dans un cadre constructiviste et relié au centre d'intérêt de la discipline.

CHAPITRE III – MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre décrit la méthode scientifique choisie pour répondre aux questions de recherche. Il fait premièrement une description du devis choisi. La population et l'échantillon à l'étude sont alors décrits. Par la suite, l'étudiante-chercheuse fait état du déroulement de l'étude et de l'analyse de données. Les critères de scientificité applicable à l'étude, les enjeux éthiques et les limites de l'étude concluent ce chapitre.

Devis

Le devis de l'étude est qualitatif et exploratoire. Le but de la recherche est d'explorer l'évolution de la conception personnelle d'étudiants puisqu'il n'y a que très peu d'écrits qui l'abordent. Il est donc conséquent d'avoir un devis qualitatif exploratoire puisque le sujet abordé est peu connu (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Beck, 2007). Afin de pouvoir explorer l'évolution de la conception personnelle, l'étude est transversale et rétrospective. Une étude transversale permet d'obtenir des données sur la conception personnelle d'étudiants à des temps différents dans leur formation. Aussi, une dimension rétrospective de l'étude permet d'explorer, selon les étudiants eux-mêmes, l'évolution de leur conception personnelle durant leur formation. Quoiqu'une recherche longitudinale aurait été préférable, il aurait été difficile dans le cadre d'une maîtrise de répondre à la question de recherche à l'aide d'un devis longitudinal. Conséquemment, le choix d'une étude transversale est justifié puisqu'elle est dite plus économique et pratique que les études longitudinales (Loiselle et al., 2007).

Population, échantillon, milieu

La population à l'étude regroupe des étudiants qui font leurs études collégiales en soins infirmiers au Québec. L'échantillon de l'étude se situe dans un des collèges

d'enseignement général et professionnel (cégep) de l'île de Montréal où enseigne l'étudiante-chercheuse. L'échantillon en est un de convenance, c'est-à-dire que les participants ont été recrutés sur une base volontaire et répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion présentés au Tableau 1. Ces critères d'inclusion et d'exclusion ont été élaborés selon des considérations éthiques, méthodologiques et pratiques (Savoie-Zacj, 2007). Entre autres, il est recommandé d'utiliser un échantillon homogène, lorsque le nombre de participant est restreint pour permettre de « dégager une compréhension riche pour un groupe donné d'individus. » (p.104) (Savoie-Zacj, 2007). Conséquemment, l'échantillon est composé seulement d'étudiants ayant fait l'intégralité de leur parcours collégial à l'institution d'enseignement à l'étude, et ayant commencé leur formation collégiale en soins infirmiers directement après leur formation secondaire. Les étudiants ayant pris une ou plusieurs sessions d'arrêt du programme ou ayant échoué une session ont aussi, par le fait même, été exclus de l'échantillon. À la suite de difficultés à recruter le nombre suffisant de participants qui ont commencé le cégep directement après le secondaire, un critère a été modifié afin d'avoir plus d'étudiants éligibles à participer à la recherche. Ainsi, les étudiants ayant commencé leur formation collégiale en soins infirmiers au maximum deux ans après leur formation secondaire étaient désormais éligibles.

Tableau 1. Critères de sélection des participants

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> - Étudiants dont le parcours d'études collégiales est réalisé en totalité dans l'établissement d'enseignement où se déroule l'étude - Étudiants ayant commencé dans le programme de soins infirmiers directement ou au maximum deux ans après leur formation au secondaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Étudiants ayant pris une ou plusieurs sessions d'arrêt du programme ou ayant échoué une session

Au Québec, les étudiants au niveau collégial en soins infirmiers reçoivent une formation échelonnée sur trois ans. Au cégep où a eu lieu l'étude, les étudiants sont mis en contact avec les soins dans les contextes suivants : médecine-chirurgie, gériatrie, psychiatrie, périnatalité, pédiatrie, urgences et soins ambulatoires durant les trois années de formation. L'Appendice A présente les compétences visées par chacune des sessions de formation (une à six) durant le programme de soins infirmiers de l'établissement où s'est déroulée l'étude. La section «compétences cliniques» du tableau indique les moments où se déroulent les stages en milieux cliniques. De plus, les étudiants de ce cégep apprennent davantage une conception de la discipline qu'une autre. En effet, le modèle de soins McGill (Gottlieb & Rowat, 1997) est celui qui est enseigné et mis de l'avant durant toute la formation jusqu'en sixième session.

De façon générale, l'établissement d'enseignement admet environ une centaine d'étudiants à chaque année à la cohorte d'automne. Les participants ont été recrutés à chaque année de formation, en première, troisième et cinquième session. Le nombre d'étudiants dans la cohorte s'effrite au fil des années de formation. En deuxième année et

troisième année, les cohortes sont composées d'environ une quarantaine d'étudiants chacune. L'étudiante-chercheuse croyait donc réaliste de constituer un échantillon composé de cinq étudiants par année de formation. Plusieurs difficultés se sont présentées lors du recrutement : intérêt peu présent pour le sujet de l'étude et recrutement durant la fin de session rallongée en raison d'un débrayage étudiant. Conséquemment, la taille de l'échantillon global est de onze participants (n=11) soit de trois en première session, trois en troisième session et cinq en cinquième session.

Cibler des étudiants de chaque année de leur formation a permis une collecte de données à des moments différents dans la formation infirmière : à l'entrée, au milieu et à la fin de leur formation. Ainsi, l'échantillon permet une observation globale sur l'évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière pendant la formation collégiale infirmière.

Finalement, un tel échantillon permet un début de comparaison ainsi qu'une première description de l'évolution de la conception personnelle à différents points temporels dans la formation infirmière collégiale.

Déroulement de l'étude

L'étude a débuté après son approbation par le comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal ainsi que de celui de l'établissement d'enseignement où se déroulait l'étude (Appendice B). De plus, une permission d'accès au département de soins infirmiers de l'institution d'enseignement a été demandée lors d'une assemblée départementale. Enfin, une explication aux enseignants du département a été donnée quant au rôle différent de l'étudiante-chercheuse durant la recherche. En effet, cette

dernière portait le chapeau de chercheuse et non d'enseignante durant les étapes de l'étude.

Recrutement et procédure d'obtention du consentement des participants

L'échantillon a été constitué d'étudiants volontaires. L'étudiante-chercheuse a rencontré les étudiants des sessions de formation ciblées durant des rencontres de groupe ou lors d'un cours théorique prévus à leur horaire. Ces rencontres ont eu lieu au milieu de la session. Les rencontres de groupe réunissent normalement la majorité des étudiants de la cohorte ou la divisent en seulement deux groupes. L'étudiante-chercheuse leur a présenté le but de l'étude ainsi que les implications de leur participation à l'étude. Le formulaire d'information et de consentement à la recherche leur a été alors remis (Appendice C). Ils ont été encouragés à le lire attentivement et à contacter la personne responsable de la collecte de données lorsqu'ils ont pris une décision. En effet, devant la possibilité que l'étudiante-chercheuse enseigne et évalue certains participants, celle-ci aurait pu avoir une relation de pouvoir. C'est pourquoi une personne responsable de la collecte de données qui n'avait pas de lien avec les étudiants a été recrutée. De plus, cette méthode avait été suggérée par le comité d'éthique afin de minimiser le biais de désirabilité sociale. La personne responsable de la collecte de données a pris les rendez-vous et réalisé les entrevues.

Cinq relances par courriel interne ont été effectuées auprès des étudiants : une a été faite une semaine après la rencontre avec l'étudiante-chercheuse et les autres à chaque une ou deux semaines. De même, les étudiants ont été rencontrés à nouveau, cinq semaines après la rencontre initiale pour faire un rappel. Malheureusement, à la fin de session de l'automne, seulement neuf étudiants avaient été rencontrés en entrevues.

Conséquemment, le recrutement a été poursuivi jusqu'au début de la session d'hiver afin d'atteindre l'objectif de 15 participants. Ainsi, les nouveaux étudiants dans chaque session ont été rencontrés. Deux participants ont alors été recrutés. Le recrutement et la collecte de données se sont donc échelonnés sur 13 semaines. Malgré tous les efforts pour atteindre l'objectif de cinq participants pour chacune des sessions ciblées tout en restant respectueux du choix des étudiants, un échantillon total de onze participants a été constitué (n=11).

Méthode de collecte de données

La collecte de données a été réalisée à l'aide d'entrevues semi-structurées d'une durée variant de 16 à 36 minutes. Afin de maintenir la confidentialité, les participants ont été rencontrés individuellement par une personne responsable de la collecte des données. Recrutée par l'étudiante-chercheuse, cette personne détenait des connaissances de base en entrevue individuelle semi-dirigée et en recherche scientifique. Elle avait été rencontrée par l'étudiante-chercheuse et la directrice de recherche à la suite d'une entrevue fictive. Quelques recommandations ont été faites quant à la façon de poser les questions afin d'encourager des réponses plus exhaustives de la part des participants. Sinon, aucun autre ajustement n'a été nécessaire.

Une entrevue individuelle a permis aux participants d'exprimer leur conception personnelle de la discipline infirmière sans influence de leurs pairs. Ainsi, il était souhaité qu'ils expriment leurs constructions et idées individuelles. Les entrevues semi-structurées ont permis à l'étudiante-chercheuse d'obtenir des données sur la conception personnelle de l'étudiant à partir de situations cliniques que les participants choisissaient et en posant des questions ouvertes. La personne responsable de la

collecte des données a laissé le temps aux participants d'exprimer réellement leur conception personnelle sans cadre restrictif (Hesse-Biber & Leavy, 2011). Cependant, il était souhaité d'avoir une certaine structure pour l'entrevue afin d'obtenir des données à partir desquelles les questions de recherche pouvaient être répondues, et afin d'établir des comparaisons entre les conceptions personnelles des participantes (Bryman, 2004; Hesse-Biber & Leavy, 2011). Ainsi, un guide d'entrevue a été élaboré pour cette étude.

Outils de collecte de données

Le principal outil de collecte de données était le guide d'entrevue. L'autre outil consistait en un bref questionnaire socio-démographique.

Guide d'entrevue

L'entrevue semi-structurée avec chacun des participants a été orientée par un guide d'entrevue présenté à l'Appendice D. Le guide d'entrevue est composé de questions ouvertes. Celles-ci ont été élaborées par l'étudiante-chercheuse à partir du cadre de référence de l'étude, soit le centre d'intérêt de la discipline (Pepin et al., 2010). Il a été demandé aux étudiants de décrire leur conception personnelle de la discipline infirmière à partir de deux exemples qu'ils tiraient de leur pratique au cours de leur stage en milieux de soins. La description de leur conception personnelle a donc été réalisée à partir d'exemples tirés de leur pratique. Premièrement, les exemples de la pratique encouragent les participants à développer davantage sur le sujet en les mettant plus à l'aise et en situant leur conception. Deuxièmement, tel que mentionné dans les compétences du programme (MELS, 2007), l'étudiant doit être en mesure de définir sa

pratique en lien avec sa conception de la discipline. Ainsi, la conception personnelle de l'étudiant et sa pratique sont extrêmement liées.

Le guide d'entrevue étant inspiré du centre d'intérêt de la discipline, les thèmes abordés lors des entrevues sont donc le soin, l'environnement, la santé et la personne. Un prétest du guide d'entrevue a été accompli par l'étudiante-chercheuse avec un étudiant de la même population que celle de l'échantillon. Le guide n'a que très peu été modifié par la suite, si ce n'est que de quelques reformulations. Les entrevues étaient enregistrées sur bandes audio.

Questionnaire sur les données sociodémographiques

De plus, un bref questionnaire sur les données sociodémographiques (Appendice E) a été utilisé. La personne responsable de la collecte des données a posé ces questions au participant à la fin de l'entrevue. Les réponses à ce questionnaire ont permis de décrire l'échantillon et de faire des liens avec les données sur la conception personnelle des étudiants amassées à l'aide du guide d'entrevue. Par exemple, le genre de l'étudiant était un élément à aborder puisque dans la littérature, il est décrit que le genre de la personne peut influencer les perceptions du soin ou du *caring* qu'elle possède (Safadi et al., 2011). Par contre, pour conserver la confidentialité, des pseudonymes féminins ont été donnés à tous les participants puisqu'un seul était masculin. De plus, si les participants ont un proche exerçant la profession, par exemple une mère qui est infirmière, ceci risque d'influencer leur conception personnelle. Il en est de même pour leur âge et leur expérience dans le milieu de la santé (Safadi et al., 2011; Spouse, 2000).

Analyse des données

Premièrement, suite aux entrevues, la responsable de la collecte de données fournissait les enregistrements vocaux des entrevues en s'assurant de respecter l'anonymat des participants. Au fur et à mesure de la réception des enregistrements, l'étudiante-chercheuse a retranscrit elle-même les entrevues en *verbatim*. L'analyse des données a donc débuté dès la première transcription. L'analyse a été accomplie par questionnement analytique, une méthode d'analyse décrite par Paillé et Mucchielli (2010). Cette méthode d'analyse est peu connue, mais est cohérente avec le but de recherche qui est d'explorer l'évolution de la conception personnelle d'étudiants durant leur formation collégiale en soins infirmiers. La méthode d'analyse par questionnement analytique est synthétisée au Tableau 2 tiré de Paillé et Mucchielli (2010). En fait, cette méthode consiste en l'analyse des données à l'aide de questions opérationnelles posées directement aux données. La progression du canevas investigatif de la présente étude est présentée en Appendice F.

Tableau 2. Stratégies de questionnement analytique

-
- Formuler, sélectionner, ou adapter, selon le cas, les questions opérationnalisant le mieux possible les objectifs recherchés par l'analyste
 - Soumettre le matériel pertinent à ces diverses questions, de manière à générer de nouvelles questions, plus précises et en lien avec le corpus, le tout constituant ce que nous appellerons un canevas investigatif
 - Répondre progressivement à ces questions en générant, non pas des catégories ou des thèmes, mais des réponses directes sous la forme d'énoncés, de constats, de remarques, de propositions, de textes synthétiques, et de nouvelles questions, le cas échéant.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2^e ed.). Paris: Armand Collin. [p.143-144]

Premièrement, l'étudiante-chercheuse a composé un canevas d'investigation constitué de questions analytiques prédéterminées. Ces questions analytiques ont été

déduites des questions de recherche et des questions d'entrevue, mais sont plus précises.

Les premières questions analytiques qui ont été produites sont présentées au tableau 3.

Tableau 3. Premières questions analytiques

1. Comment les participants décrivent-ils le soin?
2. Comment les participants décrivent-ils l'environnement?
3. Comment les participants décrivent-ils la santé?
4. Comment les participants décrivent-ils la personne?

Après la première lecture des données en utilisant ce canevas investigatif, ce dernier a été revu. En effet, les données ont produit des éléments de réponses aux premières questions. Par contre, ces réponses ont immédiatement été reformulées en question pour pousser davantage l'analyse et ainsi assurer une profondeur d'analyse. De nouvelles questions et sous-questions ont ainsi été formulées et précisées. Par exemple, une question découlant de la question #1 ci-haut a été approfondie par deux sous-questions « qu'est-ce que les « soins »? » (#1.1) et « qu'est-ce que le soin « humain » ? » (#1.2) Puis, chacune de ces questions en a créé d'autres sous-jacentes tels que « Comment les participants s'y prennent-ils pour accomplir le soin « humain » » (#1.2.b). Finalement, une troisième question a émergé : « Quel est le lien entre ces deux types de soins? » (#1.3). Le fait de préciser et multiplier les questions assure une certaine validité à la méthode en évitant que les données soient limitées ou circonstancielles (Paillé & Mucchielli, 2010). Aussi, une question émergente a été : « Comment peut-on énoncer la conception personnelle de chaque participant? ». Conséquemment, des énoncés de la conception personnelle des participants ont été formulés par l'étudiante-chercheuse et validés par la directrice de recherche à partir des descriptions de situations de soins et définitions données par les participants lors des entrevues. En fait, les énoncés résument

pour chacun des participants ce qui semble être le plus important en liant les quatre concepts de la discipline soin, santé, personne et environnement.

À chacun des niveaux de questions, l'étudiante-chercheuse a relu les transcriptions d'entrevues pour rechercher des réponses à ces questions analytiques dans les données. Les éléments de réponses ont été compilés sous forme d'énoncés, de mots clés et d'exemple de *verbatim* dans un document. Ceci a facilité une description la plus complète et sensible possible de la conception personnelle des étudiants ainsi que de son évolution d'une manière logique et fluide. De plus, les données ont orienté directement les nouvelles questions émergentes. Ces dernières ont amené une profondeur supplémentaire à l'analyse. L'évolution de la conception personnelle des étudiants a donc été décrite de façon précise en étant sensible au contenu des données. Cette analyse a permis la recherche de réponses à des questions émergentes des données directement.

Paillé et Mucchielli (2010) suggèrent cette méthode qui, en fait, rend légitimes les questionnements en les encadrant dans une structure permettant une analyse empirique des données. Le questionnement analytique a donc permis de creuser et d'approfondir les résultats à l'aide de questions toujours de plus en plus précises.

Critères de scientificité

Étant donné que Paillé et Mucchielli (2010) n'indiquent pas de critères spécifiques de scientificité et afin d'assurer la qualité de son étude, l'étudiante-chercheuse a porté son attention aux critères de scientificité décrit par Loisel et al. (2007) soit la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité et la transférabilité. Premièrement, afin d'établir la crédibilité des résultats de son étude, l'étudiante-chercheuse a décrit le déroulement des diverses étapes de son étude dans le présent chapitre. La directrice de

mémoire a aussi pu agir à titre de guide pour la méthode et a validé avec l'étudiante-chercheuse les diverses étapes de son analyse et l'écriture de son mémoire. La directrice de mémoire a su critiquer la démarche et l'analyse de l'étudiante-chercheuse afin d'assurer la scientificité de son mémoire. Conséquemment, la confirmabilité et la fiabilité ont été assurées par l'apport de cette critique externe à toutes les étapes du cheminement de l'étudiante-chercheuse. De plus, la fiabilité a été assurée par l'ajout d'extraits d'entrevues pour illustrer les réponses aux questions de recherche dans les descriptions des résultats de l'étude.

Finalement, afin d'assurer la transférabilité de l'étude, l'étudiante-chercheuse s'est assurée de décrire de façon exhaustive le milieu, l'échantillon ainsi que le contexte de l'étude. La méthodologie étant expliquée ci-haut, l'étudiante-chercheuse espère être la plus transparente possible quant aux détails de celle-ci.

Aspects éthiques connus

La recherche de l'étudiante a été soumise à l'évaluation du comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CRSSS) de l'Université de Montréal, ainsi qu'au comité de recherche de l'établissement d'enseignement où s'est déroulé l'étude. Ce n'est qu'après leur approbation et l'application de leurs recommandations que la collecte de données a été initiée.

Premièrement, la signature du formulaire de consentement a été requise après avoir répondu à leurs questions pour la participation des étudiants à la recherche (Appendice C). Il contient aussi le consentement à enregistrer l'entrevue. Le formulaire d'information et de consentement à la recherche a été distribué lors de la rencontre de recrutement avec les étudiants. Les étudiants ont été encouragés à le lire. Ceci avait pour

but de laisser le temps à l'étudiant de lire attentivement le formulaire et de formuler des questions s'il y a lieu et ainsi de faire un choix libre et éclairé. Des informations sur le déroulement de la recherche leur ont été données lors du recrutement par l'étudiante-chercheuse afin qu'ils aient toute l'information nécessaire pour consentir à la recherche de façon éclairée. Ils ont été informés qu'ils peuvent retirer leur consentement à tout moment durant la recherche, et ce, sans préjudice. De plus, aucune discrimination n'a été faite dans le choix des participants; les premiers volontaires répondant aux critères de sélection ont été pris.

Considérant qu'au collégial, l'étendue d'âges des étudiants commence à 16 ans, l'assentiment des étudiants mineurs a été demandé pour participer à la recherche; le consentement d'un parent ou tuteur était alors nécessaire. Cette situation ne s'est produite qu'une seule fois (n=1).

Les entrevues ont été effectuées dans une petite salle de réunion à l'institution d'enseignement afin d'assurer la discrétion et la confidentialité de l'entrevue.

De même, la protection de la confidentialité des participants a été assurée à l'aide de codes attribués à chaque enregistrement audio d'entrevue et retranscription. En aucun cas, les noms n'apparaissent sur les documents de recherche. La personne responsable de la collecte de données s'est assurée que les enregistrements ne contenaient aucune donnée permettant de connaître l'identité du participant et a remis les formulaires de consentement signés dans une enveloppe scellée à la directrice de l'étudiante-chercheuse. Afin de faciliter la compréhension du lecteur lors de la rédaction, l'étudiante-chercheuse a attribué un pseudonyme aux participants à la place du code numéral attribué

lors de la transcription des entrevues. Ainsi, des prénoms ont été choisis au hasard pour chacun d'eux.

Les données seront conservées pendant sept ans par la directrice de recherche et détruites par la suite. Elles resteront sous clés et seront utilisées uniquement pour le mémoire de l'étudiante-chercheuse et pour de possibles publications qui en découlent.

Les inconvénients pour les participants de cette recherche étaient liés au temps qu'ils ont dû prendre pour participer à l'entrevue, et ce, durant leur session d'études. Par contre, aucune rémunération ou compensation monétaire et matérielle n'ont été fournies.

Les stages en soins infirmiers peuvent comporter des situations délicates et même critiques. Durant les entrevues, il n'y a pas eu de situations où un participant aurait fait mention d'une situation problématique ou aurait exprimé des difficultés psychologiques, pédagogiques ou autres qui nécessiteraient une intervention d'un professionnel ou d'un enseignant. Le cas échéant, la personne responsable de la collecte de données s'était engagée à le référer au service aux étudiants du cégep ou à la coordonnatrice du département de soins infirmiers, selon le cas. Tout cela, sans pression ou obligation du participant à les contacter. Le service aux étudiants regroupe plusieurs professionnels qui auraient pu soutenir le participant dans une situation difficile: psychologue, infirmière, travailleur social et orienteur.

La possibilité de s'exprimer sur un sujet occupant peu de place dans leur formation, leur conception personnelle de la discipline infirmière, aurait pu être un avantage pour les participants. Leur participation à une recherche universitaire a pu aussi les familiariser avec celle-ci et les encourager à poursuivre leurs études au niveau universitaire.

Finalement, le recrutement a été cessé par souci éthique même si l'échantillon n'avait pas la taille souhaitée. En effet, il s'est échelonné sur treize semaines. Plusieurs rappels ont été accomplis et l'étudiante-chercheuse ne voulait pas exercer une pression à participer auprès des étudiants. Ainsi pour éviter que les étudiants se sentent obligés de participer, le recrutement a été cessé.

Limites de l'étude

Comme toute étude, celle de l'étudiante-chercheuse présente quelques limites. Premièrement, il est à noter que l'étudiante-chercheuse enseigne depuis maintenant deux ans dans l'établissement d'enseignement où s'est déroulé l'étude. Ainsi, il pourrait y avoir eu un biais de désirabilité sociale. En effet, les participants savaient que l'étudiante-chercheuse analyserait les *verbatim* et cela peu avoir teinté leurs réponses. Pour contrer ce biais le plus possible, les entrevues ont été menées par un intermédiaire, soit la personne responsable de la collecte des données. Les étudiants ont été informés que seule la personne qui collecterait les données pouvait les identifier et que tout matériau remis à l'étudiante-chercheuse serait dénominalisé.

Deuxièmement, une limite de l'étude demeure le petit nombre de participants dans l'échantillon en particulier pour la réponse à la deuxième question de recherche concernant l'évolution de la conception personnelle. Malgré tout, il est accepté d'avoir un échantillon de moins de vingt participants en méthode qualitative. En effet, un petit échantillon est justifié pour une étude exploratoire (Crouch & McKenzie, 2006).

Troisièmement, une limite au niveau de l'analyse des données peut être que les participants n'ont pas eu les mêmes conditions d'apprentissage. Ils ne peuvent avoir eu exactement les mêmes cours depuis le début de leur formation. Surtout, il est peu

probable que les participants aient eu le même enseignant lors du cours sur les conceptions de la discipline infirmière. Ainsi, même si une comparaison est possible entre eux, cela représente une limite de l'étude.

Quatrièmement, il existe possiblement un biais de sélection. En effet, il est fort probable que les étudiants qui ont participé à l'étude avaient un profil particulier. Ceux-ci étaient peut-être davantage intéressés par la compréhension de la discipline infirmière.

Finalement, malgré ces limites, la présente étude a obtenu des résultats intéressants qui informent les enseignants et qui donnent lieu à de prochaines études. Le prochain chapitre présente les résultats issus de la méthodologie ci-haut présentée.

CHAPITRE IV — RÉSULTATS

Dans ce chapitre, les résultats de l'analyse de données seront présentés en réponse aux questions de recherche: « Quelle est la conception personnelle de la discipline infirmière d'étudiants à chaque année de la formation collégiale en soins infirmiers? » et « Quelle est l'évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière d'étudiants durant leur formation collégiale en soins infirmiers de trois ans? ». Premièrement, le contexte du déroulement de l'étude et le profil sociodémographique des participants sont présentés. Puis, en réponse à la première question de recherche, la conception personnelle des participants est décrite à partir de leur compréhension des quatre concepts centraux de la discipline et résumée à l'aide d'énoncés de la conception personnelle de chacun des participants. Finalement, en réponse à la deuxième question de recherche, l'évolution de la conception personnelle est décrite à l'aide de leurs descriptions de cette évolution ainsi que d'une analyse de l'évolution de leur compréhension de chaque concept central.

Contexte de l'étude

Un évènement est survenu pendant la collecte des données dans le cégep de l'île de Montréal où s'est déroulée l'étude. Habituellement, les stages en milieu hospitalier débutent dès la première session et les sessions durent quinze semaines. En raison d'un débrayage étudiant de plusieurs semaines durant la session qui a précédé l'étude, la session durant laquelle la collecte des données a été réalisée a été condensée en douze semaines. Plusieurs impacts pour les étudiants et la session de cours ont été notés : par exemple, contrairement à l'habitude, les étudiants de cinquième session n'ont pu travailler comme externes en soins infirmiers durant l'été et le calendrier scolaire a hautement été affecté lors de la reprise des cours.

Profil global des participants

Les données sociodémographiques des onze participants sont présentées dans le tableau 4. Les participants sont âgés de 17 à 21 ans. Le recrutement a permis d'avoir trois participants dans les première et troisième sessions et cinq en cinquième session de formation. L'échantillon est majoritairement féminin² avec un seul homme. Cela représente l'effectif infirmier au Québec, soit 90 % de femmes en 2012 (Marleau & Lapointe, 2012). Pour la présentation des résultats, nous utilisons le féminin et attribuons des pseudonymes féminins à tous les participants. Six participantes (n=6) travaillent dans le domaine de la santé comme préposées aux bénéficiaires en centre hospitalier ou de soins de longue durée; celles-ci sont en troisième et cinquième session de leur formation. Seulement quatre participantes ont des proches travaillant dans le domaine de la santé. En effet, Sylvie (1) et Blanche (5) ont une mère travaillant comme infirmière ou préposée aux bénéficiaires. Quant à Céline (5), c'est son oncle qui est infirmier. Finalement, Fatima (1) décrit que « toute la famille » travaille dans le domaine de la santé en tant que infirmière, préposé aux bénéficiaires, infirmière auxiliaire et médecin.

² Considérant la prédominance du genre féminin dans l'échantillon, ce dernier sera dorénavant utilisé.

Tableau 4. Données sociodémographiques des participantes

	Participant(e) (n = 11)
	<i>n</i>
Âge :	
17-21 ans	11
\bar{x} = 19 ans	
Session en cours	
Première session (première année)	3
Troisième session (deuxième année)	3
Cinquième session (troisième année)	5
Genre :	
Féminin	10
Masculin ³	1
Travaillant dans le domaine de la santé :	
Préposés aux bénéficiaires	5
Technicien en pharmacie	1
Ayant un membre de la famille ou proche travaillant dans le milieu hospitalier	4

La majorité des participantes ont été rencontrées à la mi-session, soit de leur première, troisième ou cinquième session. Elles avaient donc débuté les stages en milieu clinique de leur session en cours.

Conception personnelle des participantes

À partir du cadre de référence de cette étude, la conception personnelle des participantes a été articulée autour des quatre concepts centraux de la discipline soin, santé, environnement et personne. Elle est la façon qu'a une étudiante de voir la discipline infirmière à travers sa compréhension de ces concepts et des liens entre ceux-ci. Cette section répondra ainsi à la première question de recherche. Le tableau 5 résume les éléments qui ressortent de l'analyse par questionnement analytique pour chacun des concepts et qui représentent la compréhension des participantes.

³ Un pseudonyme féminin a été attribué au seul participant masculin afin de conserver sa confidentialité.

Tableau 5. Compréhension des participantes des concepts centraux

Concept	Compréhension du concept par les participantes	Description
Soin	« Soins »	<ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de l'état de santé et « jugement infirmier » - Techniques de soins - Soins de base et la promotion de l'autonomie - Mesures pour assurer le confort - Caractère imprévisible des « soins » - Enseignement
	Soin « humain »	<ul style="list-style-type: none"> - Communication - Lien créé avec le patient - Barrières de la communication - Divertissement du patient - Différence pour le patient
	Liens entre les « soins » et le soin « humain »	<ul style="list-style-type: none"> - Soin « humain » est un extra aux « soins » - Soin « humain » est préalable aux bons « soins » - Soin « humain » est accompli lorsque le temps le permet, lorsque les « soins » le permettent
Environnement	Physique	<ul style="list-style-type: none"> - Espace entourant le patient - Milieu hospitalier - Conditions idéales <ul style="list-style-type: none"> o Adapté au patient o Température ajustée o Mesures d'hygiène et de prévention des infections o Calme o Intimité o Sécurité o Matériel de soins accessible et fonctionnel
	Social	<ul style="list-style-type: none"> - Équipe soignante - Soutien des proches - Relation avec les voisins de chambre - Aspect financier
Santé	Les sphères mentale et physique	<ul style="list-style-type: none"> - Équilibre entre les deux - Absence de maux physiques ou mentaux - Importance de la santé mentale
	La capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none"> - Sans obstacle - Sans souffrance - Vie normale
	Prendre soin de soi	<ul style="list-style-type: none"> - Habitudes de vie - Adaptation et progression suite à un nouveau diagnostic
	Idéal de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Normalités - Retour à la maison - Guérison
	La santé en fin de vie	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité de faire un choix - Absence de douleur
Personne	Unicité	<ul style="list-style-type: none"> - Individu « à part entière »
	Capacités	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité de les utiliser
	Expérience d'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> - Le patient est une personne vivant une hospitalisation - Situation angoissante
	Motivation des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Patient au centre des soins - Pronoms possessifs utilisés
	Famille	<ul style="list-style-type: none"> - La famille et la personne sont un tout
	Patient décrit	<ul style="list-style-type: none"> - Physiquement - Mentalement - Socialement

Le soin

Il ressort des descriptions de toutes les participantes du concept de soin une distinction entre deux types de soin : les « soins » et le soin « humain ». Ces « soins » sont décrits avec des termes tels que : « le soin physique », « les techniques » et incluent l'évaluation de la santé et l'enseignement à la personne ; alors que le soin « humain » est décrit avec des termes tels que « le côté humain », le côté « psychologique », « soulager le mental », « l'approche » ou bien « ce qui entoure les soins ». Les deux types de soin sont distingués par les participantes, mais sont aussi décrits comme formant un tout par quatre de celles-ci (n=4).

« [Soigner] C'est s'occuper de la personne, mais tant, au niveau physique que psychologique aussi [...] Par exemple, j'arrive dans la chambre et je dois changer un pansement, mais c'est pas juste arriver, changer le pansement. C'est expliquer à la personne ce que je vais faire. Si je vois qu'elle a des inquiétudes, de la rassurer [...] Ce n'est pas juste le soin physique, de la technique qu'on apprend là. Il y a plus derrière ça. » Jannick (1)⁴

Les « soins »

D'abord, dans le *verbatim* des entrevues avec les participantes, on remarque que les « soins » réfèrent aux activités de l'infirmière et à la partie plus « technique » de son rôle. En effet, on dégage que le soin est décrit comme consistant en l'évaluation de l'état de santé physique et le « jugement infirmier », les techniques de soins, les soins de base, les mesures pour assurer le confort, en plus du caractère imprévisible du soin et de l'enseignement aux patients.

La majorité des participantes (n=10) décrivent un rôle d'évaluation de l'état de santé physique et de « jugement infirmier », certaines de façon peu exhaustive. En effet,

⁴ Le numéro à côté du prénom fictif du participant représente sa session de formation en cours lors de l'entrevue soit première (1), troisième (3) ou cinquième (5) session.

cinq d'entre elles mentionnent des moyens d'évaluation de l'état de santé tels que la prise de signes vitaux ou l'examen physique de l'abdomen. Par contre, elles ne font qu'effleurer le sujet à travers des situations de soin qu'elles racontent. Deux participantes du cinquième trimestre décrivent plus à fond l'évaluation de la santé : Blanche (5) s'attarde à l'évaluation objective et subjective de la douleur alors qu'Elisabeth (5) décrit l'évaluation du patient, de sa situation et des soins apportés comme étant central au soin.

« Ça fait partie d'évaluer aussi vraiment le patient, sa situation, les soins aussi, son jugement » Elisabeth (5)

De son côté, Sylvie (1) ajoute la comparaison des signes vitaux avec les valeurs normales.

« Vu que je suis juste en première session, c'était juste les signes vitaux. [...] Tu check si tout est normal, s'il y a vraiment quelque chose qui ne va pas. » Sylvie (1)

L'évaluation de la santé est donc peu décrite par les participantes. Malgré tout, cinq participantes mentionnent l'analyse des données amassées lors de cette évaluation et ce qu'elles appellent le « jugement infirmier » qui en découle. Par exemple, Jannick (1) et Karmen (3) mentionnent que leur analyse des données amassées et leur « jugement infirmier » les mènent à décider d'exécuter ou non une prescription médicale. On remarque que Jannick (1) dit communiquer avec le médecin si elle se questionne sur une ordonnance alors que Karmen (3) pourrait renoncer à l'exécuter.

« Être capable de voir tous les aspects et tous les facteurs, qui jouent aussi. De bien analyser une situation et de pas juste suivre "by the book" [...] Si il y a une, par exemple, une prescription et qu'il me semble que ça pas d'allure il faut appeler pour être sûr. De se fier à notre instinct, notre jugement, notre jugement clinique. » Jannick (1)

« Il y a vraiment un jugement en tant qu'infirmière que tu peux poser. Tu fais pas juste ce que le médecin te dis de faire ou ce que le physio te dit de faire. C'est vraiment en tant qu'infirmière, tu peux poser un jugement, tu peux dire : "ce médicament là, selon moi, c'est peut être pas bon de le donner" ». Karmen (3)

De plus, dans leurs descriptions des « soins », la majorité des participantes (n=9) mentionnent les techniques de soins et les traitements, mais ici aussi, ce sujet n'est abordé que brièvement. Entre autres, ces participantes nomment les injections, les changements de pansements et les soins de plaies ainsi qu'exécuter les prescriptions médicales et les protocoles. Selon Élisabeth (5), ces actes sont nécessaires, mais pourraient être accomplis par « n'importe qui ayant suivi un cours ». Cependant, pour Léa (1), les « soins » peuvent devenir urgents et prioritaires selon la situation. .

« C'était vraiment des soins "soins". C'était vraiment, on n'aise pas [...] Des soins "soins" pour moi, c'est vraiment des méthodes, en tant que tel. La médication, on a besoin d'analyses [...] C'est ça, ça presse là » Léa (1)

Par ailleurs, la conception de Fatima (5) inclut la contribution de l'infirmière à la guérison du patient. En effet, elle décrit que « prodiguer des soins » tel qu'administrer un antibiotique est le plus important dans le concept de soin car c'est essentiel à la guérison du patient.

« Prodiguer des soins, c'est ça le plus important donc, on doit guérir, on doit aider à la guérison d'une personne, mais donc faut l'faire, exemple, donner l'antibiotique. » Fatima (5)

Par ailleurs, huit participantes (n=8) décrivent « les soins de base » accomplis pour les patients dans le respect de l'autonomie du patient. En effet, on retrouve dans les descriptions de ces participantes plusieurs soins associés aux activités de la vie quotidienne tels que la mobilisation, l'assistance à l'alimentation et au bain. Par exemple, Jannick (1) encourage le patient à accomplir seul ses soins de base selon ses capacités afin d'encourager son autonomie. De plus, Léa (1) raconte une situation dans un milieu de stage où selon elle, l'autonomie de son patient n'a pas été préservée par le personnel soignant qui n'encourageait pas sa mobilisation.

« Vu qu'ils n'ont pas le temps, elle passe toute la journée dans son lit [...] Je veux dire, ça l'encourage pas nécessairement à ce qu'elle garde son autonomie. Au contraire : t'as faim, ok! On te relève, on t'assoit, on t'approche le cabaret. » Léa (1)

D'ailleurs, cinq participantes décrivent des mesures pour assurer le confort de leur patient. Entre autres, le confort est une priorité dans les « soins » pour Jeanne (3) et Blanche (5). Par contre, les moyens pour atteindre le confort de leur patient sont variés : « parler pour que [...], elle ait moins mal » pour Jeanne (3), « être aux petits oignons » pour Blanche (5), « apporter une couverture » pour Jannick (1), être délicat dans ses gestes pour Sylvie (1) et appliquer des mesures de soulagement palliatives pour Elisabeth (5). Le confort du patient est la priorité pour Blanche (5), puisqu'il est essentiel à sa capacité à recevoir d'autres soins et à sa compréhension lors de ces soins.

« [Les soins] Le plus important? [...] Le confort de la personne avant tout [...] Si on essaie de le traiter et que la personne n'est vraiment pas confortable, que tu vois qu'elle ne t'écoute pas, ça ne servira à rien. Faut qu'à la base, elle soit confortable pour qu'elle soit apte à comprendre. » Blanche (5)

De plus, Fatima (5) mentionne le soulagement de la douleur comme un soin et sa difficulté à faire face à une situation de douleur importante chez une patiente. Elle dit ne pas s'être sentie outillée pour faire face à une telle situation en première session. Malgré son embarras, Fatima (5) décrit, par la suite, plusieurs moyens non pharmacologiques de soulagement de la douleur.

« Sa douleur était tout le temps à 7/10 et en augmentant et ça [les médicaments] ne la soulageait pas. J'étais comme "Ah! Mon Dieu!" Et là, elle pleurait, pleurait, elle criait quasiment. Tu ne sais pas quoi faire dans cette situation là. » Fatima (5)

Puis, trois participantes mentionnent le caractère imprévisible des « soins » et leur urgence selon la situation pour souligner l'importance de la surveillance clinique, sans

utiliser cette expression. Par exemple, Léa (1) décrit qu'il faut éviter de se fier aux apparences et être toujours à l'affût des changements dans l'état de santé du patient.

« Ma patiente allait bien. Mais, on réalise pas que : ouias ok, mais elle est à l'hôpital. Tu comprends? Fack, il y a des raisons qu'elle soit là et que tout peut basculer en comme l'espace de le dire. » Léa (5)

Deux participantes mentionnent qu'en situation d'urgence, le confort peut être mis de côté afin d'assurer les soins de survie aux patients et ce, malgré l'importance qu'elles accordent au confort.

« C'est sûr qu'il y a des situations qui sont divergentes [à assurer le confort], comme des situations d'urgence où que t'as pas le choix où que c'est gogogo. » Blanche (5)

Finalement, des participantes (n=6) de troisième et cinquième sessions incluent l'enseignement au patient dans leur conception du soin. Selon elles, ce dernier a pour but de maintenir la santé d'un patient présentant des problèmes de santé chronique ou de prévenir les complications. L'enseignement accompli par les participantes porte sur les saines habitudes de vie, la médication et le retour à domicile. Pour certaines (n=3), l'enseignement au patient est fait en vue de la planification du retour à la maison. Pour d'autres (n=3), l'enseignement a un but plus général : la prévention de la maladie et le maintien de la santé.

« J'ai fait de l'enseignement en plus, sur le diabète pour vraiment qu'il puisse savoir qu'il retourne dans la rue, savoir c'est quoi les signes d'hypoglycémie, c'est quoi les signes d'hyperglycémie pour que dans le fond justement qu'il reste vivant là veux, veux pas! [...] Parce que tu peux aussi, c'est aussi en enseignant que tu vas montrer au patient comment bien prendre soin de sa maladie. » Karmen (3)

« [Le soin] Ça favorise la prévention des maladies. Ça améliore ses habitudes de vies, tous les conseils qu'on peut lui donner. » Céline (5)

Soin « humain »

À l'opposé des « soins » qui eux sont plus liés à l'état de santé physique, le soin « humain » est beaucoup moins tangible. C'est un soin plus lié à l'état de santé mentale mais nullement moins important selon les participantes. Les participantes y décrivent la communication et ses barrières, le lien à créer avec le patient, la facette du « divertissement » dans le soin infirmier et finalement la différence pour le patient.

D'abord, la communication est décrite de plusieurs façons par les participantes ; certaines (n=4) disent qu'elles « jasant » avec le patient, peu importe le contenu de la conversation. Il n'est pas clair dans le *verbatim* des entrevues si le sujet de la discussion est issu des besoins du patient ou des participantes. Apparemment, selon Léa (1) et Karmen (3), « parler » est un grand besoin chez le patient.

« Moi, mettons, j'allais tout le temps parler avec mes patients [...] Avec une infirmière, tu peux vraiment parler de tout et de rien selon moi. Parce que moi, j'ai parlé de tout et de rien avec mes patients là. Parler de la grève, parler des garderies, parler de sa famille. » Karmen (3)

D'autres participantes (n=8) disent être « à l'écoute » afin de comprendre la détresse du patient, mais très peu décrivent comment elles le sont réellement. Selon elles, le patient doit se sentir écouté et compris. À l'opposé de « jaser » décrit ci-haut, l'échange est davantage centré sur les besoins et les émotions du patient. Pour Karmen (3) et Sylvie (1), « être à l'écoute », c'est : « *ne pas couper la parole au patient* », répondre à ses demandes, ou le faire verbaliser sur ce qu'il ressent. Pour Fatima (5) et Céline (5), dans le soin, l'écoute nécessite d'apporter du soutien et d'accompagner le patient dans ses émotions.

« Mais c'est comme, c'est facile si tu fais juste écouter et absorber[...] Le soin, c'est plus du soutien. Donc beaucoup, beaucoup de soutien et de l'écoute. Des fois, juste de vider son sac, on peut dire, de partager avec une personne » Fatima (5)

Pour accomplir le soin « humain », certaines (n=4) mentionnent avoir une approche douce, gentille et souriante. Par exemple, Élisabeth observe une infirmière qui a une telle approche douce et sans jugement à l'endroit d'une patiente toxicomane. Elle souligne par contre, le manque de respect qu'elle observe chez d'autres soignants.

« Il y a une infirmière qui a fait la différence. Que je trouve vraiment, qui avait une belle approche avec elle, avec la patiente. Elle n'avait pas peur, de lui parler doucement. Toutes les autres infirmières étaient vraiment plus pour une job, se débarrasser d'elle. » Élisabeth (5)

De plus, certaines participantes (n=4) adaptent leur discours selon le patient devant eux; par exemple, devant un patient avec une déficience auditive, cognitive ou devant un patient allophone, Blanche (5) trouve important d'apprendre des mots de la langue d'un patient ou de choisir des mots simples. Pour Patricia (3) c'est aussi choisir les bons mots que le patient peut avoir besoin d'entendre.

« J'avais l'impression que fallait que tu lui parles avec des mots simples, des phrases courtes. C'est beaucoup, des fois j'avais l'impression qu'on régressait, mais dans le fond, c'est pas nécessairement régresser, c'est juste s'adapter. » Blanche (5)

« Mais j'avais l'impression qu'il avait besoin de se faire dire "c'est correct, calmez vous" » Patricia (3)

D'ailleurs, pour accomplir le soin « humain », certaines participantes (n=5) disent souhaiter rassurer et soutenir le patient moralement et émotivement. Certaines participantes (n=6) soulignent leur présence au chevet ou mentionnent la communication non-verbale et le toucher comme outil thérapeutique. Pour Fatima (5), observer son enseignante interagir de la sorte avec un patient a été une expérience marquante et révélatrice; elle souhaite vouloir développer cette habileté.

« La prof qui a beaucoup d'expérience qui est venue et elle a juste touché comme la tête, flatté la tête. Ça m'a marquée, je me suis dit comme "wow, c'est vraiment un métier qui est humain". » Fatima (5)

De plus, selon les participantes de première session (n=3), il faut tenter de se « mettre dans la peau du patient » (Sylvie, 01). Elles décrivent l'empathie et la sympathie comme faisant partie du soin, tout en confondant ces deux concepts. Selon Jannick (1) se « mettre à la place du patient » fait d'elle « une bonne infirmière ». Mais, Sylvie (1) et Jeanne (3) mettent en garde contre le danger de la sympathie qui empêche de donner des bons soins.

« Faut pas que j'aie une relation de, faut pas qu'il y ait d'empathie. Premièrement, faut que je sois objective. Faut que ce soit dans un but thérapeutique » Jeanne (3)

Toutes les participantes décrivent le lien qu'elles créent avec leur patient, bien qu'elles le nomment différemment : lien de confiance, relation d'aide, relation thérapeutique ou entente mutuelle. Selon Fatima (5), l'infirmière est privilégiée de pouvoir créer ce lien particulier puisqu'elle ne fait pas partie du réseau personnel de soutien du patient. Pour Karmen (3), ce lien de confiance est un préalable aux « soins » et est bénéfique au bien-être du patient.

« [Le plus important dans le soin] Je dirais la relation d'aide [...]. Vraiment de parler avec le patient, de comprendre le patient, d'établir un lien de confiance : c'est vraiment important pour moi. [...] Si tu n'as pas confiance de la personne avec qui t'es, c'est sûr que tu ne te sentiras pas à l'aise qu'elle te joue sur le corps. » Karmen (3)

Selon la majorité des participantes (n=7), le lien de confiance se travaille et progresse dans le temps; il ne se crée pas spontanément et peut prendre du temps à consolider. Ce lien fort empreint de respect et d'écoute permet d'aider le patient.

« Avec mon patient, c'était un patient qui était très anxieux. [...] J'ai réussi à développer un lien très fort avec lui, une relation thérapeutique au cours de plusieurs semaines [...] On a réussi à développer une relation qui a progressé [...]

Il s'est confié à moi, parce qu'il me voyait pas comme une menace. Il me voyait comme quelqu'un qui était là pour l'aider qui l'écoutait. » Céline (5)

Par contre, quelques barrières rendent difficile le soin « humain » : la langue différente, les déficiences auditives ou cognitives et un conflit de valeurs. En effet, cinq participantes (n=5) décrivent la difficulté de communiquer avec un patient qui présente l'une de ces barrières. Ainsi, ces participantes disent avoir moins de confiance en leurs capacités d'établir un lien et d'identifier les besoins du patient. De plus, selon Blanche (5) et Patricia (3), ces barrières peuvent produire des lacunes dans le « soin ». Pour Blanche (5), il est nécessaire de « s'approcher » pour comprendre, donc d'être ouverte et prête à faire des efforts pour comprendre le patient.

« J'ai déjà eu une patiente qui était unilingue portugaise. [...] C'était vraiment une adaptation pour réussir à la comprendre[...] Elle est tout nue sur sa chaise [...] je lui dis à la préposée : "Mon Dieu! Elle est déshabillée, je ne sais pas si il y a un moyen d'aller la changer ou quoi que ce soit?". Là, elle me disait : "Ah non, cette patiente-là. Ah, non! Elle est capable d'y aller toute seule" [...] J'étais : "Oh mon dieu, mais elle doit tellement se sentir incomprise", si elle n'est pas capable d'interagir avec quelqu'un en français. C'est difficile pour elle de dire c'est quoi ses besoins [...] C'est en s'approchant d'elle, que j'ai vu qu'elle avait uriné et tout ça. Mais, de loin, peut-être qu'elle était juste confuse, et elle avait enlevé ses vêtements aussi. Donc, je trouve que des fois, ils sont un petit peu mal compris. » Blanche (5)

De plus, comme barrière au soin « humain », Élisabeth (5) décrit un conflit de valeurs auquel l'infirmière peut être confrontée. En effet, si l'infirmière fait face à une situation de soin où un patient adopte des comportements contraires à ses propres valeurs, Élisabeth (5) observe qu'il peut arriver que l'infirmière agisse de façon opposée au soin « humain ». Elisabeth (5) met en lumière cette partie éthique du soin.

« C'est une madame qui était toxicomane, qui n'a pas eu de suivi de grossesse [...] Elle avait la syphilis, elle avait déjà trois autres enfants qui étaient à la DPJ [département de protection de la jeunesse] [...] C'est une des situations qui est venue me rechercher un petit peu plus dans mes valeurs. Contrairement à ce que je pensais, j'aurais pensé être fâchée contre cette femme là. J'aurais pensé que

intérieurement, que c'est ça avoir un peu de frustration envers cette mère là [...] Je pense que finalement, ce qui m'a plus frustrée, c'est l'attitude du personnel soignant qui parlait de la personne. Comme, ce n'était pas une personne à part entière là. » Élisabeth (5)

Toujours dans le soin « humain », trois participantes (n=3) décrivent que l'infirmière devrait divertir le patient. Le fait de « changer les idées » du patient et « lui faire oublier » est vu, par des participantes de première et troisième sessions, comme faisant partie du rôle de l'infirmière. En effet, dans un contexte de soins en médecine-chirurgie, Léa (1) mentionne qu'elle aimerait avoir plus de temps pour « jouer au scrabble » avec une patiente, ou même, lui faire visiter l'hôpital. Ainsi, ces participantes décrivent la nécessité de désennuyer le patient parce qu'elles en ont le temps.

« Le temps que je suis là, ça la fait oublier. Elle-même, elle me disait : “Ça me fait tellement du bien de te parler”. Je lui changeais les idées. Je lui disais que c'était bientôt Noël. Je lui dis : “Allez! Viens, on va aller voir la neige dans le salon, et en même temps, on va danser le rigodon.” » Léa (1)

Finalement, faire une différence pour le patient semble être une motivation pour la majorité des participantes (n=8). Par exemple, Sylvie (1) mentionne qu'elle désire être infirmière pour aider les gens et Fatima (5) veut changer un peu la vie de son patient. Ainsi, l'aide qui fait une différence pour le patient et le côté humaniste de la profession font partie du soin infirmier pour ces huit participantes.

« [Le soin] c'est une situation d'aide [...] Je suis pas mal là-dedans parce que je veux aider le monde dans la vie. Je me suis dit que soins infirmiers, c'est assez winner pour aider du monde. » Sylvie (1)

« J'étais vraiment contente de pouvoir, un peu aider mon patient, et d'avoir changé un peu sa vie. » Fatima (5)

Le soin « humain » et les « soins »

Premièrement, le soin « humain » est vu comme prioritaire et plus important que les « soins » par la majorité des participantes (n=8). Il est aussi parfois décrit comme un

extra aux « soins ». En effet, quatre de ces participantes (n=4) utilisent les mots suivants pour décrire le soin « humain » : « c'est beaucoup plus » ou « ce n'est pas juste » les « soins ». Selon Jannick (1) et Fatima (5), c'est ce qui fait la différence pour le patient.

« C'est sûr que c'est large soigner [...] Tu peux soigner comme un traitement là, faire un soin, un pansement, peu importe là. » Élisabeth (5)

De plus, le soin « humain » est perçu par certaines participantes (n=4) comme préalable aux bons « soins ». En effet, selon elles, la dimension « humaine » permet à l'infirmière d'obtenir la collaboration et l'ouverture du patient. Par exemple, une participante ayant obtenu la confiance de son patient aura plus de facilité à donner un bain ou à effectuer une technique de soins.

« C'est plus vraiment la relation interpersonnelle qui est mis en avant. Quand même, on dirait après que je faisais mes soins en tant que tels, elle était plus ouverte, réceptive, et c'était plus facile d'obtenir sa coopération [...] Si ça marche pas dès le départ qu'elle n'est pas réceptive, t'arriveras jamais à faire avancer sa santé » Léa (5)

De son côté, Sylvie (1) décrit une expérience vécue en stage qui manquait selon elle, de soin « humain ». Elle aurait observé un membre de l'équipe soignante qui était brusque lors d'une mobilisation. Pour Sylvie (1), ne pas faire le soin « humain », c'est faire seulement son travail. Elle décrit que c'est une partie très importante, mais que l'infirmière manque de temps pour l'accomplir.

« Elle lui enlevait ses pantoufles, pouf, pouf [...] Tu voyais qu'elle faisait juste sa job. Elle ne faisait pas comme la partie humanitaire de la job » Sylvie (1)

Bien que la dimension « humaine » semble importante pour la majorité des participantes, elle est perçue par six d'entre elles (n=6) comme prenant du temps. Contrairement à Sylvie, plusieurs décrivent le soin « humain » comme accompli lorsqu'il n'y a pas de « soins » à faire. Le soin « humain » semble ainsi presque facultatif. Quatre

d'entre elles disent aussi craindre le jour où elles seront infirmières et non plus, stagiaires. À ce moment-là, elles auront plusieurs patients et ainsi, elles n'auront plus le temps d'accomplir le soin « humain ».

« Un de mes patients me disait “J'aimerais ça parler, mais je sais que vous êtes occupées. C'est difficile en tant qu'infirmière, vous avez comme sept patients”. Là, moi je lui ai expliqué que moi, j'avais juste lui comme patient. Fack, on a parlé, je pense toute la journée. » Karmen (3)

En résumé, le concept de « soin » est généralement perçu par les participantes en deux dimensions : le soin « humain » et les « soins ». Le soin « humain » est vu comme préalable aux « soins » qu'administre l'infirmière lorsque le temps le permet. De façon générale, le soin « humain » est surtout relié à la relation infirmière-patient alors que les « soins » visent davantage les activités de l'infirmière comme entre autres ; l'évaluation, les techniques de soins et l'enseignement. Le soin « humain » est décrit comme la communication, le lien avec le patient. C'est un moyen de faire la différence pour le patient entre autres en le divertissant.

L'environnement

Le concept d'environnement est décrit par les participantes en deux dimensions : l'environnement physique et l'environnement social. En effet, on remarque que dans leur définition de l'environnement ou leurs descriptions de situations de soin, les participantes décrivent soit un lieu physique soit des ressources de soutien humain.

Environnement physique

L'environnement est défini par Sylvie (1) et Céline (5) comme l'espace entourant le patient. Plusieurs endroits dans lesquels les participantes et les patients gravitent sont mentionnés dans leurs descriptions : centre hospitalier, centre d'hébergement de longue

durée, appartement, école, centre de soins à l'étranger, ou même « *la rue* ». Le milieu le plus décrit est le centre hospitalier.

Premièrement, six participantes (n=6) décrivent les chambres d'hôpital comme étant un espace restreint, désolant et monotone. Elles décrivent cet environnement physique comme froid et inhumain. Céline (5) compare le milieu hospitalier adulte et pédiatrique en décrivant que ce dernier est beaucoup plus humain puisque l'espace, les couleurs et le matériel sont adaptés à la clientèle. Par contre, Diane (5) a une opinion différente de celle de Céline (5) au sujet de l'hôpital pédiatrique.

« L'environnement physique : une chambre ordinaire, deux lits dans la chambre. Plutôt sombre. Ça l'air quand même froid comme ambiance avec de la peinture qui date de longtemps! [...] À l' [Nom de l'hôpital pour enfants], les couleurs pétantes sur les murs, un bel environnement. Un lit pour les parents accommodés. Des chambres beaucoup plus grandes. Des chambres, la chambre était seule, elle était seule dans sa chambre, belle décoration, les jouets, ils avaient même installé [...] un mobile [...] Ça avait l'air beaucoup plus humain comme environnement. »
Céline (5)

« Encore une fois isolée [la patiente], comme mon autre patient. Ce n'était pas, je trouvais ça triste là. Même à [nom de l'hôpital pour enfant] [...] ils essaient de rendre ça joyeux [...] C'était assez terne et morose là. »
Diane (5)

Deuxièmement, certaines participantes nomment plusieurs conditions idéales de l'environnement physique. L'aspect « adapté » de l'environnement semble important pour quatre participantes (n=4) quoique quelque fois absent. Par exemple, Blanche (5) décrit tous les efforts des soignants afin d'adapter le milieu aux personnes atteintes de déficit cognitif : les calendriers, les miroirs, les bracelets antifuges ainsi les tableaux de présentation de la météo.

« On était sur, dans le fond, une unité gériatrique, mais ce n'était pas [...] prothétique [...] Dans le fond ce n'était pas un milieu qui était, peut-être, justement adapté comme si c'était une maison [...] On mettait des calendriers pour qu'ils se repèrent. On écrivait, il y avait un gros gros gros calendrier avec la saison, la température dehors. On faisait beaucoup pour qu'ils puissent se repérer et

s'orienter [...] Il y en avait qui avaient des bracelets anti-fugues. Il était quand même adapté. » Blanche (5)

Les participantes décrivent d'autres conditions idéales : une température ambiante (n=3) ni trop froide ni trop chaude, des mesures d'hygiène et des techniques d'isolements respectées (n=3). Aussi, selon Patricia (3), le patient doit se sentir comme chez lui à l'hôpital. Selon elle, l'environnement physique lui est personnel et devrait dépendre de ce qu'il désire.

« Quand tu rentres, tu sens l'ambiance. Tu vas admettons, dans une chambre, il peut y avoir quelqu'un de vraiment silencieux avec comme pas de lumière, rien, de l'autre côté, ils ont plein d'affaires, ils ont des journaux, ils ont de la bouffe, ils ont la télé, ils ont de la visite. Comme ça peut vraiment être différent. Mais c'est vraiment une bulle, c'est vraiment personnel à chaque patient. » Patricia (3)

Plus particulièrement, six participantes (n=6) décrivent que l'environnement devrait être calme et rassurant. Pour Jannick (1) et Céline (5), le plus important dans l'environnement est que le patient s'y sente bien et détienne les outils pour sa guérison.

« Je pense que le plus important : c'est que la personne se sente chez elle [...] Qu'elle va avoir tout ce qu'il faut pour réussir à passer au travers de l'étape qu'elle vit. » Céline (5)

Cela dit, les participantes de première session (n=3) observent des unités de soin en stage ne respectant pas ces conditions idéales. En effet, elles le décrivent comme très actif, bruyant et stressant. Sylvie (1) mentionne qu'elle ne voudrait pas y dormir alors que Jannick (1) décrit le côté « pressé » et d'action du milieu. Léa (1), quant à elle, décrit un environnement alarmiste et stressant.

« Là, c'est vraiment un environnement de stress, d'alarme. Je veux dire, tout le monde est prêt au pire. » Léa (1)

De plus, les chambres sont perçues comme ne favorisant pas toujours l'intimité du patient. Léa (1) et Blanche (5) expriment des situations où l'intimité de leur patient n'a

pas été préservée : l'une où la patiente était nue et visible de tous, l'autre où le corps d'une dame décédée était visible de tous.

Le côté sécuritaire de l'environnement est décrit par quelques participantes (n=4) quoique seulement Diane (5) le nomme de façon plus explicite. En effet, cette participante décrit que c'est l'aspect le plus important de l'environnement. Les autres mentionnent la surveillance constante, les bracelets anti-fugues et la prévention des chutes. En parlant de son expérience dans le département de psychiatrie, Diane (5) décrit que bien que le patient soit isolé des autres dans un tel environnement, le plus important est qu'il soit en sécurité.

« C'était très restrictif. Il y avait beaucoup de consignes et de règlements à l'hôpital. Il était en isolement là. Je dirais que, il y avait de la solitude aussi pour ce patient-là. Il était comme coupé de tout le monde. Mais c'était sécuritaire [...] La sécurité en premier. » Diane (5)

Finalement, pour quelques participantes (n=3), le matériel de soins est un aspect considérable dans l'environnement physique. En effet, selon elles, le matériel nécessaire aux soins doit être accessible et fonctionnel. Deux des trois participantes en première session, Sylvie (1) et Jannick (4), décrivent que la première fois qu'elles ont pris les signes vitaux d'un patient, elles n'avaient que du matériel défectueux. Pour Jeanne (3), le plus important dans l'environnement, c'est d'avoir tout à la portée de la main : matériel et dossier pour effectuer les soins. C'est la seule mention que font les participantes de ce qui est nécessaire comme conditions environnementales pour l'infirmière.

« C'est vraiment d'avoir tout à la portée de la main pour assurer les meilleurs soins possible [...] C'est vraiment que tout soit accessible, le matériel comme les dossiers et tout ça. » Jeanne (3)

Environnement social

Selon la majorité des participants (n=10), l'environnement comporte aussi une dimension sociale. Cette dimension est décrite comme l'équipe soignante, le soutien des proches, les voisins de chambre ainsi que l'aspect monétaire. Premièrement, l'équipe soignante est un aspect indispensable de l'environnement de soins, selon quelques participantes (n=5) : elle compose l'équipe multidisciplinaire. Cette équipe est, entre autres, composée d'infirmières, de médecins, de physiothérapeutes et de nutritionnistes. Selon Sylvie (1), leur présence est rassurante et aidante pour le patient; l'équipe doit être à sa disposition. Léa (1) mentionne quelques attributs que doit détenir l'équipe soignante : des membres souriants, une bonne entente. Ainsi, pour Elisabeth (8), la tâche de rendre l'environnement « plus humain » revient à l'équipe soignante. À l'opposé, Blanche (5) et d'autres participantes décrivent un environnement social où le personnel n'agissait pas de façon adéquate et « négligeait » le patient.

« [Sur l'environnement] Je trouvais que c'était pas, pas négligeant, mais on dirait qu'il y avait un peu de laisser-aller, qu'il [le personnel] prenait beaucoup pour acquis que cette personne est capable de faire ci.[...] » Blanche (5)

Dans un même ordre d'idée, Blanche (5) mentionne qu'il est intéressant d'être habillé en civil afin qu'il n'y ait pas d'étiquette de « malade » versus les soignants. Ainsi, selon elle, cela aide les patients à retrouver leur rythme de vie quotidienne.

Deuxièmement, dans leur description de l'environnement, cinq participantes (n=5) décrivent la relation entre le patient et ses voisins de chambre. Notamment, pour trois de ces participantes (n=3), le « match » entre les patients semble être déterminant quant à l'appréciation de la présence du voisin de chambre. Par exemple, Jannick (1) mentionne que le patient peut se lier d'amitié avec son voisin. Par contre, comme le

mentionne Diane (5), les agencements entre voisins ne sont pas toujours bons. Selon ces participantes, les voisins de chambres peuvent déranger le patient. Par exemple, selon Sylvie (1) et Karmen (3), ils peuvent crier ou ronfler.

« C'est sûr que s'il y a un voisin de chambre qui n'est vraiment, qui dérange et la nuit il ronfle là. Il est pas capable de dormir, c'est sûr qu'il sera plus irritable »
Karmen (3)

Troisièmement, un élément essentiel de l'environnement social pour cinq participantes (n=5) est le soutien des proches. Par exemple, pour Blanche (5), ils sont un atout pour la traduction lorsqu'un patient parle une langue étrangère. Aussi, selon Céline (5), ils peuvent amener des effets personnels et ainsi rendre l'environnement hospitalier plus « humain ». Malgré l'importance de la présence des aidants accordée par ces participantes, elles constatent toutes les cinq la solitude du patient lorsque ceux-ci sont absents. Aussi, selon Fatima (5), la famille est une source de soutien pour le patient dans ses démarches.

« Au niveau de son environnement, ses proches, elle était quand même assez bien encadrée. [...] Je trouve qu'elle était bien entourée et elle était pas toute seule dans ses démarches. Donc même, qu'ils l'ont pris tôt parce qu'ils ont vu que quelque chose clochait donc que ce soit au niveau social, elle allait bien. Elle est dans une bonne famille, pas pauvre, de bonnes conditions. » Fatima (5)

Quatrièmement, ce dernier extrait de *verbatim* illustre aussi que pour Fatima (5), être à l'aise financièrement et le statut social entrent dans l'environnement. En effet, cette participante est la seule à mentionner les déterminants sociaux de la santé dans sa description de l'environnement.

Bref, les participantes ont donc une compréhension du concept d'environnement qui comporte deux dimensions : l'environnement physique et l'environnement social. Dans les deux cas, les participantes décrivent des idéaux qui, pour la majorité, ne

semblent pas être rencontrés dans la réalité du milieu hospitalier auquel elles ont été exposées.

La santé

Lorsque questionnées sur le concept de santé, la majorité des participantes (n=8) hésitent et semblent trouver ce concept difficile à définir. Les participantes réussissent à compléter une ébauche de définition et identifier des facteurs l'influençant. Pour définir la santé de façon générale, elles décrivent trois aspects : les sphères physique et mentale, la capacité du patient à faire les activités de la vie quotidienne ainsi que de prendre soin de soi.

En premier lieu, neuf des onze participantes (n=9) décrivent la santé en deux sphères : physique et mentale. Ainsi la santé est définie par cinq d'entre elles (n=5) comme l'équilibre entre la santé physique et mentale, l'absence de problèmes mentaux ou physiques ou le bien-être physique et mental. D'autres participantes de cinquième session (n=3) mentionnent que la sphère mentale est la plus importante des deux. Selon ces dernières, un problème au niveau de la santé mentale est plus difficile à traiter. Conséquemment, la santé mentale a un effet sur la santé physique et le bonheur de la personne.

« [Le plus important dans la santé] La santé mentale. [...] Tu peux être heureux avec le cancer, mais tu seras rarement heureux avec la maladie mentale. Le bonheur prime sur l'efficacité physique. » Diane (5)

En deuxième lieu, d'autres participantes (n=3) décrivent la santé comme la capacité à accomplir les activités de la vie quotidienne sans obstacle ni souffrance. En effet, pour ces participantes, avoir une vie normale et être autonome sont des atouts

primordiaux. Ainsi, la personne peut être atteinte d'une maladie et demeurer en santé malgré tout.

« Quand tu es à la maison, tu es capable de subvenir à tes besoins et à ceux de ta famille, que t'as pas besoin de personnel, t'as pas besoin de l'hôpital et de personnel qui s'occupe de toi, t'as pas besoin d'un préposé, d'une infirmière, tu considères que tu es en santé là. Sans nécessairement dire que tu as aucun problème de santé, mais quand vraiment tu dépends pas du système hospitalier, tu considères que t'es quand même en santé. » Élisabeth (5)

En troisième lieu, selon cinq participantes (n=5), pour être en santé, la personne doit prendre soin d'elle-même. Celles-ci parlent de prévention par de saines habitudes de vie, mais aussi de s'adapter et de progresser suite à un nouveau diagnostic. Conséquemment, la personne qui s'occupe d'elle-même et s'adapte sera en santé malgré la présence de maladies ou pourra les prévenir.

« Tu peux être malade, mais faut que tu t'entretiennes aussi pour garder la santé, bien manger, bouger. Mais, c'est tous des facteurs pour moi important parce que c'est comme ça que je vois la santé. » Léa (1)

Dans le même ordre d'idée, Céline (5) amène le concept de solidarité que les autres ne mentionnent pas dans la santé ni dans d'autres concepts. En effet, selon elle, la santé est aussi de s'occuper de son entourage.

« Pour moi la santé, [...] c'est faire attention à soi, s'écouter, écouter les autres. Puis je crois qu'en s'occupant de soi-même et des autres on arrive à éliminer pas mal de problèmes. » Céline (5)

Aussi, les participantes laissent sous-entendre qu'il existe un état de santé optimal. En effet, Fatima (5) et Diane (5) mentionnent que leurs patients sont sous le « niveau optimal de santé ». Bien qu'elles ne décrivent pas ce qu'est le niveau optimal, Céline (5), comme d'autres (n=3), décrit le besoin d'être dans les normes de santé, de retourner à la maison et de guérir pour se développer et s'accomplir.

« La guérison, le retour à la normale, qu'elle puisse cheminer dans son développement et qu'elle puisse devenir quelqu'un d'adulte et d'accompli plus tard. » Céline (5)

Singulièrement, deux participantes décrivent la santé en fin de vie. Dans cette situation, la santé, selon Jeanne (3), c'est que le patient ne soit pas souffrant alors que pour Élisabeth (5), c'est que le patient ait la possibilité de faire le choix de mettre fin aux traitements même si cela signifie une mort imminente.

« Cette patiente-ci, c'est sûr qu'elle était à risque de mourir [...] Mais, donc c'est vraiment d'essayer d'alléger ses souffrances et ses douleurs » Jeanne (3)

« Mais au moins, elle était considérée un peu en santé et c'est elle-même qui a choisi de mettre fin à ses jours. Elle a vraiment décidé en pleine conscience, elle-même, qu'elle voulait arrêter ses soins. Qu'elle était tannée, elle était tout simplement tannée là [...] Elle n'avait plus l'énergie pour vivre. » Élisabeth (5)

Ainsi, une définition pourrait être dégagée de la compréhension des participantes du concept de santé : « la santé est un niveau optimal où il existe un état d'équilibre mental et physique, où la personne prend soin de soi et est en mesure d'accomplir ses activités de la vie quotidienne. » Cela dit, chacune des participantes ne décrit que des brides de cette définition. Aussi, elles utilisent beaucoup moins de mots pour décrire la santé que pour décrire d'autres concepts tels que le soin.

La personne

En général, les participantes décrivent la personne par un caractère d'unicité, comme possédant des capacités et vivant une expérience d'hospitalisation. De plus, les participantes utilisent majoritairement le mot « patient » lorsqu'elles parlent de la personne. Aussi, le patient est au centre des soins de l'infirmière. La personne est décrite plus spécifiquement selon trois dimensions : physique, mentale et sociale.

D'abord, le patient est décrit par neuf des participantes comme un individu unique et « *à part entière* » (Fatima, 5), un être humain qui peut être « *n'importe qui* » (Sylvie, 1 et Elisabeth, 5). Ainsi, selon Jeanne (3), il faut traiter les patients avec justice et égalité et selon Blanche (5), ne pas les identifier par la maladie qu'ils vivent. Conséquemment, selon quatre participantes, il faut apprendre à connaître le patient puisqu'il a son histoire et son vécu. Elles font ressortir que la personne n'est pas identique à une autre et qu'il faut donc s'adapter à chaque patient.

« Parce que ce n'est pas tout le monde qui est pareil.[...] Mais quand tu en as un, c'est important de vraiment aller selon ses besoins à lui. » Patricia (3)

Dans leur description de la personne, plusieurs participantes (n=5) reconnaissent les capacités de prendre soin de soi du patient. Ceci est cohérent avec leur définition de la santé décrite ci-haut. Ainsi, Sylvie (1) et Jannick (1) décrivent que le patient doit « s'aider » et participer à ses soins.

« [Le patient] C'est une aide pour lui-même, tout dépendant mettons [...] Parce que tu peux l'aider, mais c'est lui qui faut qui fasse, genre dans un sens, le gros de la job là [...] Je dirais qu'il est quasiment comme l'infirmier de lui-même. » Sylvie (1)

Aussi, selon Léa (1), la personne vit une expérience d'hospitalisation et c'est en fait ce qui fait d'elle un patient. En effet, le patient est vu par Léa (1), Jannick (1) et Diane (5) comme ayant une raison d'être à l'hôpital et un besoin d'aide. Selon Elisabeth (5) et Jeanne (3) le patient vit donc une situation angoissante ou un malaise. Dans le même sens, Céline (5) dit que le patient traverse une étape difficile de sa vie.

« Chaque personne qui est là vit un moment probablement un des moments les plus angoissants de sa vie. Parce que se faire hospitaliser c'est jamais le fun. » Elisabeth (1)

De plus, Léa (1) souligne que le patient est la motivation et la priorité de l'infirmière. Selon Blanche (5), il est au « *centre des soins* ». Mais encore plus, des

participantes (n=7) disent s'attacher émotionnellement au patient. En effet, quelques unes (n=4) mentionnent leur appréciation et leur attachement à leur patient. De plus, d'autres (n=5) utilisent des pronoms possessifs lorsqu'elles parlent de leur patient : par exemple « mon » patient. Diane (5) va même jusqu'à dire qu'un patient était son préféré et qu'elle s'était investie émotionnellement « *un peu comme une mère* ». Aussi, Blanche (5) décrit qu'elle se souvient toujours de ses patients et, qu'entre autres, elle aimait beaucoup une dame qu'elle a soignée.

« Mais j'avais beaucoup aimé cette madame-là. Elle était vraiment attachante, elle était adorable [...] Mais on s'attache vite à notre patient, en fait [...] On dirait qu'on s'en souvient toujours. » Blanche (5)

Seulement, pour Patricia (3), la famille fait partie de la définition de ce qu'est la personne. En effet, Patricia (3) décrit la personne et la famille comme un tout.

« [La personne] C'est vraiment le patient. Mais, si comme dans une certaine situation, comme dans celle-là, la famille est vraiment proche. Ça peut devenir la famille aussi qui devient vraiment la personne. Et sur qui je vais focaliser mes soins, ça ne sera pas juste sur le patient, mais ça va être aussi sur la famille. » Patricia (3)

Dans leurs descriptions de situations de stage, les participantes décrivent le patient physiquement, mentalement et socialement. Premièrement, lorsque les participantes (n=8) décrivent la dimension physique du patient, elles nomment surtout son ou ses diagnostics et décrivent son état de santé en début de description de situation de soin. Pour Léa (1) et Jeanne (3), les diagnostics des patients sont des occasions d'apprentissage en stage.

« On a toutes des maladies différentes et des symptômes inconnus encore. [...] C'est ma motivation. Quand je vais en stage, je me lève le matin, je suis motivée parce que je me dis : je vais ouvrir le plan de traitement et j'ai hâte de voir qu'est-ce qu'elle a ma patiente aujourd'hui » Léa (1)

De plus, cinq participantes décrivent leur patient à l'aide de leurs capacités et niveaux d'autonomie. Ainsi, lorsqu'elles parlent du patient, elles mentionnent ce qu'il est en mesure de faire.

*« Elle était dans une situation quand même assez précaire parce que ses soins de bases, elle avait de la difficulté parce que juste pour elle d'aller se laver, manger »
Fatima (5)*

L'âge est aussi un élément qui revient souvent dans la description des patients de sept des participantes. Il n'est que mentionné ou comparé à l'âge de la participante. Ainsi, Fatima (5) décrit la grande différence d'âge entre elle et son patient et semble être inconfortable dans cette situation.

« Je la trouvais, dans un âge avancé, parce que là, je me dis, elle a quand même trois fois mon âge. Je ne sais pas trop quoi, peut-être soixante-dix ans. » Fatima (5)

Du côté mental, les participantes décrivent leurs patients cognitivement et émotionnellement. Des participantes (n=6) décrivent des patients qui présentent des déficits cognitifs, par exemple des troubles de mémoire ou de compréhension et de la confusion aiguë ou chronique. Leurs symptômes cognitifs sont aussi décrits de façon exhaustive.

« Je le sentais vulnérable. Je voyais qu'il avait besoin d'aide parce qu'il ne comprenait pas. Oui, c'est de la confusion. Même si je lui explique, il va être confus quand même [...] Parce que, il était comme, il ne comprenait pas. Ça le stressait de ne pas savoir il était où. "Je veux m'en aller chez nous" et tout ça [...] Il me racontait des histoires même si ça voulait, ça n'avait pas de sens. » Patricia (3)

Au niveau émotif, les patients sont décrits comme enjoués, motivés, heureux et ouverts au soin par certaines participantes (n=4). Alors que d'autres (n=4) décrivent les émotions de leur patient comme seuls, tendus ou anxieux et fermés.

« La personne était un peu inquiète parce que c'est sûr que c'est pas quelque chose d'agréable à faire, c'est pas une intervention agréable [...] C'est quelqu'un de très coopératif et de très enjoué, donc c'est sûr que ça allège la tâche. » Jeanne (3)

« [La personne] je le décrirais comme quelqu'un de, je l'ai dit tantôt anxieux, nécessairement. » Céline (5)

Finalement, du côté social, le patient est décrit par plusieurs participantes (n=5) comme possédant une culture, des croyances, une langue ou un vécu. Sylvie (1) s'y réfère comme principale identité du patient : « *Je vais te parler d'une Italienne* » (Sylvie,1). Fatima (5), Élisabeth (5) et Céline (5), quant à elles, considèrent ces caractéristiques sociales afin d'adapter leur soin :

« *Chaque patient est une personne, elle a son histoire, sa culture, ses croyances, ses trucs comme ça donc. Il faut, comme je dis, c'est une personne à part entière, ce qui amène à agir d'une telle manière avec une autre ça va être différent* » Fatima (5)

De même, le statut social comme être aux études ou être itinérant a été abordé par deux participantes. Karmen (3) décrit son patient à l'aide de son itinérance. C'est la première chose qu'elle mentionne à son sujet, avec quelques idées préconçues :

« *J'ai été en contact avec des itinérants. Ça, c'est quelque chose qui vient beaucoup me toucher parce que je trouve ça plate de voir du monde dans la rue, sincèrement. J'aimerais ça pouvoir les aider, mais des fois tu peux pas vraiment. En plus cet itinérant-là, il était sous curatelle que ça s'appelle. Il recevait comme 2600\$ par mois [...] Comme itinérant ce n'est souvent pas tout le temps joyeux. Il n'y a pas grand-chose d'heureux dans sa vie là* » Karmen (3)

Ainsi, le patient est perçu par les participantes comme une personne ayant des caractéristiques physique, mentale et sociale vivant une expérience d'hospitalisation et ayant les capacités à prendre soin de lui-même. Finalement, il est la cible des soins infirmiers et la motivation des soins.

Liens entre les concepts

Bien que ce ne soit pas toujours de façon explicite, les participantes font des liens entre les concepts de soin, personne, environnement et santé. Premièrement, quelques

liens sont décrits entre le concept de soin et celui de personne. Par exemple, pour quatre participantes (n=4), la personne sera ouverte ou fermée à ses soins en fonction de la relation de confiance qui aura été créée et qui est décrite comme une ouverture aux soins.

Ceci facilite l'exécution des « soins » autant pour le patient que pour ces participantes.

« Parce que c'est avec la confiance que tu vas pouvoir faire toutes tes techniques. Le patient va pouvoir te faire confiance. Genre, quand tu vas lui nettoyer sa plaie, quand tu vas lui installer une sonde, il va te faire confiance et il ne sera pas stressé. » (Karmen, 3)

De plus, des participantes (n=4) soulignent que les soins doivent être adaptés en fonction des besoins et du vécu du patient. En effet, pour Patricia (3), les connaissances apprises en classe doivent être adaptées aux patients rencontrés en stage.

« On apprend tellement à l'école, comme les façons de faire identiques à pour n'importe quel patient x mais quand tu en as un, c'est important de, de vraiment aller selon ses besoins à lui. » Patricia (3)

Deuxièmement, quelques liens sont décrits entre soin et environnement. Deux participantes affirment que l'environnement influence les soins administrés par l'infirmière. En effet, des participantes (n=5) décrivent que l'environnement peut être propice ou non aux soins administrés qui consistent en une technique de soin, un enseignement ou une relation d'aide. Par exemple : lors d'un soin, Jeanne (3) dit ressentir une envie de s'évanouir vu la chaleur dans la chambre du patient en technique d'isolement de contact. Aussi, pour Karmen (3), l'environnement doit être propice à l'enseignement :

« L'environnement était quand même propice parce qu'il était seul avec moi [...] On était dans le petit salon, on était pas mettons dans sa chambre. Peut-être que dans sa chambre, ça aurait mieux été, peut-être qu'il aurait focussé sur moi » Karmen (3)

Aussi, Sylvie (1) et Élisabeth (5) décrivent qu'une partie du rôle de l'infirmière est d'améliorer l'environnement. Léa (1) ajoute que l'infirmière doit éviter d'influencer négativement l'environnement, par exemple en le rendant plus stressant.

« L'idéal, c'est un environnement chaleureux. Ça peut-être créé sans nécessairement, ça peut être créé par le personnel aussi [...] Si le personnel est capable de rajouter quelque chose à l'environnement de rendre ça un petit peu plus agréable. » Élisabeth (5)

Selon toutes les participantes (n=11), l'environnement hospitalier a des effets néfastes sur la personne ou sur sa santé. En effet, elles décrivent un environnement qui est non reposant, inconfortable, démoralisant et anxiogène pour la personne. Ultimement, selon quelques participantes (n=3), l'environnement peut entraîner une détérioration de l'état de santé du patient.

« L'environnement qui l'entoure, on dirait que ça fait encore plus chuter son état. Que ça la démotive. Ça l'engendre d'autres choses. Comme mettons, la source de son admission que par exemple, la perte d'autonomie, mais là à force de rester dans le lit, elle développe une plaie de lit [...] Parce que l'environnement est vraiment [...] malsain pour cette patiente là en général. Parce que ça faisait juste comme encore plus descendre son état. » Léa (1)

Aussi, quelques participantes, Jannick (1) et Céline (5), décrivent que le soin est réalisé en vue d'obtenir la guérison du patient donc une meilleure santé. Par conséquent, selon ces participantes, l'infirmière doit aider à retrouver un état de santé optimal.

« On favorise la guérison, on fait tout le cheminement nécessaire pour que la personne soit apte à la fin, qu'elle puisse retourner chez elle. » Céline (5)

Finalement, des liens entre les concepts centraux sont donc dégagés des descriptions des participantes, principalement entre le soin et la personne. Pour poursuivre l'examen des liens entre les concepts et afin de conclure la réponse à la première question de recherche, des énoncés de la conception personnelle des participantes ont été créés à partir des *verbatim* des entrevues. Ces énoncés permettent de

présenter la compréhension de chacune des participantes des concepts centraux et des liens entre ces concepts. Ils ont été rédigés par l'étudiante-chercheuse et validés par la directrice de recherche à partir des idées centrales des participantes qui ont été relevées et mises en interaction dans une phrase. Cette phrase résume la conception personnelle de chacune des participantes tout en utilisant leurs termes et expressions. Dans le tableau 6, les énoncés de la conception personnelle des participantes sont présentés. Les énoncés font ressortir les nuances entre les conceptions de chacune des participantes. Les notions « physique » et « mental » ressortent dans plusieurs de ces énoncés que ce soit pour le concept de soin, santé, personne ou environnement. Finalement, ces énoncés peuvent être utiles pour comprendre l'évolution de la conception personnelle des participantes de première, troisième et cinquième session. C'est l'objet de la prochaine section, en réponse à la deuxième question de recherche.

Tableau 6. Énoncés des conceptions personnelles des participantes

Première session	
Léa	L'infirmière établit une relation interpersonnelle sans quoi le patient n'est pas « ouvert » aux autres soins, le tout permettant un bien-être physique et mental influencé par un environnement qui dépend de l'approche de l'équipe soignante.
Sylvie	L'infirmière aide physiquement et doit être « humaine » avec une personne qui a eu une malchance et qui doit s'aider elle-même vers une capacité d'accomplir ses activités sans souffrances mentales ou physiques et elle contribue à un meilleur environnement physique et familial pour cette personne.
Jannick	L'infirmière s'occupe du patient qui a besoin d'aide soit physiquement ou « <i>plus que ça</i> » selon ses besoins, en vue d'un équilibre émotionnel, physique et psychologique au maximum de ses capacités, et ce, dans un environnement multidisciplinaire qui influence le confort du patient.
Troisième session	
Jeanne	Dans un environnement « accessible » et avec le matériel à proximité, l'infirmière établit un lien de confiance et professionnel avec une personne qui a besoin d'aide, afin qu'elle accomplisse les techniques de soin, en vue de sa guérison et du retour à la maison avec de saines habitudes de vie.
Patricia	L'infirmière prodigue des « soins physiques et psychologiques » adaptés aux besoins de la personne et sa famille afin que la personne « se sente bien » mentalement et physiquement dans un environnement qui lui est « personnel » et dépendant de son « ouverture » au personnel soignant.
Karmen	L'infirmière établit un lien de confiance avec le patient pour accomplir les autres soins, tels que les techniques et l'enseignement, afin que le patient ayant besoin d'écoute ait un bon moral et « prenne soin » de sa maladie dans un environnement l'influençant lui-même, sa santé et les soins lui étant apportés.
Cinquième session	
Élisabeth	Dans un environnement multidisciplinaire où le soutien familial est essentiel, l'infirmière accompagne la personne qui possède un vécu, des croyances et des besoins uniques, dans son quotidien en vue de son bien-être et son autonomie.
Fatima	L'infirmière prodigue des soins dans une relation aidante et de soutien avec une personne unique possédant sa culture et son histoire en vue d'obtenir un équilibre de santé physique, mentale et environnementale; l'environnement est social, familial, financier et physique.
Diane	En l'absence de « maux physiques ou psychologiques invalidants », le patient est en santé, autrement le patient a « besoin d'aide » psychologique, physique ou les deux, l'infirmière doit donc prodiguer de l'enseignement, des soins et établir une relation d'aide dans un environnement sécuritaire, mais qui l'isole socialement.
Blanche	L'infirmière avec l'aide de la famille et d'un environnement physique adapté communique avec le patient afin de le connaître et le comprendre pour qu'il atteigne un état de santé optimal au niveau mental et physique.
Céline	Dans un environnement physique, humain et dans lequel le patient doit se sentir bien, l'infirmière accompagne ce dernier, en considérant son bagage et son vécu vers une guérison et un retour à la maison.

Évolution de la conception personnelle des participantes

Dans cette section, la deuxième question de recherche est répondue : « Quelle est l'évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière d'étudiants durant leur formation collégiale en soins infirmiers de trois ans? ». L'évolution de la conception personnelle des participantes est observée à partir de deux points de vue. Premièrement, les participantes ont été amenées à décrire leur évolution de leur façon de voir la pratique infirmière, quelle que soit la session d'études. Les participantes de première session se sont donc référées à leur conception antérieure au programme pour parler de l'évolution de leur conception personnelle. Deuxièmement, notre analyse nous a permis de dégager la compréhension de chacune des participantes des concepts centraux et des liens entre ces concepts et de les comparer, selon les sessions d'études.

Évolution de la conception personnelle décrite par les participantes

Les participantes ont fait ressortir plusieurs points sur l'évolution de leur conception personnelle que nous regrouperons ainsi : le rôle et les responsabilités de l'infirmière, l'importance de la relation d'aide et de l'enseignement au patient et la place des techniques de soin.

Rôle et responsabilités de l'infirmière

Premièrement, cinq participantes décrivent des changements et des va-et-vient dans leur façon de voir le rôle et les responsabilités de l'infirmière. Par exemple, une participante de première session, Jannick (1), partage ce qu'elle apprend sur la profession : le pouvoir et les responsabilités de l'infirmière la surprennent. En effet, elle ne pensait pas que l'infirmière avait un rôle « clé » auprès des patients. Elle décrit les infirmières comme des « mini super héros » qui viennent « tout rattacher ».

« Je pensais pas qu'on pouvait faire nous-mêmes des diagnostics infirmiers, on a plus de pouvoir que je pensais. On a beaucoup, beaucoup de responsabilités aussi là. [...] On a la vie, la santé des patients dans nos mains là. » Jannick (1)

À l'entrée dans la formation, Jeanne (3) aussi croyait que l'infirmière était une héroïne. Par contre, en avançant dans sa formation, elle dit se rendre compte que le rôle de l'infirmière est plus routinier que ce qu'elle croyait. Maintenant en troisième session, elle dit être retournée à sa conception du départ : l'infirmière est le bras droit du médecin et le patient dépend d'elle.

De son côté, Céline (5) dit qu'en première session, elle se fiait aux idées préconçues des gens de son entourage : c'est un travail de femmes ingrat qui implique une grande charge de travail. Au fil de la formation, elle dit prendre confiance et apprendre beaucoup. Ce n'est qu'en cinquième session que Céline (5) arrive à concevoir l'importance du rôle d'évaluation de l'état de santé de l'infirmière.

« Au fur et à mesure, plus ça avance, plus je vois que j'ai un grand rôle d'évaluation, un grand rôle de support émotif [...] Poser des solutés, donner des pilules, faire des injections. [...] Je m'attendais à piquer du monde. » Céline (5)

Si Céline (5) a élargi sa conception du soin, ce n'est pas le cas pour Diane (5). Cette dernière décrit sa déception quant au rôle de l'infirmière. En effet, elle croyait que celui-ci avait beaucoup plus d'autonomie et de responsabilités que ce qu'elle observe dans les milieux hospitaliers.

« Ça m'a vraiment déçue, [...] mais, même si tu n'es pas d'accord bien tant pis, pour toi. Je m'attendais à avoir plus d'importance dans les décisions par rapport aux patients. » Diane (5)

Dans le même ordre d'idée, la conception que Blanche (5) a du soin semble incompatible avec le manque de temps lorsque l'infirmière a plusieurs patients. C'est une

préoccupation importante pour cette participante qui a l'impression d'être trop débordée pour aider adéquatement ses patients.

« J'ai l'impression d'être débordée, j'ai pas l'impression de toujours pouvoir l'aider [...] J'ai remis en question si je voulais vraiment être infirmière. » Blanche (5)

De plus, Blanche (5) et Élisabeth (5) disent avoir été surprises par le temps consacré à la documentation des soins. Elisabeth (5) mentionne par contre qu'elle en voit maintenant l'importance pour le suivi des patients.

Relation avec le patient

Quelques participantes décrivent aussi un changement dans leur façon de voir l'établissement de la relation avec le patient. Par exemple, Léa (1) dit avoir été surprise par le temps pris pour créer une relation avec le patient. Maintenant, elle entrevoit la possibilité d'établir une relation avec chacun de ses patients malgré une grande charge de travail.

« J'avais vraiment comme aucune idée de l'importance d'une relation. [...] On prend vraiment plus de temps que les gens pensent pour créer cette relation-là. Ça l'a évolué parce qu'au début, je ne pensais vraiment pas que c'était comme ça. » Léa (1)

Du côté de Céline (5) et Fatima (5), ce n'est qu'en cinquième session qu'elles s'aperçoivent de l'importance de la relation d'aide et du soutien au patient. Elles décrivent voir maintenant la grande portée du soutien du patient par l'infirmière.

Enseignement au patient

Ce n'est qu'à la fin de la deuxième année que Diane (5) et Blanche (5) disent entrevoir la dimension de l'enseignement au patient à la fin de la deuxième année dans le cadre de soins en périnatalité. Diane (5) est surprise de l'importance que l'enseignement prend

dans les soins en périnatalité. Blanche (5) est heureuse de la place donnée à l'enseignement; cela semble être cohérent avec sa conception personnelle du soin.

« En quatrième session, j'avais eu la périnatalité et là, je voyais l'enseignement et qu'on pouvait être avec le patient, j'ai fait : "Ah! Finalement peut-être que ça dépend ce que je choisis." » Blanche (5)

Place des techniques dans le soin

Deux participantes de troisième session décrivent des changements très opposés sur la place des techniques dans le soin. Avant la troisième session, Karmen (3) dit qu'elle ne voyait que les techniques de soin et que maintenant, elle souligne davantage l'importance du jugement clinique. Par contre, Patricia (3) décrit que ce n'est qu'à partir de la troisième session, que le soin devient plus concret avec l'apprentissage de plusieurs techniques. Bref, pour Patricia (3), les techniques de soins semblent prendre de l'importance au fil de la formation alors que pour Karmen (3), c'est l'inverse.

« Moi les deux premières sessions, j'ai vraiment moins tripé. Moi, c'est vraiment en troisième session, qui a faite comme : ok là, ça devient plus vrai. On donne plus de médicaments, on fait des injections, c'est plus concret. » Patricia (3)

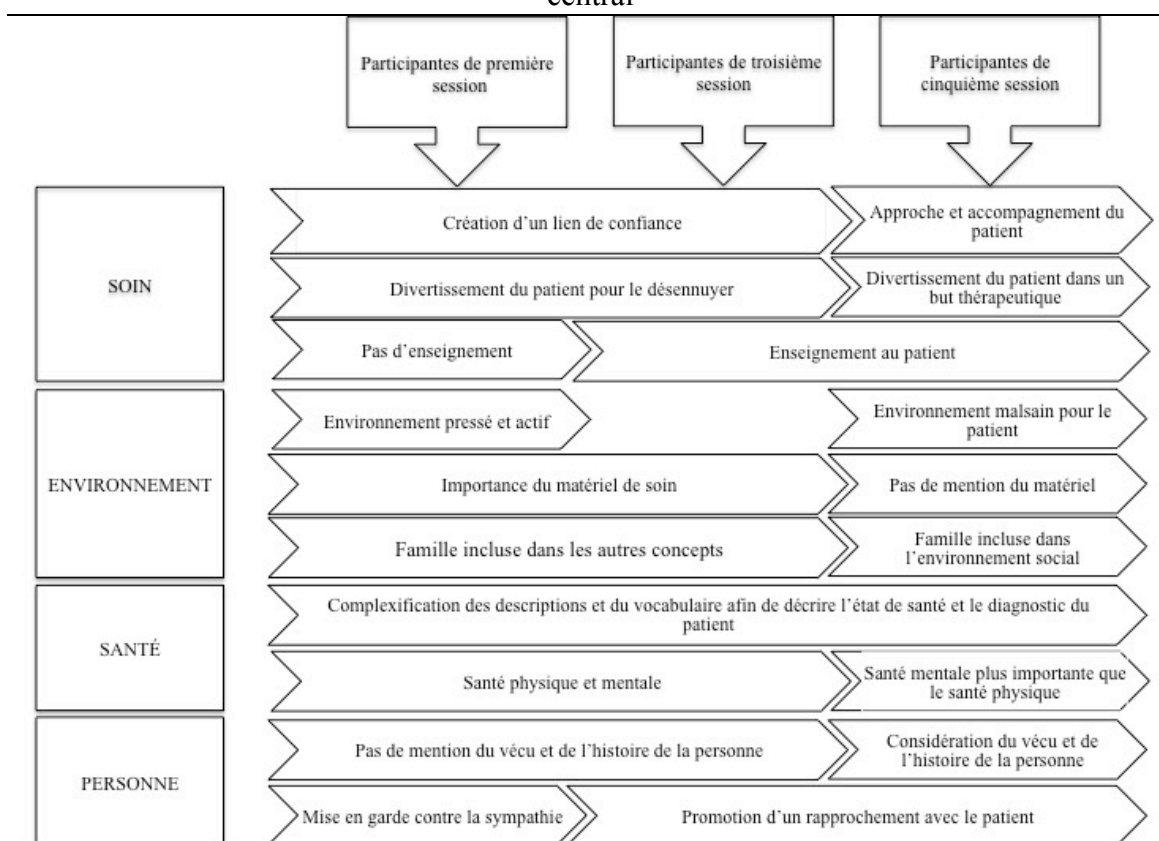
« En première session et en deuxième session, on est plus : les techniques, on les fait selon ce qu'on connaît. Tandis qu'en deuxième année, on va voir c'est quoi ses problèmes et là, on va vraiment établir le problème principal [...] Je trouve que mon jugement clinique, s'est vraiment amélioré. » Karmen (3)

Ainsi, bien que les participantes mentionnent plusieurs idées différentes quant à l'évolution de leur façon de voir la pratique infirmière, elles s'attardent surtout à leurs perceptions du rôle de l'infirmière, à l'importance de la relation avec le patient et de l'enseignement, de même qu'à la place des techniques dans le soin.

Évolution de la compréhension des participantes des concepts centraux et de leurs liens

En comparant les conceptions personnelles des participantes résumées au Tableau 6 et classées par session, quelques différences peuvent être remarquées. En effet, les priorités et les termes utilisés pour décrire les concepts centraux sont différents en fonction de la session de formation. L'évolution de la compréhension des participantes de chaque concept central est illustrée dans la figure I.

Figure I. Évolution de la compréhension des participantes de chaque concept central



Soin

Plusieurs participantes (n=5/6) de première session et de troisième session soutiennent l'importance d'être présente et d'établir une relation de confiance entre l'infirmière et le patient. Cet aspect n'est abordé que par une participante (n=1/5) de cinquième session.

Cela dit, les participantes de cinquième session ne portent pas moins d'importance au soin « humain ». En effet, l'approche et l'accompagnement du patient dans la maladie sont des termes qui apparaissent dans le discours de quatre participantes (n=4/5) de cinquième session. Il semblerait qu'en première et troisième sessions, le soin « humain » est plutôt décrit comme étant de parler afin de bâtir une confiance mutuelle avec le patient. En comparaison avec les participantes des sessions antérieures, on remarque une complexification dans les descriptions des participantes de cinquième session de leur relation avec le patient et de leur accompagnement.

« Moi, je pense que justement parler avec la personne et la relation d'aide, c'est vraiment une de mes priorités [...] J'aime beaucoup parler avec mes patients et ça me rend triste quand mes patients sont un peu comme détachés de moi. Ils veulent pas trop parler, j'essaie de faire des questions simples, de peut-être les rassurer, de les mettre en confiance avec moi. Mais des fois, c'est sûr ça marche pas tout le temps. » Karmen (3)

« Faire en sorte que le patient se sente mieux, qu'il réussisse à mettre un doigt sur une émotion, qu'on puisse en discuter. Qu'il puisse pas souffrir, atténuer un peu les symptômes comme l'insomnie qui viennent avec l'anxiété que lui vivait [...] pour qu'il puisse mieux gérer ses sentiments et ses émotions. » Céline (5)

Aussi, des participantes (n=3/6) de première et de troisième sessions parlent de divertir le patient pour le désennuyer, alors qu'en cinquième session, deux participantes (n=2/5) mentionnent divertir le patient mais pas pour l'amuser. Ces participantes mentionnent un but plutôt thérapeutique, par exemple pour éviter l'errance ou la confusion d'un patient comme Blanche (5) le décrit :

« De toujours la stimuler, parce que sinon, elle avait tendance, elle était un peu perdue en fait. Des fois, nous on mettait la télévision [...] pour qu'elle soit divertie [...] c'était beaucoup justement, une présence qui fallait qu'on ait. Elle faisait beaucoup d'errance donc on marchait avec elle souvent. » Blanche (5)

Puis, l'enseignement au patient n'est décrit par les participantes qu'à partir de la troisième session. En effet, les participantes de première session ne le mentionnent pas,

sauf Jannick (1) qui dit que l'infirmière doit faire de l'enseignement, sans pour autant le décrire ni donner d'exemples. Dans le *verbatim* des participantes des autres sessions, l'enseignement est décrit par plusieurs participantes (n=6/8) de façon précise à l'aide d'exemples concrets appris ou vécus en stage.

« On va aussi beaucoup donner de l'enseignement, on va beaucoup conseiller, enseigner les soins. » Jannick (1)

« Elle doit partir de l'hôpital donc faire de l'enseignement sur tel soin qu'elle doit faire à la maison [...] Assurer un bon départ aussi qu'on a tu répondu à ses questions, faire l'enseignement sur les médicaments. » Fatima (5)

Environnement

En ce qui a trait à l'environnement, toutes les participantes de première session (n=3) parlent davantage d'un environnement pressé et actif, parlant généralement de l'unité de soin et à partir sans doute de leur propre expérience. Par contre, toutes les participantes de cinquième session (n=5) décrivent l'environnement physique de la chambre du patient en lien avec ce dernier, et ce, assez négativement.

« Tu t'aperçois que c'est pas si relax, mais quand t'es dans les corridors tu t'aperçois que ouf! C'est, je n'aimerais pas ça dormir là sincèrement. Je n'aimerais vraiment pas ça [...] Je trouve ça un peu intense [...] C'est un peu trop de mouvement mettons. » Sylvie (1)

« L'environnement physique, une chambre ordinaire, deux lits dans la chambre. Plutôt sombre. Ça l'air quand même froid comme ambiance avec de la peinture qui date longtemps ! Puis, c'était l'hiver donc dehors, la neige et compagnie [...] Ça faisait un environnement un peu plus humain, si on veut. Parce que sinon, un lit avec des manivelles, c'est pas la chose la plus réconfortante qu'on pense. » Céline (5)

L'importance du matériel adéquat n'est décrite que par les participantes Sylvie (1) et Jannick (1) en première session et Jeanne (3) en troisième session. Cet aspect n'est aucunement abordé par les participantes de cinquième session.

De plus, la famille est incluse dans l'environnement par les participantes surtout à partir de la cinquième session. En effet, seulement deux participantes de première et troisième sessions incluent la famille dans ce concept alors que toutes les participantes de cinquième session parlent de la famille dans l'environnement du patient.

Santé. La santé est décrite de façon semblable par les participantes des diverses sessions. Par contre, dans les descriptions de l'état de santé et des diagnostics des patients, on peut remarquer une évolution du niveau de langue scientifique, mais surtout de la complexité des exemples utilisés par les participantes des sessions plus avancées.

« La santé c'était vraiment entre la vie et la mort là. C'était vraiment primordiale et c'était vraiment pour sauver quelqu'un. » Léa (1)

« Pas en délirium, mais il était confus. » Patricia (3)

« Il y avait un patient que j'avais qui faisait une psychose induite par la drogue. À chaque fois qu'il avait un congé, il consommait et il ne revenait pas ou il revenait intoxiqué là. J'avais fait de l'enseignement sur le lien de drogues et psychose.» Diane (5)

Aussi, toutes les participantes mentionnent une santé qui est à la fois physique et mentale. Par contre, à partir de la cinquième session, les participantes mettent toutes plus d'accent sur la santé mentale dans leurs descriptions de la santé; c'est l'aspect le plus abordé ces dernières. De plus, Diane (5), Fatima (5) et Blanche (5) disent que c'est l'aspect le plus important dans la santé.

Personne

Enfin, pour le concept de personne, trois des participantes (n=3/5) de cinquième session disent considérer le vécu, l'histoire et le bagage du patient alors que les participantes des autres sessions ne le mentionnent pas.

De plus, en cinquième session, deux participantes parlent d'un rapprochement avec le patient alors que Sylvie (1) en première session met en garde contre la sympathie.

« Tu te mets un peu dans sa peau. Pas trop là, parce qu'on s'entend que quelqu'un en phase terminale. Il ne faut pas trop que tu sois dans peau. Justement, faut pas que la sympathie, ça embarque, parce qu'un moment donné tu peux plus aider quelqu'un si tu te mets trop à sa place. » Sylvie (1)

Par contre, Patricia (3) dit avoir été marquée par un patient alors que Blanche (5) et Diane (5) mentionnent s'être attachées au patient. Diane (5) utilise l'expression « *se sentir comme sa mère* » sans craindre l'engagement émotif.

« C'est une patiente qui m'a vraiment marquée. » Patricia (3)

« Je me suis comme investie émotionnellement, un peu. Je le considérais quasiment comme mon bébé là. Mais il était bien cute. » Diane (5)

Bref, les participantes semblent évoluer dans leur façon de voir les concepts clés à travers leur formation. Dans l'ensemble, il semble y avoir une plus grande complexité dans leur compréhension de la pratique infirmière par exemple dans leur compréhension de la relation avec le patient ou dans leurs descriptions de la santé.

Facteurs influençant la conception personnelle des participantes

Les participantes attribuent les changements dans leur conception personnelle à plusieurs facteurs. Elles décrivent des facteurs reliés à la formation et à leur vie personnelle et professionnelle. Ceux-ci sont présentés dans le tableau 7.

Tableau 7. Facteurs de changement de la conception personnelle des participantes

Facteurs reliés à la formation	- Stages - Enseignants - Cours de la formation - Sessions - Soins en périnatalité, psychiatrie, médecine, chirurgie
Facteurs personnels	- Infirmière membre de la famille - Expérience de vie personnelle - Confiance en soi
Facteurs professionnels	- Expérience en tant que préposée aux bénéficiaires

Facteurs reliés à la formation

D'abord, la majorité des participantes (n= 10) attribuent les changements dans leur conception personnelle aux stages. De plus, elles soulignent la différence entre la théorie et la pratique. Par exemple, même si elles apprennent en théorie comment communiquer avec un patient allophone ou avec un déficit cognitif, tant qu'elles ne l'ont pas expérimenté, elles n'ont pas une idée claire. Faire une technique de soin avec un vrai patient, telle qu'une prise de sang, est aussi un apprentissage différent que celui effectué en laboratoire de pratique.

« Ouais, vraiment les stages. Parce que même, on apprend les techniques oui, en labos, on pratique sur des faux bras. Mais tant que tu l'as pas fait, ce n'est pas pareil. Tant que tu l'as pas vraiment fait. Mais quand j'ai fait une ponction pour la première fois, j'étais comme «Ok, c'est ok!» Là, je comprenais que ça se passe [...] C'est vraiment les stages là-dedans [...] Oui, ça m'aidait à réaliser et à concrétiser. » Patricia (3)

Vivre une situation de soins pour la première fois, c'est marquant; par exemple, vivre la mort d'un patient pour Léa (1) ou vivre l'observation d'un accouchement difficile pour Elisabeth (5). D'ailleurs, quatre participantes (n=4) ont décrit des situations « marquantes » vécues en stage pour décrire leur conception personnelle.

« L'équipe, elle ne voulait pas que je sois là parce qu'ils disaient que ça allait être un peu désagréable de voir ça comme accouchement et que c'est la seule idée que j'ai de l'accouchement. J'ai dit à ma prof que je vais y aller quand même. Donc, je suis allée et ça été [...] perturbant. Les infirmières avaient un peu raison. Mais je suis contente de l'avoir vue. » Élisabeth (5)

Aussi, deux participantes ont dit observer les réactions de l'équipe soignante devant certaines situations de même que les relations entre les membres de l'équipe multidisciplinaire. Cela aide à forger leur conception infirmière.

« Voir sur les unités les relations entre les infirmières et les médecins, les infirmières entre elles et les infirmières avec les patients, les tâches et tout. C'est vraiment dans le milieu. » Diane (5)

De plus, le fait de changer de spécialité de soins de session en session semble apporter de nouveaux éléments sur lesquels construire sa conception personnelle. Ainsi, selon quatre participantes passer des soins en chirurgie à ceux en psychiatrie ou périnatalité amène des changements dans leur conception personnelle. Elles mentionnent surtout la découverte de l'importance de la relation d'aide et de l'enseignement suite à ces changements de spécialité.

« Exemple, si on est juste en médecine chirurgie et bang! On va en psychiatrie, bien là, ça va changer [...] Donc, c'est sûr que ça évolue, ça aide à changer, ta perception, c'est découvrir une autre facette du métier. » Fatima (5)

En plus des stages, d'autres facteurs reliés à la formation semblent influencer la conception personnelle des participantes. Selon plusieurs participantes (n=5), les cours de la formation collégiale en soins infirmiers apportent des connaissances qui modifient leur façon de voir la pratique au-delà des actes à poser. Ainsi, Karmen (3) décrit que c'est grâce aux méthodes pédagogiques telles que les schémas et les examens qu'elle a découvert l'importance d'évaluer pour décider des actes à poser.

« J'attribuerais surtout dans le fond, aux schémas qu'on fait. Parce que les schémas qu'on fait m'a vraiment aidée dans le fond, en première session

t'apprends le PQRSTU [...] Ça m'a vraiment aidée à savoir que c'est pas juste poser des actes, mais c'est aussi poser des questions pour pouvoir après ça savoir quel acte poser et je pense que c'est ça qui m'a aidée à changer mon opinion sur la pratique infirmière. » Karmen (3)

Aussi, les enseignants en soins infirmiers et en biologie influencent la façon de voir la pratique infirmière grâce aux questions qu'ils posent et aux liens que ces questions entraînent. En effet, selon deux participantes (n=2), les enseignants font évoluer leur conception personnelle avec leurs demandes, questionnements et exigences.

« Sincèrement, je pense que j'attribue ça surtout, mettons, à en biologie et aussi à ma prof de stage. Parce que vraiment ma prof de stage, elle nous fait vraiment comme faire des liens. Elle nous dit "Mais ça, ça l'entraîne quoi? Ok, mais ça, ça l'entraîne quoi?". C'est vraiment elle nous oblige à faire les liens. » Karmen (3)

Facteurs personnels et professionnels.

De plus, les participantes attribuent les changements dans leur conception personnelle à des facteurs personnels et professionnels. D'abord, certaines (n=3) décrivent que leur entourage leur a dépeint la profession infirmière. Céline (5) décrit qu'avant son entrée dans la formation, son entourage lui a dépeint la profession négativement; elle ne pensait donc pas aimer la profession. Par contre, la mère de Sylvie (1) n'a dépeint que les côtés positifs. Cette participante a donc été surprise de rencontrer certains aspects qui lui semblent avoir été évités par sa mère.

Pour d'autres (n=3), l'expérience de travailler comme préposées aux bénéficiaires leur a permis de prendre confiance. Ainsi, pour Céline (5), travailler dans le milieu lui a permis de mettre de côté de fausses perceptions et des craintes face aux bactéries ajoutant à son bagage professionnel.

« J'étais quelqu'un qui était un peu germophobe, j'avais peur un peu des microbes et tout ça. Après, j'ai travaillé comme préposée, un été au complet. Je me suis rendu compte que j'étais capable d'en prendre parce que j'en ai vu des affaires[...]

J'ai découvert que j'avais des compétences et je crois que je crois bien réussir là »
Céline (5)

Aussi, Sylvie (1) et Céline (5) mentionnent que l'expérience d'être hospitalisée soi-même ou de visiter un proche hospitalisé contribue à leur conception personnelle. Selon elles, cette expérience leur a permis d'observer l'équipe soignante dans les milieux.

Ces facteurs expliquent en partie, selon les participantes, l'évolution de leur conception personnelle durant le programme. Ainsi, autant dans leur parcours éducatif, professionnel que personnel, les participantes identifient des facteurs qui influencent leur conception personnelle de la discipline infirmière.

En conclusion, les participantes ont décrit une conception personnelle qui leur est individuelle et singulière. Néanmoins, certaines ressemblances sont remarquées dans la compréhension des concepts centraux et ainsi il a été possible d'en dégager quelques idées prédominantes. En effet, le concept de soin est généralement perçu par les participantes comme un soin « humain » qui est préalable aux « soins » qu'administre l'infirmière. Elles décrivent que l'infirmière guide une personne unique, détenant des capacités et vivant une expérience d'hospitalisation afin qu'elle puisse accomplir ses activités de la vie quotidienne et prendre soin d'elle-même pour se maintenir en santé mentale et physique ; l'environnement hospitalier est généralement vu comme négatif, ne rejoignant pas les conditions idéales pour un environnement acceptable identifiées par les participantes.

L'analyse a permis d'identifier des différences dans la compréhension des concepts centraux et de leurs liens par les participants des différentes sessions permettant d'illustrer l'évolution de leur conception personnelle. Dans l'ensemble, les façons de décrire la pratique qu'ont les participantes deviennent plus complexes et reflètent un

vocabulaire plus spécifique. Autrement, les participantes attribuent surtout l'évolution de leur conception personnelle à leur expérience acquise en stages en milieux de soins mais aussi à des facteurs personnels et professionnels.

CHAPITRE V — DISCUSSION

Dans le chapitre précédent, les réponses aux questions de recherche issues de l'analyse des données ont été présentées. Ce chapitre présente une discussion des principaux résultats en soulignant l'apport spécifique de notre étude. Rappelons que nous n'avons recensé aucune étude qui examinait la conception personnelle infirmière d'étudiantes en soins infirmiers, ni aucune étude qui ne fait état de l'évolution de cette conception personnelle durant le programme de formation collégiale au Québec. Conséquemment, les résultats sont un apport au domaine de l'enseignement des soins infirmiers au Québec. Les résultats sont discutés et comparés à ceux des écrits recensés dans la littérature liés à certains éléments de conception personnelle des participantes et son évolution pendant le programme d'études. Aussi, la pertinence du cadre de référence et de la méthodologie utilisés pour cette recherche est discutée. Finalement, les implications pour la formation et la recherche sont présentées.

Conception personnelle infirmière des participantes

Plusieurs éléments de réponses à la première question de recherche : « Quelle est la conception personnelle infirmière d'étudiantes à chaque année de la formation collégiale en soins infirmiers? » permettent une meilleure compréhension et ajoutent aux connaissances en formation infirmière. Les réponses sont discutées et comparées à des études antérieures et des facteurs de changements de la conception personnelle des participantes.

D'abord, les participantes semblent créer une distinction entre les dimensions « physique » et « mentale » pour décrire les concepts de soin, de santé, d'environnement ou de personne. Similairement, Mackintosh (2006) rapporte que les étudiantes infirmières de son étude disent prendre soin du patient en trois sphères, soit :

physique, émotionnelle et spirituelle au lieu de deux dans notre étude. Younger (2011) met en garde contre cette distinction que font, selon l'auteure, les étudiantes, les infirmières et même les enseignantes. Elle explique que les enseignantes des programmes de formation infirmière ne soulignent pas suffisamment la relation entre le bien-être mental et physique autant dans les cours théoriques qu'en pratique. Elle justifie cet écart entre les deux concepts par la stigmatisation autour des problèmes de santé mentale. Dans son article, Younger (2011) soutient l'importance du lien entre le bien-être mental et physique. À l'instar de cette auteure et à partir des résultats de notre étude, nous soulignons l'importance de renforcer le lien entre ces deux concepts durant la formation infirmière.

Aussi, cette distinction dans la conception des participantes pourrait s'expliquer par le fait qu'elles n'ont pas encore été confrontées à des expériences mettant à l'épreuve cette conception (Glaserfeld, 2004). Les participantes ne considèrent pas la dimension mentale et le physique simultanément dans les situations qu'elles décrivent. Or, il semble impossible de dissocier le physique et le mental dans une situation de soin. Par contre, si les participantes n'ont pas rencontré une situation confrontant cette façon dualiste de voir chacun des concepts, alors leur conception personnelle n'a possiblement pas évolué vers une façon de voir plus holistique. Les participantes constateront peut-être seulement tardivement que les problèmes physiques sont aussi vécus émotionnellement. Il est possible que cette consolidation des sphères physique et mentale survienne plus tard dans leur formation ou à leur début en tant qu'infirmière. En effet, Safadi et al. (2011) décrivent que le côté holistique du soin est plus présent dans les réponses des étudiantes infirmières finissantes. De plus, les participantes de la présente étude ont décrit que la

formation et leur expérience de préposée aux bénéficiaires influent sur leur conception personnelle. Ainsi, il est probable que l'expérience prise à leur entrée dans la profession influencera aussi leur conception personnelle.

Soin

L'une des distinctions décrite par les participantes est celle entre les « soins » et le soin « humain ». D'abord, les descriptions des « soins » dispensés sont disparates mais reliées aux activités et aux tâches de l'infirmière : évaluation de la santé et « jugement infirmier », techniques de soin, soins de base, assurer le confort, caractère imprévisible des « soins » et enseignement au patient. Les participantes des études de Kapborg et Bertero (2003) et Karaoz (2005) identifient des activités similaires à celles décrites dans nos résultats pour exprimer leur façon de voir le concept de *caring*. Ce sont des éléments qu'aborde la formation et qui sont présents dans la réalité de la pratique infirmière. Ces éléments semblent donc bien cernés par les participantes et elles les incluent dans leur conception personnelle, probablement suite à leurs cours et stages dans les différents milieux de soins. Entre autres, elles mentionnent que l'enseignement au patient est un élément dont elles ont perçu l'importance pendant leurs stages de périnatalité et psychiatrie. Aussi, ces activités peuvent avoir été observées lors de leur expérience en tant que préposée aux bénéficiaires.

La dimension du soin « humain » ressort davantage que celle des « soins » dans les descriptions des participantes de notre étude. Par contre, les résultats de Pearcey (2007), Khademian et Vizehfar (2008) de même que Karaoz (2004) indiquent que pour des étudiantes, la composante « soins » serait plus importante que celle du soin « humain ». Par exemple, Khademian et Vizehfar (2008) décrivent que le plus important dans le soin pour les participantes à leur étude était le suivi et la surveillance clinique,

alors que la relation de confiance était en dernier rang. La différence entre nos résultats et ceux de cette étude réside possiblement dans la divergence de méthodologies. En effet, Khademian et Vizeshfar (2007) ont utilisé une méthode quantitative (n=90) et par réponse à un questionnaire écrit, contrairement à une méthode qualitative et par entrevue individuelle (n=11). Aussi, nos participantes semblent définir le soin « humain » de façon similaire aux descriptions du « bon soin » et du *caring* des participantes de Karaoz (2005) et Lundberg et Boonprasabhai (2001). En effet, tout comme nos participantes, les participantes à ces deux études incluent la communication et la compassion dans le « bon soin » ou le *caring*.

Un autre point qui mérite d'être souligné est qu'il semble irréaliste pour les participantes d'accomplir les deux types de soin en même temps. Elles perçoivent le soin « humain » comme extra aux « soins ». Aussi, les descriptions des participantes laissent entrevoir qu'elles associent le soin « humain » au fait d'avoir ou non du temps. De façon similaire, les participantes des études de McGarry, Aubeeluck, Simpson et Williams (2009), Bjorg et Bjorg (2013) et Pearcey (2010) décrivent que l'infirmière manque de temps pour être avec les patients, établir une relation avec celui-ci ou pour être *caring*. Pourtant, être « humain » en accomplissant un soin avec un patient prend-t-il vraiment plus de temps que d'accomplir le même soin mais en étant froid, distant et peu aidant émotionnellement ? Peut-on vraiment dissocié le soin « humain » des « soins » ? Quelques hypothèses sont possibles afin d'expliquer cette façon de voir le soin chez les participantes. D'abord, le discours des membres de la famille des participantes travaillant dans le milieu de la santé est peut-être centré sur le manque de temps comme le mentionne la participante, Sylvie (1). Ainsi, le discours des membres de la famille mais

possiblement aussi l'insistance des médias sur la pénurie infirmière (Desrosiers, 2008) ou même le discours des infirmières qu'elles rencontrent en stage pourraient donner l'impression aux participantes que le temps est insuffisant pour accomplir le soin « humain ».

On note aussi une influence des cours de la formation dans la façon de voir le soin des participantes. En effet, l'importance donnée à l'enseignement au patient par les participantes de troisième et cinquième sessions s'inscrit directement dans le rôle de l'infirmière tel que décrit par le modèle McGill (Gottlieb & Rowat, 1997) qui est appris par les participantes. En effet, selon ce modèle, l'infirmière crée un milieu propice à l'apprentissage de la santé du patient. Par contre, l'apprentissage décrit par le modèle McGill (Gottlieb & Rowat, 1997) est un concept plus large que l'enseignement décrit par nos participantes. Les participantes de notre étude décrivent des situations précises où l'enseignement est fourni par l'infirmière auprès du patient suite à un changement dans son état de santé. La promotion de la santé, point central du modèle McGill n'est donc abordée par nos participantes qu'à l'aide du concept de l'enseignement au patient. Dans le même sens, Eklund-Myrskog (2000) a étudié la compréhension de la science du *caring* par des étudiantes infirmières (n=60). L'étude de ce chercheur rejoint la nôtre sur un point: les deux démontrent une compréhension partielle d'une conception de la discipline infirmière enseignée. Il est possible que les participantes n'aient pas consolidé encore leurs apprentissages en lien avec la promotion de la santé et le modèle McGill. Ainsi, suite à des stages, une meilleure confiance en soi dans l'administration de soins en milieux différents (périnatalité, psychiatrie), les participantes pourraient avoir une

conception personnelle plus cohérente avec la conception de la discipline apprise, le modèle McGill.

En bref, la conception des participantes du concept de soin est similaire aux conceptions d'étudiantes rapportées dans la littérature existantes présentée ci-haut. Tout comme le souligne Debout (2008), la conception personnelle de nos participantes semble être construite, entre autres, avec leurs représentations initiales de la profession ainsi que leur formation. De plus, les participantes soulignent un manque de temps pour accomplir le soin « humain » plutôt que les « soins ». Ainsi, les enseignantes devront s'adapter afin de favoriser une vision davantage intégrée de ces deux concepts et de faciliter le soin « humain » sans nécessairement plus de temps auprès du patient. De plus, les participantes ont une conception personnelle cohérente avec la conception de la discipline apprise. Par contre, il demeure un besoin de la consolider davantage.

Environnement

La façon qu'ont les participantes de voir l'environnement en une dimension physique et une dimension sociale n'est pas surprenante. Cependant, elles décrivent l'environnement physique du patient, soit le milieu hospitalier comme étant malsain et parfois loin du milieu adapté et chaleureux de leurs idéaux. Il semble définitivement y avoir une incohérence entre leurs idéaux et la réalité qu'elles rencontrent dans leurs milieux de stage. Également, Spouse (2000) a identifié ce même type d'incohérence entre les préconceptions d'étudiantes et la réalité observée dans les milieux mais pour le concept de soin. La présence d'expériences de participantes qui décrit un environnement malsain pour le patient pourrait signifier une affirmation de leur conception personnelle. Vraisemblablement, elles démontrent le refus de répliquer cet environnement dans leur pratique infirmière future.

De plus, les participantes identifient un impact de l'environnement physique sur la personne et vice et versa. Par exemple, elles identifient des situations où l'environnement hospitalier nuit à l'état de santé du patient. Ainsi, il semble que grâce à leur formation, elles décrivent une interaction entre la personne et l'environnement, tout comme dans le modèle McGill (Gottlieb & Rowat, 1997). Or, les participantes ne semblent pas percevoir une possibilité d'intervenir sur l'environnement. Pourtant, le modèle McGill qu'elles apprennent durant leur formation y accorde beaucoup d'importance (Gottlieb & Rowat, 1997). Ainsi, il semble y avoir une certaine fatalité dans les descriptions des participantes. Vraisemblablement, ce sujet n'est peut-être pas suffisamment abordé par la formation infirmière collégiale. Il est possible que leurs expériences de stage, de préposées aux bénéficiaires ou lors d'hospitalisations n'aient pas démontré de possibilités d'interventions de l'infirmière sur l'environnement. Conséquemment, les participantes pourraient manquer d'exemples positifs à ce niveau.

Santé

En ce qui a trait au concept de santé, les participantes proposent que le patient doit prendre soin de soi et accomplir ses activités sans obstacles ni souffrance afin d'être en santé. Ceci peut être relié à la prémisse que la personne ou la famille détient la motivation à être en santé, décrite par le modèle McGill (Gottlieb & Rowat, 1997). Encore une fois, la formation semble avoir une influence importante sur leur conception personnelle. Le modèle McGill propose que la personne accomplisse des efforts pour relever un défi de santé, ce qui est nommé le *coping* (Gottlieb & Rowat, 1997). Ce que les participantes décrivent dans le prendre soin de soi peut être similaire au *coping* décrit dans le modèle McGill même si le vocabulaire est différent. En résumé, la définition des participantes de la santé se rapproche de celle du modèle de soin appris.

Personne

Dans leur description du concept de personne, les participantes décrivent que la personne a des capacités qui lui faut utiliser. Encore une fois, la conception personnelle des participantes semble avoir été influencée par la formation. Les cours, les stages et les enseignants peuvent avoir favorisé cette vision de la personne en démontrant des exemples de promotion de l'autonomie et de stratégies d'adaptations positives. Ceci demeure cohérent avec le modèle McGill entériné par les enseignants de l'établissement à l'étude. En effet, selon le modèle McGill la personne est vue comme active et capable de faire face à des situations problématiques (Gottlieb & Rowat, 1997). Rappelons qu'une participante a décrit que le patient est en quelque sorte « l'infirmier de lui-même » alors que Gottlieb et Rowat (Gottlieb & Rowat, 1997) décrivent le patient comme un « participant actif de ses soins » [traduction libre] (p.257).

De plus, des participantes décrivent leur rapprochement avec le patient; elles décrivent leur attachement ou être « marquée » par certains patients. Une participante va même jusqu'à dire qu'elle aimait sa patiente, cet amour peut être comparé à celui de l'amour inconditionnel décrit dans la conception de la discipline du *caring* de Watson (2008). Karaoz (2005) et Lundberg et Boonprasabhai (2001) décrivent que leurs participantes éprouvent de la compassion envers leur patient ainsi qu'un amour mutuel. Aussi, McGarry, Aubeeluck, Simpson et Williams (2009) décrivent le lien présent entre des étudiantes au baccalauréat (n=9) et leurs patients âgés. Ces chercheurs mentionnent, entre autres, un lien de qualité entre les deux parties et vont jusqu'à dire qu'il est perçu par leurs participantes comme un lien parent-enfant entre les étudiantes et leurs patients âgés. Conséquemment, les résultats de notre étude concernant l'attachement émotionnel entre les participantes et leurs patients vont dans le sens de ceux des recherches

antérieures. Par contre, il peut sembler contradictoire que les participantes soulignent le manque de temps pour accomplir un soin « humain » mais qu'elles soient néanmoins empreintes de compassion envers les patients. Il est donc possible qu'elles accomplissent le soin « humain » dans des situations où elles croyaient qu'il était absent.

En résumé, la conception personnelle des participantes se compare donc avec des résultats de plusieurs études antérieures et dépendent de nombreux facteurs dont celui de la formation. Les participantes s'appuient partiellement sur la conception de la discipline apprise en cours théorique, le modèle McGill, pour définir leur pratique. Soulignons aussi que les participantes décrivent des dimensions distinctes dans les concepts définis : physique et mental mais que la consolidation des deux aspects se fera probablement plus tard dans la formation ou leur entrée dans la profession. Finalement, les énoncés de la conception personnelle de chaque étudiante ont facilité la réponse à la première question de recherche mais aussi laissé entrevoir une certaine évolution au fil de la formation.

Évolution de la conception personnelle des participantes

En réponse à la deuxième question de recherche, cette étude va dans le même sens que les connaissances actuelles liées à certains éléments de l'évolution de la conception personnelle d'étudiantes en soins infirmiers. En effet, certaines recherches (Bolan & Grainger, 2012 ; Happel & Gaskin, 2012 ; Mackintosh, 2006 ; Safadi et al., 2011 ; R. Watson, 1999) identifient les apprentissages d'étudiantes infirmières durant leur programme de formation. Nous discuterons de l'évolution de la compréhension des participantes des concepts clés ainsi que des facteurs de changement de leur conception personnelle à la lumière des résultats de ces recherches.

Premièrement, l'évolution de la conception personnelle des participantes semble être cohérente avec le cursus de la formation collégiale (Appendice A). En effet, les participantes décrivent une clarification graduelle du rôle de l'infirmière et une découverte de l'importance de la relation d'aide et de l'enseignement au patient au fil de leur formation.

La clarification du rôle et des responsabilités de l'infirmière pour les participantes au fil de la formation est certainement un résultat attendu. Néanmoins, il est important de savoir en quel sens. Des participantes sont agréablement surprises, d'autres moins par ce qu'elles disent découvrir de la profession infirmière : la routine et « la paperasse », mais aussi les responsabilités et l'autonomie de l'infirmière. Seulement deux participantes de cinquième session décrivent être déçues du manque d'autonomie de l'infirmière ou du manque de temps à consacrer au patient. Deux études décrivent une perte d'idéalisme chez les étudiantes infirmières; celles de Mackintosh (2006) et R. Watson et al. (1999). Cependant, dans ces études, la perte d'idéalisme était présente dans la majorité des personnes qui composaient les échantillons. Dans notre étude, cela demeure une perception marginale chez deux des onze participantes (n=2). Par contre, le petit échantillon et la méthode transversale de notre étude invitent à la prudence dans l'interprétation de ce résultat. Une étude longitudinale avec un plus grand échantillon s'imposerait donc afin d'explorer cet aspect plus à fond.

Aussi, l'enseignement au patient et l'accompagnement du patient sont des éléments du soin que semblent intégrer les participantes en troisième ou cinquième session. D'abord, l'enseignement au patient n'est abordé que par les participantes de troisième et de cinquième session alors que dans le programme du cégep où a eu lieu

l'étude (Appendice A), les principes d'enseignement au patient sont plus particulièrement investis de la première session à la quatrième session. Or, il se peut que les participantes de première session n'aient pas encore intégré cet aspect dans leur conception personnelle du soin. Aussi, dans les soins infirmiers en périnatalité en quatrième session et de psychiatrie en cinquième session (Appendice A), l'enseignement au patient occupe une place de grande importance, ce qui peut expliquer qu'il est plus présent dans la conception personnelle des participantes plus avancée dans leur formation. Parallèlement, Safadi et al. (2011) décrivent que les perceptions d'étudiantes infirmières du soin deviennent graduellement cohérentes avec la conception avancée par le curriculum du programme de formation.

Aussi, les participantes décrivent davantage l'approche et l'accompagnement du patient en cinquième session que l'établissement du lien de confiance entre elles et le patient. Selon les mégacompetences du programme de soins infirmiers de leur établissement d'enseignement (Appendice A), les participantes sont encouragées à développer la compétence de communication aidante avec la personne et ses proches dès la première session jusqu'à la cinquième session. Ainsi, il semble y avoir une maturation et une évolution dans leur façon de voir cette communication. De plus, en cinquième session, il est possible qu'elles aient participé à des activités de formation en lien avec la compétence suivante du (MELS, 2007) : « Intervenir auprès de personnes requérant des soins infirmiers en santé mentale ». Similairement, Bolan et Grainger (2009) rapportent que les étudiantes plus avancées dans leur programme de formation décrivent davantage l'infirmière comme une personne ressource pour le patient et valorisent plus le temps passé au chevet du patient. Ainsi, tout comme le rapportent elles-mêmes les participantes

de notre étude, la conception personnelle évolue selon les cours, les stages et les soins dans les divers milieux de périnatalité et psychiatrie.

Parallèlement, la santé mentale devient plus importante aux yeux des participantes de cinquième session. L'explication demeure probablement la même que ci-haut, les participantes de cinquième session ont débuté leur formation et stages en santé mentale. De même, Happell et Gaskin (2012) décrivent qu'au fil de la formation de baccalauréat en sciences infirmières, les étudiantes développent davantage d'attitudes positives envers la santé mentale grâce à leur cours théoriques et aux stages en milieu clinique psychiatrique.

De plus, une complexification des descriptions et du vocabulaire utilisés pour décrire l'état de santé et le diagnostic de leur patient est présente chez les participantes au fil de leur formation. Ceci est sûrement dû aux apprentissages reliés aux activités de formation données pour développer les compétences reliées à la biologie (Appendice A) investis dans les trois premières sessions. En effet, les participantes attribuent les changements dans leur conception personnelle aux cours autant théoriques que pratiques, aux enseignants ainsi qu'aux méthodes pédagogiques. Il est possible que la confiance en soi accrue que rapportent nos participantes amène ces dernières à utiliser davantage le vocabulaire scientifique.

En ce qui concerne l'environnement, des perceptions d'un environnement malsain pour le patient sont notées principalement par les participantes de cinquième session. Les participantes de cinquième session ont une plus grande exposition au milieu hospitalier lors des stages que leurs collègues des sessions antérieures. De plus, la majorité des participantes de cinquième session travaillent dans le domaine de la santé comme

préposées aux bénéficiaires. Rappelons que les participantes identifient l'expérience de préposées aux bénéficiaires comme facteurs de changement de leur conception personnelle. Observer les impacts négatifs de l'environnement physique hospitalier sur le patient pourrait être une façon qu'ont les participantes d'affirmer leur conception personnelle. Elle démontrait ainsi, une certaine lucidité en observant ces situations et en affirmant que cela n'est pas idéal à leurs yeux. Donc, elles ont probablement une plus grande confiance en soi que les premières sessions et ainsi affirme davantage leur désaccord avec ce qu'elles observent dans leurs milieux de stage. Aussi, il serait possible de penser que les participantes de cinquième session sont plus sensibles aux impacts de l'environnement sur le patient parce qu'elles sont conscientes de l'importance de celui-ci dans la promotion de la santé du patient. Néanmoins, il serait nécessaire d'investiguer davantage sur ce point dans le futur.

L'importance du matériel de soin pour les participantes de première et troisième session disparaît chez les participantes de cinquième session. Il est plausible que l'importance du matériel de soin soit une insécurité présente chez les participantes ayant moins confiance en elles, puisque la confiance en soi est un facteur de changement de la conception personnelle identifié par les participantes.

Les participantes associent majoritairement la famille aux concepts de soin, santé et personne. La famille semble incluse dans l'environnement social chez seulement les participantes de cinquième session. Conséquemment, elles semblent avoir une vision plus entière de l'environnement du patient. Malgré tout, l'accent demeure sur l'environnement physique du patient.

Finalement, malgré un petit nombre de participantes, il est possible d'observer une certaine évolution dans la conception personnelle des participantes. Ainsi, on observe des changements cohérents avec le cursus du programme de formation des participantes mais aussi influencés par les autres facteurs de changements identifiés par les participantes.

Cadre de référence et méthode

Cette recherche a été guidée par un cadre de référence composé du constructivisme nommé radical par (Glaserfeld, 2004) ainsi que du centre d'intérêt de la discipline infirmière décrit par Pepin et al. (2010). À notre connaissance, ce cadre théorique n'a jamais été utilisé dans une recherche similaire. Un élément du constructivisme radical décrit par von Glasersfeld (2004) est clairement présent dans notre étude, soit la nature expérientielle de la connaissance. Rappelons que von Glasersfeld (2004) décrit que l'apprenant construit sa conception personnelle à partir de ses expériences vécues. Ceci a été utile afin de créer le guide d'entrevue autour des situations vécues en stage. Ainsi, notre étude a permis aux participantes de décrire plusieurs facteurs influençant leur conception personnelle surtout reliés à l'expérience : les cours, les stages, les soins dans différentes spécialités, le travail de préposée aux bénéficiaires, être hospitalisée soi-même ou visiter un proche hospitalisé. Sous l'appui du constructivisme radical (Glaserfeld, 2004), ces expériences ont permis aux participantes de rencontrer une réalité différente de leur conception personnelle préexistante et c'est ce qui les a aidées à modeler leur conception personnelle infirmière actuelle.

Par contre, il est important de souligner le nombre important d'expériences négatives vécues par les participantes afin de décrire chacun des concepts. En effet,

l'étudiante-chercheuse ne s'attendait pas d'observer autant d'écart entre les expériences vécues en stage et leurs idéaux. En effet, huit des onze participantes décrivent leur conception personnelle infirmière à l'aide d'expériences en milieu hospitalier qui semblent négatives. Mackintosh (2006) rapporte aussi que les participantes de son étude utilisent des aspects négatifs du soin qu'elles ont observés afin de définir leur pratique. Similairement, Keeling et Templeman (2013) décrivent que les étudiantes finissantes du programme de formation non-universitaire définissent leur identité professionnelle en utilisant des modèles de rôles positifs ou négatifs observés dans la pratique de façon constructive. Cela soulève des préoccupations quant à persévérance des participantes dans la formation et la profession. En effet, Spouse (2000) décrit que les participantes à son étude éprouvaient de la difficulté à s'adapter si leur façon de voir la pratique était incohérente avec ce qu'elles observaient dans la réalité. Ce qui pourrait entraîner, selon cette chercheuse, un abandon du programme de soins infirmiers. De plus, une autre inquiétude est présente à nos yeux. Si les participantes forgent une nouvelle conception personnelle plus cohérente avec ce qu'elles observent dans la réalité comme le soutient Gallagher (2008), cette nouvelle conception laissera-t-elle de côté les idéaux que les participantes détiennent durant la formation? Qu'en sera-t-il à leur arrivée auprès des patients et dans les équipes de travail où elles observeront possiblement encore plus de situations incohérentes avec leur conception personnelle? Par contre, on ne remarque pas de perte d'idéalisme dans les conceptions personnelles des participantes durant la formation comme décrit par R. Watson et al. (1999) et Pearcey et Draper (2008). Conséquemment, il importe de poursuivre les recherches à ce sujet.

Quant au centre d'intérêt de la discipline décrit par Pepin et al. (2010), il a particulièrement été utile afin de construire le guide d'entrevue. Ceci a permis d'aller chercher plusieurs éléments de réponses des participantes qui n'auraient probablement pas été abordées spontanément chacun des concepts centraux de la discipline. L'utilisation de situations de soins vécues par les participantes semblent avoir facilité leur description de chaque concept. En effet, lorsqu'il leur était demandé de définir directement un concept tel que la santé ou l'environnement, elles hésitaient beaucoup. Conséquemment, bien que le concept de soin soit abordé de façon exhaustive par les participantes, certains aspects ne demeurent explorés qu'en superficie et nécessiteront un approfondissement. En effet, les connaissances sur la façon de voir les concepts de personne, de santé et d'environnement par les participantes demeurent superficielles. Il est donc nécessaire d'investiguer davantage ce point. Un désavantage d'utiliser le centre d'intérêt de la discipline (Pepin et al., 2010) pour structurer notre guide d'entrevue est possiblement le grand nombre de questions qui en a découlé. En effet, afin d'aborder tous les concepts, le guide d'entrevue contient plusieurs éléments à aborder. Ainsi, le niveau de structure de ce dernier n'a peut-être pas encouragé des entrevues plus exhaustives avec les participantes.

De plus, le devis de recherche exploratoire et qualitatif demeure cohérent avec le type de questions de recherche de l'étude. Avec les entrevues semi-structurées, il a été possible d'approfondir les réponses des participantes. La méthode d'analyse des données choisie, l'analyse par questionnement analytique, est complexe et difficile à utiliser pour un chercheur débutant. En effet, l'analyse par questionnement analytique est intéressante

pour sa sensibilité aux données et l'exhaustivité des résultats. Par contre, pour la première expérience de recherche d'une étudiante chercheuse cela semble complexe.

Bref, notre recherche est inscrite dans un nouveau cadre de référence qui a structuré la collecte de données. Surtout, le cadre constructivisme fournit quelques explications relatives à l'évolution de la conception des participantes. Par contre, le centre d'intérêt de la discipline (Pepin et al., 2010) a structuré un peu trop notre recherche.

Implications pour la formation

Des implications pour la formation en soins infirmiers découlent de notre recherche. Premièrement, les résultats de cette recherche peuvent fournir des pistes aux enseignants afin de soutenir la construction de la conception personnelle des étudiantes utile à leur future pratique. D'abord, il importe d'observer en cours de programme, les conceptions personnelles et d'échanger sur ces observations avec les étudiantes. Cela pourrait être l'occasion de renforcer par exemple le lien entre les dimensions du bien être physique et mental. Ensuite, les méthodes actuelles d'apprentissage et d'enseignement permettent-elles à l'étudiante d'élaborer une conception personnelle cohérente avec le modèle choisi par l'équipe d'enseignants? En effet, dans notre étude quelques éléments piliers du modèle McGill sont peu acquis par les participantes : par exemple, la collaboration infirmière-patient et la qualité d'apprentissage de la santé. Parmi les recommandations, il importe de réinvestir davantage le modèle enseigné tout au long de la formation. Pour ce faire, Pugnaire-Gros et Young (2007) décrit l'importance d'enseigner par l'exemple autant dans les anecdotes ou dans l'agir en stage de l'enseignant. Même si cela pourrait sembler une option, Pepin et al. (2010) ne recommandent pas de proposer plusieurs conceptions de la discipline sans en mettre une

particulière plus de l'avant. Ces auteures soutiennent qu'une formation basée sur plusieurs conceptions de la discipline ne facilite pas une conception personnelle claire. Les méthodes pédagogiques actuelles pour l'apprentissage des conceptions de la discipline du milieu à l'étude peuvent être revues. En effet, une pédagogie active pourrait être intéressante, par exemple à l'aide d'études de cas (Pugnaire-Gros & Young, 2007). De plus, il serait profitable de favoriser une réflexion par les étudiantes sur leur conception personnelle (Hood et al., 2006), soit à l'aide d'un travail réflexif, de groupes de discussion ou de journaux de bord.

Deuxièmement, les stratégies de formation sont à adapter en fonction de l'évolution de la conception personnelle infirmière. En effet, l'évolution de la conception personnelle des participantes est cohérente avec le cursus de la formation de l'établissement d'enseignement de l'échantillon. Néanmoins, certains points sont à ajuster. Par exemple, il faut être conscient de l'importance des expériences vécues en stage pour l'évolution de la conception personnelle de l'étudiante. Le rôle de l'enseignante est donc de promouvoir une réflexion et d'en faire une expérience constructive plutôt que destructrice. Ainsi, comme le propose Gallagher (2008), il serait important d'établir un bilan rétrospectif à ce sujet dans les post-cliniques ou dans les journaux de bord comparant leurs expériences avec leur conception personnelle préexistante à plusieurs occasions durant la formation. Ceci permettrait d'amener l'étudiante vers une conception personnelle articulée et solide. Par exemple, les questions réflexives suivantes pourraient leur être posées : « Pendant le stage, qu'avez-vous observé qui entrerait en conflit avec votre façon de voir la pratique infirmière? Comment pouvez-vous l'expliquer? Comment ceci a-t-il changé votre façon de voir la pratique

actuelle? ». Finalement, nous croyons qu'il est essentiel d'aborder ces situations avec les étudiantes. De plus, ces bilans rétrospectifs pourraient être utilisés afin de soutenir et aider à lier la conception personnelle des étudiantes avec une conception de la discipline. Par exemple, une question telle que « Comment votre façon de voir la pratique se compare-telle à celle du modèle McGill? » pourrait faciliter la discussion. Ainsi, la compétence « se référer à une conception de la discipline infirmière pour définir sa pratique professionnelle » pourrait être construite plus facilement pour les étudiantes tout au long de leur formation infirmière.

Les résultats de notre étude soulignent aussi l'importance des milieux cliniques de stage pour la formation infirmière. Effectivement, il sera important que les membres de l'équipe de soins des milieux soient conscients que leurs actes sont observés par les étudiantes et que ces observations influencent leur conception personnelle. Ainsi, ils doivent s'assurer d'être des modèles de rôles positifs en pratiquant leur rôle avec bienfaisance et sensibilité démontrant une conception personnelle claire et cohérente avec ce qui est généralement admis dans leur profession.

Implications pour la recherche

La présente recherche apporte des connaissances utiles sur la conception personnelle et son évolution tant pour les sciences infirmières que pour la formation infirmière. Néanmoins, il existe un besoin urgent de connaissances sur la conception personnelle de l'étudiante infirmière puisque la compréhension de celle-ci est nécessaire à un enseignement cohérent et aidant (Glaserfeld, 2004). Ainsi, nous recommandons d'approfondir les connaissances sur la façon de voir chacun des concepts, surtout ceux qui sont moins abordés par les écrits existants ainsi que par nos participantes : santé,

environnement et personne. En effet, aucune recherche recensée n'aborde la façon de voir la santé, l'environnement ou la personne par les étudiantes infirmières. De plus, notre recherche explore la conception personnelle des étudiantes infirmières en empruntant des expériences vécues en stage. Il serait intéressant d'emprunter aussi des enseignements reçus par les étudiantes puisque selon le constructivisme radical (Glaserfeld, 1994), les expériences sont autant dans les stages que dans l'enseignement. Pour ces raisons, il est prioritaire de faire une exploration approfondie de ces thèmes, et ce, avec un échantillon plus grand. Conséquemment, voici une liste de quelques thèmes de recherche à explorer davantage :

- La façon dont les étudiants perçoivent les concepts clés de la discipline ;
prioritairement : la santé, l'environnement et la personne;
- L'évolution de la conception personnelle d'étudiantes finissantes en dernière session jusqu'à un an après leur début en tant qu'infirmière dans les milieux hospitaliers;
- Le devenir des idéaux des étudiantes en soins infirmiers lorsqu'elles vivent une expérience incohérente entre leur conception personnelle et ce qu'elles observent dans la pratique et les milieux hospitaliers au Québec;
- La conception personnelle des étudiantes en soins infirmiers à partir de leurs expériences d'apprentissage théorique.

De plus, comme mentionné ci-haut, il existe un manque de connaissances sur la méthode d'analyse de données par questionnement analytique. Il serait intéressant d'augmenter les recherches en sciences infirmières utilisant cette méthode. Les chercheurs débutants, ainsi que les plus expérimentés mais non initiés à cette méthode,

pourraient ainsi s'y référer. Bref, bien que cette recherche amène de nouvelles connaissances, il reste un grand besoin d'approfondissement pour un enseignement cohérent avec la conception personnelle des étudiantes infirmières.

En résumé, nos résultats apportent des connaissances quant à la conception personnelle des étudiantes infirmières et à son évolution. Par contre, il n'en reste pas moins un besoin d'approfondir les connaissances sur plusieurs thèmes. Aussi, l'enseignement des conceptions de la discipline, les méthodes pédagogiques pour l'apprentissage de celle-ci et la façon de l'aborder en stage doivent être réajustés. Nous croyons fortement que les résultats obtenus peuvent orienter les enseignants dans un enseignement cohérent avec l'évolution de la conception personnelle des étudiantes infirmières.

Pour conclure, cette étude a permis d'explorer la conception personnelle d'étudiantes infirmières et son évolution dans le programme de formation infirmière collégiale. Ainsi, en réponse à la première question de recherche, la façon de voir des participantes de chaque concept central de la discipline et des liens entre eux a été décrite. Le concept de soin demeure celui qui est le plus décrit par les participantes. Elles intègrent partiellement le modèle McGill dans leur conception personnelle. En réponse à la deuxième question de recherche, l'étudiante-chercheuse observe une clarification du rôle et des responsabilités de l'infirmière, une découverte de l'enseignement au patient et de l'accompagnement, l'importance accrue de la santé mentale et une complexification du vocabulaire utilisé par celle-ci. Ainsi, des suggestions sont formulées pour la formation infirmière théorique et pratique, entre autres, de revoir les méthodes pédagogiques utilisées pour enseigner une conception de la discipline et d'encourager la

réflexion des étudiantes sur leur conception personnelle et leurs expériences vécues en stage. De plus, les recherches sont à poursuivre à ce sujet puisque cette recherche exploratoire demeure de petite envergure (n=11).

CONCLUSION

Notre étude présente un apport aux connaissances actuelles sur l'évolution de la conception personnelle des étudiantes en soins infirmiers. Le constructivisme radical et le centre d'intérêt de la discipline ont été utiles pour structurer la recherche et discuter les résultats. Notre recherche soulève une conception personnelle des étudiantes incluant les « soins » et un soin « humain ». Les étudiantes décrivent moins exhaustivement les autres concepts d'environnement, de santé et de personne. Leur conception personnelle démontre une compréhension partielle des étudiantes de la conception de la discipline apprise. La conception personnelle des étudiantes évolue durant la formation, devenant plus complexe et plus mature de façon cohérente avec le programme de formation. Ainsi, cette étude soulève plusieurs points à modifier dans la formation infirmière, entre autres, d'augmenter la réflexivité des étudiantes au sujet de leur conception personnelle et des expériences vécues en stage ainsi que d'investir davantage les conceptions de la discipline dans la formation. Cette étude demeure exploratoire et il est donc nécessaire de continuer les recherches au sujet de la conception personnelle des étudiantes ainsi que de son évolution. Néanmoins, elle répond aux questions de recherche et au but d'explorer l'évolution de la conception personnelle des étudiantes en soins infirmiers.

Appendice A.

Les mégacompétences du programme de soins infirmiers de l'établissement à l'étude

LES MÉGACOMPÉTENCES DU PROGRAMME DE SOINS INFIRMIERS (de l'établissement où à lieu l'étude)

Légende : = Compétence investie dans cette session

	SESSION					
	1	2	3	4	5	6
LES FONDEMENTS DE SOINS INFIRMIERS						
Q0 : Analyser la fonction de travail	=					
Q3 : Se référer à une conception de la discipline infirmière pour définir sa pratique professionnelle	=	=				
LES COMPÉTENCES DE L'ARBRE DE CONCEPT	1	2	3	4	5	6
Évaluation et analyse de la situation						
Q1 : Développer une vision intégrée du corps humain	=	=				
Q7 : Relier des désordres immunologiques et des infections aux mécanismes physiologiques et métaboliques			=			
Q2 : Composer avec les réactions et les comportements d'une personne	=		=			
Q6 : Composer avec les réalités sociales et culturelles liées à la santé				=	=	
Q8 : Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier	=	=	=	=	=	
Interventions						
Q4 : Utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins	=	=	=	=	=	
QG : Appliquer des mesures d'urgence			=			=
Q9 : Établir des liens entre la pharmacothérapie et une situation clinique	=	=	=	=	=	
Q5 : Établir une communication aidante avec la personne et ses proches	=	=	=		=	
QA : Enseigner à la personne et à ses proches	=	=	=	=		
QB : Assister la personne dans le maintien et l'amélioration de sa santé			=	=	=	=
Communication interprofessionnelle						
QD : Établir des relations de collaboration avec les intervenants	=	=	=	=	=	=
QF : Concevoir son rôle en s'appuyant sur l'éthique et les valeurs de la profession	=	=		=	=	=
Communication intrapersonnelle						
QC : S'adapter aux différentes situations de travail	=	=	=	=	=	=
LES COMPÉTENCES CLINIQUES	1	2	3	4	5	6
QE : Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisées et requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie	=	=	=	=		=
QH : Intervenir auprès d'une clientèle requérant des soins en périnatalité				=		
QJ : Intervenir auprès d'enfants ainsi que d'adolescents requérant des soins infirmiers			=			
QK : Intervenir auprès des personnes recevant des soins en médecine et chirurgie dans des services ambulatoires						=
QL : Intervenir auprès de personnes requérant des soins infirmiers en santé mentale					=	
QM : Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement					=	
Révisées le 03-05-13						

Document remis par et utilisé avec la permission de la coordonnatrice du département de soins infirmiers de l'établissement d'enseignement à l'étude

Appendice B.
Approbation éthique

Comité d'éthique de la recherche en santé

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	L'évolution de la conception personnelle infirmière d'étudiantes pendant la formation collégiale
Étudiante requérant	Karine Mekkelholt ([redacted]) Candidate à la M. Scs en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières
Sous la direction de	Jacinthe Pépin, professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

[redacted] président
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

14 novembre 2012
Date de délivrance

1er décembre 2013
Date de fin de validité





Certificat d'éthique de la recherche

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains du [redacted] a examiné le projet de recherche suivant :

Responsable(s) du projet : Karine Mekkelholt

Unité(s) : Candidate à la maîtrise en sciences infirmières profil Formation, Université de Montréal

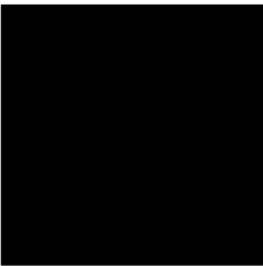
Co-chercheur(s) : n.a.

Titre du projet : L'évolution de la conception personnelle d'étudiants pendant la formation collégiale en soins infirmiers

Ce protocole de recherche est jugé conforme au cadre normatif en vigueur.

Certificat valide jusqu'au 8 novembre 2013. Le rapport d'étape annuel de suivi est attendu pour le 9 septembre 2013 ou le cas échéant, un rapport final au terme du projet.

Membres du Comité d'éthique de la recherche



Présidente, personne versée en éthique

Vice-président, personne connaissant les méthodes ou les disciplines relevant du Comité d'éthique

Secrétaire, personne connaissant les méthodes ou les disciplines relevant du Comité d'éthique

Personne connaissant les méthodes ou les disciplines relevant du Comité d'éthique

Personne provenant de la collectivité desservie par le Cégep, mais n'y étant pas affiliée

Certificat n° CER201204 - émis le 2 novembre 2012



Appendice C.

Formulaire d'information et de consentement

Formulaire d'information et de consentement⁵

Renseignements généraux

Titre de l'étude : L'évolution de la conception personnelle de la discipline infirmière d'étudiants pendant la formation collégiale

Étudiante-chercheuse :

KARINE MEKKELHOLT, candidate à la maîtrise en sciences infirmières

[Informations pour contacter l'étudiante-chercheuse]

Directrice de recherche :

JACINTHE PEPIN, inf. Ph.D

[Informations pour contacter la directrice de recherche]

Ce projet ne bénéficie pas de financement

⁵ Ce document a été modifié pour préserver l'anonymat de l'établissement d'enseignement à l'étude. Ainsi, toutes les informations retirées sont identifiées entre des [].

Projet de recherche

Préambule

Ce projet, qui porte sur l'évolution de la conception personnelle d'étudiants en soins infirmiers, est mené par l'étudiante-chercheuse pour l'obtention du grade de maîtrise en sciences infirmières.

Vous êtes invité à participer à ce projet de recherche puisque vous êtes étudiant en soins infirmiers au niveau collégial. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez lire attentivement le formulaire d'information et de consentement. Vous êtes invité à poser toutes les questions nécessaires à votre compréhension.

Nature et objectifs de l'étude :

En considérant le manque de connaissances au sujet de l'évolution de la conception personnelle infirmière des étudiants, ainsi que l'importance que revêt une conception personnelle pour la pratique des futurs infirmiers, l'étudiante-chercheuse désire explorer l'évolution de la conception personnelle infirmière d'étudiants au collégial.

- **But et objectifs de l'étude;** La présente étude a comme but de décrire l'évolution dans la façon de voir la pratique infirmière par les étudiants de soins infirmiers au niveau collégial. Ce que nous considérons dans l'étude comme la « conception personnelle de l'étudiant ».
- **Envergure de l'étude et retombées projetées;** Au collégial, une des compétences à développer vise la nécessité pour un étudiant d'être en mesure de définir sa pratique en lien avec une conception de la discipline. Les retombées de cette étude seront une meilleure compréhension pour les enseignants de l'évolution de la conception personnelle des étudiants et, par conséquent, un enseignement plus cohérent avec celle-ci.
- **Déroulement général de l'étude :** Quinze étudiants en soins infirmiers au collégial seront recrutés : cinq étudiantes par année d'étude, en première, troisième et sixième session. Une entrevue individuelle sera réalisée avec chacun des participants volontaires répondant aux critères de sélection. Cette entrevue aura lieu dans un local au cégep réservé par l'étudiante-chercheuse. L'entrevue sera enregistrée de façon audio et l'intervieweur pourra prendre quelques notes durant l'entrevue. Chacune des entrevues sera menée avec un guide d'entrevue. Les enregistrements des entrevues seront ensuite retranscrits sous forme écrite (verbatim) et seront analysés par l'étudiante-chercheuse.

Nature, durée et conditions de la participation

- **Nature de la participation** : Votre participation à cette étude consiste à prendre part à une entrevue individuelle telle que décrite ci-haut. Lors de cette entrevue, quelques questions vous seront posées à partir de vos expériences personnelles et cliniques et vous devrez y répondre de façon verbale. Ces questions portent sur votre façon de voir la discipline infirmière, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
- **Durée de la participation** : Une entrevue d'environ 45 à 60 minutes
- **Lieu** : L'entrevue se tiendra dans une pièce du cégep favorisant la confidentialité.
- **Enregistrement de l'entrevue** : L'entrevue sera enregistrée de façon audio.
- **Critères d'inclusion et d'exclusion à la recherche** :
 - Pour participer à l'étude, il est essentiel que vous répondiez aux conditions suivantes :
 - Critères d'inclusion
 - Avoir fait son parcours d'études collégiales en totalité au cégep [nom du cégep]
 - Avoir commencé dans le programme de soins infirmiers directement après sa formation au secondaire
 - Vous ne pouvez pas participer à l'étude si :
 - Critères d'exclusion
 - Avoir pris une ou plusieurs sessions d'arrêt du programme ou avoir échoué une session.

Risques et inconvénients

Votre participation impliquera de prendre une heure de votre temps pour l'entrevue et de vous déplacer.

De plus, lors de l'entrevue individuelle, il vous sera demandé de vous remémorer des expériences vécues en stage. Ces expériences peuvent comporter des situations délicates et personnelles. Cela pourrait dans certain cas, vous occasionner un inconfort ou une détresse psychologique. Le cas échéant, la personne responsable de l'entrevue pourra vous référer à l'aide nécessaire avec des professionnels.

Avantages et bénéfices

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à cette étude. Il est possible que vous vous familiarisiez avec le processus de recherche scientifique, celui-ci étant très présent en sciences infirmières mais peu au collégial. Les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine et améliorer l'enseignement au collégial.

Compensation

Vous ne recevrez aucune compensation financièrement pour votre participation à ce projet de recherche. En outre, cette participation pourrait vous occasionner certaines dépenses liées essentiellement au transport, qui ne vous seront pas remboursées. Vous recevrez toutefois une attestation de participation à une recherche en sciences infirmières si vous le désirez.

L'étudiante-chercheuse fournira aux participants le désirant une lettre de remerciement attestant de leur participation à une recherche en sciences infirmières. Le nom de l'étudiant sera ajouté par la personne qui effectuera les entrevues et cette lettre sera remise à la fin de l'entrevue.

Diffusion des résultats

Vous pourrez communiquer avec l'équipe de recherche afin d'obtenir de l'information sur l'avancement des travaux ou les résultats généraux du projet de recherche.

Protection de la confidentialité

Durant votre participation à ce projet, la personne responsable de l'entrevue recueillera dans un dossier de recherche les renseignements (données sociodémographiques) vous concernant nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Vous ne serez identifié que par un numéro de code auquel seule la responsable des entrevues et la directrice de mémoire auront accès. La clé du code, reliant votre nom à votre dossier de recherche, sera conservée par celle-ci dans un tiroir sous clé. Les bandes audio recueillies lors des entrevues seront de même conservées, et ne contiendront aucun nom. Elles seront écoutées par l'étudiante-chercheuse seulement après que le code ait été attribué et que la responsable de l'entrevue se soit assurée que votre nom n'y est pas mentionné. La transcription des bandes ne fera jamais mention de votre nom dans le but de respecter votre confidentialité. De même, votre nom ne sera pas mentionné dans les publications qui découleront du projet, afin de protéger votre confidentialité.

Les données de recherche seront conservées pendant sept ans après la fin de l'étude et seront détruites par la suite. Elles seront sous-clés au bureau de la directrice de recherche et seront utilisées uniquement pour le mémoire de l'étudiante-chercheuse et aux possibles publications qui en découlent.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que la directrice du mémoire de l'étudiante-chercheuse du projet détiendra ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

Pour des raisons de surveillance et de contrôle de la recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé (CÉRES) de l'Université de Montréal ou du Comité d'éthique de la recherche du cégep [Nom du cégep]. Toutes ces personnes respecteront la politique de confidentialité.

Droit de retrait

Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raison. Vous avez simplement à aviser la personne-ressource de l'équipe de recherche; Karine Mekkelholt ou Jacinthe Pepin et ce, par simple avis verbal.

En cas de retrait, vous pouvez demander la destruction des données ou du matériel vous concernant. Enfin, il sera impossible de retirer les analyses menées sur vos données une fois ces dernières publiées ou diffusées.

Personnes-ressources

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques du projet de recherche ou si vous voulez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter :

- **Karine Mekkelholt**
[Informations pour contacter l'étudiante-chercheuse]
- **Jacinthe Pepin**
[Informations pour contacter la directrice de recherche]

Pour toute information d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter, Mme [nom], responsable du comité d'éthique du cégep [Nom du cégep]. Elle est disponible pour tout questionnement d'ordre éthique ou pour recevoir une plainte :

[Informations pour contacter la responsable du comité d'éthique du cégep]

De plus, vous pouvez contacter le coordonnateur du Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'Université de Montréal par courriel :

ceres@umontreal.ca

par téléphone au (514) 343-6111 poste 2604.

Pour plus d'information sur vos droits comme participants, vous pouvez consulter le portail des participants de l'Université de Montréal à l'adresse suivante : <http://recherche.umontreal.ca/participants>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. L'ombudsman accepte les appels à frais virés. Il s'exprime en français et en anglais et prend les appels entre 9h et 17h.

Consentement du participant ou assentiment du participant mineur

L'étudiante-chercheuse et la personne responsable de la collecte de données s'engagent à ce que la recherche soit menée selon les modalités décrites au présent formulaire.

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer sans que cela n'affecte la qualité de votre évaluation ou votre parcours académique.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne dégagez les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche. L'étudiante-chercheuse m'a expliqué le projet, m'a laissé le temps d'y réfléchir et la personne responsable de l'entrevue a répondu à mes questions. Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

Prénom et nom du participant
(caractère d'imprimerie)

Signature du participant

Date :

		Signature la personne responsable de la collecte de données
Responsable de la collecte de données		Date :

Autorisation d'un parent ou tuteur (obligatoire pour participant mineur)

L'étudiante-chercheuse et la personne responsable de la collecte de données s'engagent à ce que la recherche soit menée selon les modalités décrites au présent formulaire.

La participation de votre enfant à cette étude est tout à fait volontaire. Vous et votre enfant êtes donc libres d'accepter ou de refuser d'y participer sans que cela n'affecte la qualité de son évaluation ou son parcours académique.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous et votre enfant ne renoncez à aucun de vos droits ni ne dégagez les chercheurs de leurs responsabilités.

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte que mon enfant participe au projet de recherche. La personne responsable de la collecte de données a répondu à mes questions au besoin. Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ou à celui de mon enfant ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

Prénom et nom du parent ou
tuteur
(caractère d'imprimerie)

Signature du parent ou tuteur

Date :

Responsable de la collecte de données		Signature de la responsable de la collecte de données
		Date :

Appendice D.

Guide d'entrevue

Introduction

Premièrement, je vous remercie d'accepter de participer à cette recherche. Le but de la recherche est d'explorer votre conception personnelle infirmière. Je désire comprendre comment vous décrivez la pratique infirmière. Puisque, c'est de votre façon de voir et de comprendre qu'il s'agit, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions qui suivent.

Questions/Thèmes à aborder avec les participants

1. Racontez-moi une situation de soin vécue en stage issue de votre pratique infirmière.
 - Si l'étudiant de première année n'a pas fait de stage, demander plutôt; décrivez-moi un exemple de ce que vous croyez être la pratique infirmière. Quelles sont vos références pour ces idées?
 - a. Comment décririez-vous le soin dans la situation que vous avez présentée?
 - b. Selon vous, qu'est-ce que le soin?
 - c. Qu'est-ce qui est important dans le soin?
 - d. Comment décririez-vous la santé dans la situation que vous avez présentée?
 - e. Selon vous, qu'est-ce que la santé?
 - f. Qu'est-ce qui est important dans la santé?
 - g. Comment décririez-vous la personne dans la situation que vous avez présentée?
 - h. Selon vous, qu'est-ce que la personne?
 - i. Comment décririez-vous l'environnement dans la situation que vous avez présentée?
 - j. Selon vous, qu'est-ce que l'environnement?
 - k. Qu'est-ce qui est important dans l'environnement?
 - l. Y a-t-il des éléments que vous n'auriez pas dits et qu'il vous semble

important de mentionner maintenant par rapport à la situation décrite.

2. Décrivez-moi une autre situation vécue en stage issue de votre pratique infirmière.
 - Si étudiant de première année; décrivez-moi un exemple de ce que vous croyez être la pratique infirmière. Comment avez-vous construit ces idées?
 - a. Par rapport à cette situation, avez-vous des éléments à ajouter dans votre description du concept de soin?
 - b. Avez-vous des éléments à ajouter dans votre description de la santé?
 - c. Avez-vous des éléments à ajouter dans votre description de la personne?
 - d. Avez-vous des éléments à ajouter dans votre description de l'environnement?
 - Comment votre façon de comprendre la pratique infirmière a-t-elle évoluée?
 - a. Comment était cette façon de comprendre la pratique infirmière (poser seulement les questions applicables selon l'année d'étude de la participante)
 - i. Avant votre entrée dans le programme de formation?
 - ii. À la fin de votre première année?
 - iii. À la fin de votre deuxième année?
 - e. S'il y a lieu, à quoi attribuez-vous le changement de votre façon de comprendre la pratique infirmière?
 - b. Avez-vous des idées ou éléments que nous n'avons pas discuté que vous voulez aborder?

Je vous remercie de votre participation

Appendice E.

Questionnaire sociodémographique

1. En quelle année de formation êtes-vous?

Première année

Deuxième année

Troisième année

2. De quel genre êtes-vous?

Féminin

Masculin

3. Quel âge avez-vous? _____

4. Travaillez-vous présentement dans le domaine de la santé?

Oui Non

Si oui? Est-ce dans un (e)

Centre hospitalier

Centre de soins de longue durée

Pharmacie

Autre (précisez) _____

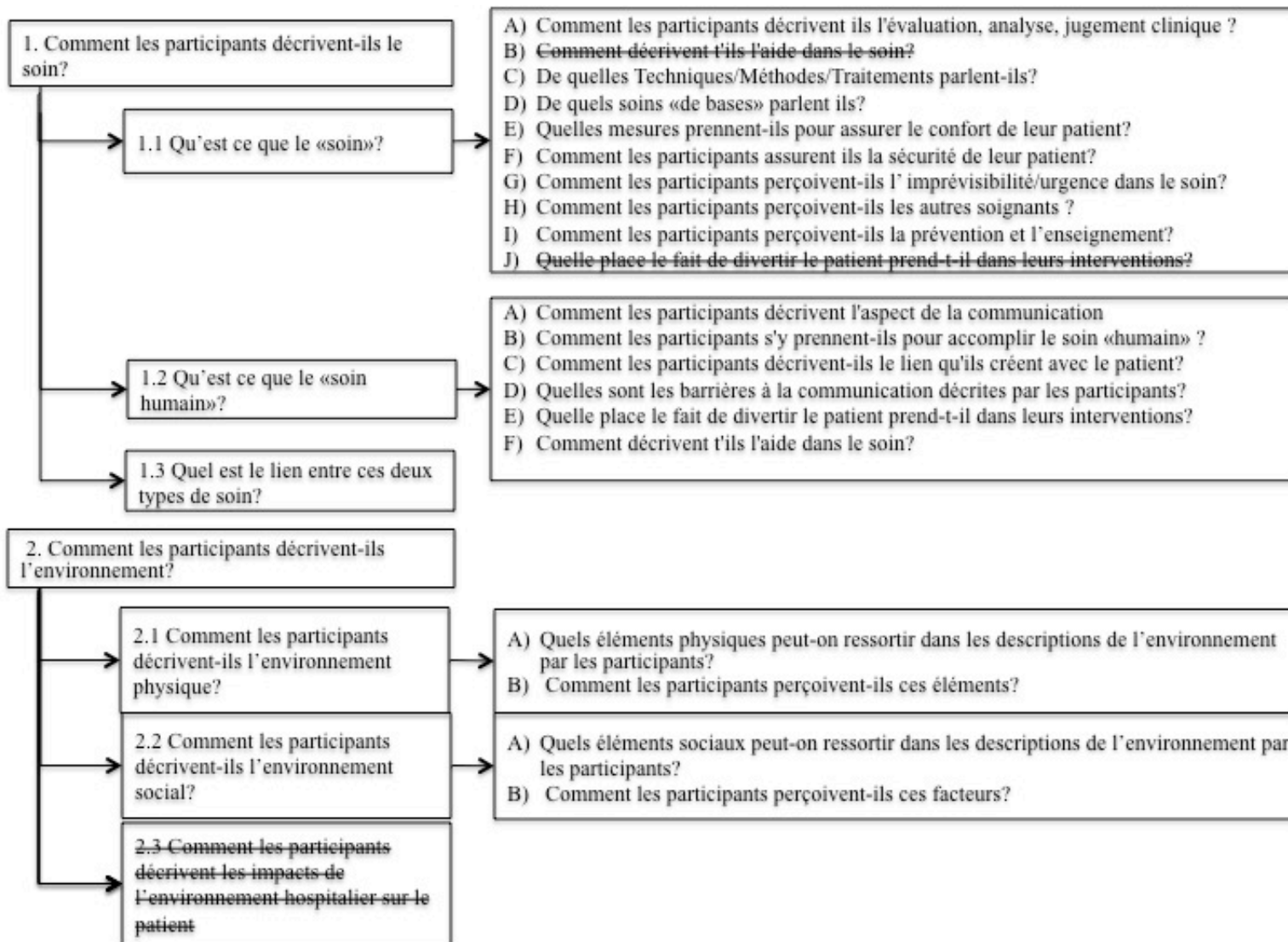
5. Avez-vous des proches, familles ou amies qui pratiquent ou pratiquaient
la profession d'infirmière?

Oui Non

Indiquez le lien avec cette/ces personne (s) _____

Appendice F.

Progression du canevas investigatif



3. Comment les participants décrivent-ils la santé?

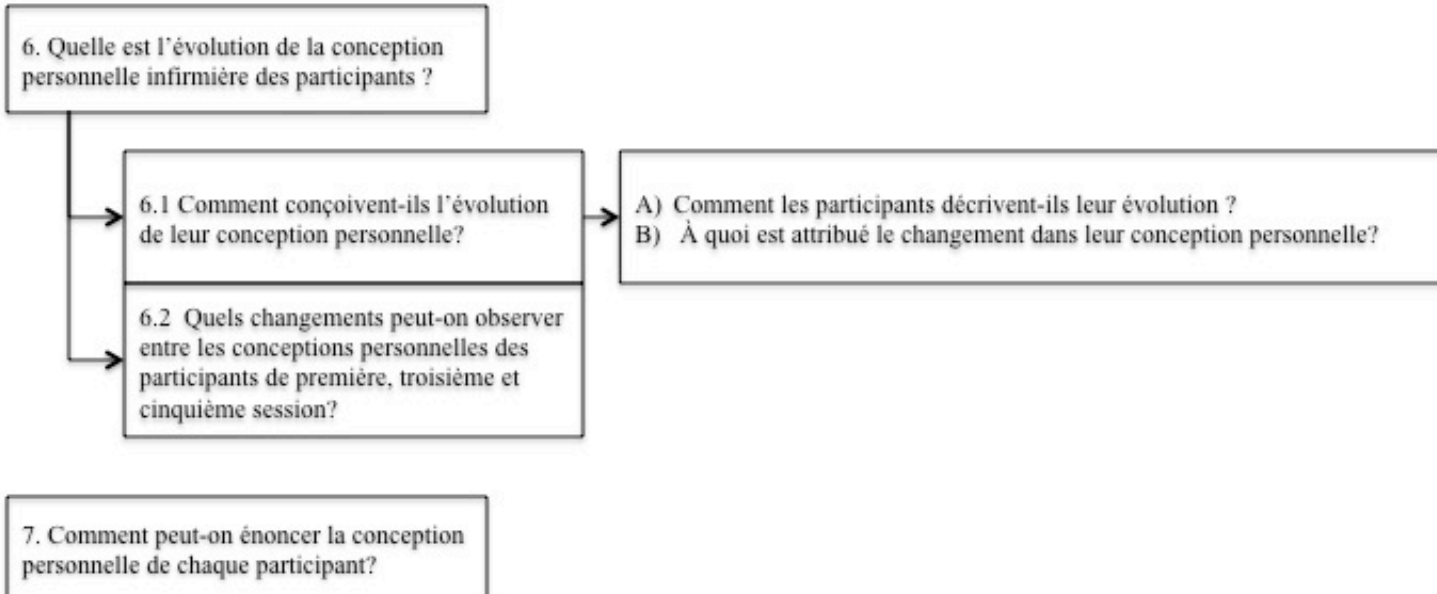
- 3.1 Comment les participants définissent-ils la santé?
- 3.2 Quels facteurs influencent la santé selon les participants?
- 3.3 Comment les participants décrivent-ils l'état de santé de leurs patients?

4. Comment les participants décrivent-ils la personne?

- 4.1 Comment les participants définissent-ils la personne ?
- 4.2 Comment les participants décrivent-ils la personne physiquement?
- 4.3 Comment les participants décrivent-ils la personne mentalement?
- 4.4 Comment les participants décrivent-ils la personne socialement?

5. Quels liens font les participants entre les grands concepts «soin», «santé», «personne» et «environnement»?

- 5.1 Entre les concepts de «soin» et «personne» ?
- 5.2 Entre les concepts d'«environnement» et «soin» ?
- 5.3 Entre les concepts d'«environnement» et de «personne» ?
- 5.4 Entre les concepts de «santé» et de «personne» ?
- 5.5 Entre les concepts de «santé» et de «soin» ?
- 5.6 Entre les concepts de «environnement» et de «santé» ?



RÉFÉRENCES

- Bjorg, C., & Bjorg, I. T. (2013). Good work feels good: student perceptions of good work. *Pennsylvania Nurse*, 68(1), 8.
- Bolan, C., & Grainger, P. (2009). Students in the BN program -- do their perceptions change? *Nurse education today*, 29(7), 775-779.
- Bryman, A. (2004). *Social Research Methods*: Oxford University Press.
- Cook, T. H., Gilmer, M. J., & Bess, C. J. (2003). Beginning students' definitions of nursing: an inductive framework of professional identity. *Journal of Nursing Education*, 42(7), 311-317.
- Crouch, M., & Mckenzie, H. (2006). The logic of small samples in interview-based qualitative research. *Social science information*, 45(4), 483-499.
- Debout, C. (2008). Théories de soins infirmiers, petit guide à l'usage des utilisateurs. *SOINS dossier*(724), 6.
- Desrosiers, G. (2008). La pénurie d'infirmières: des choix à faire de toute urgence. *Le Journal*(Janvier/Février).
- Eklund-Myrskog, D. G. (2000). Student nurses, An understanding of caring science. *Nurse education today*, 20(2), 164-170.
- Fawcett, J. (2002). Conceptual models of nursing, nursing theories and nursing practice: future directions. In M. R. Alligood & A. M. Tomey (Eds.), *Nursing theory : utilization & application* (deuxième ed., pp. 507). St-Louis: Mosby.
- Gallagher, P. (2008). Negotiating different experiences: how relationship from the perspective of the student nurse. In L. Callara (Ed.), *Nursing education challenges in the 21st century* (pp. 336). New York: Nova Sciences Publishers, inc.
- Glaserfeld, E. (1989). Constructivism in education. In T. Husen & T. N. Postelthwaite (Eds.), *The International Encyclopedia of Education, Supplement* (Vol. 1, pp. 162-163). Oxford/New York: Pergamon Press.

- Glaserfeld, E. (1994). Pourquoi le constructivisme doit-il être radical? *Revue des sciences de l'éducation, XX(1)*, 21-27.
- Glaserfeld, E. (2001). Constructivisme radical et enseignement. *Perspectives, 31(2)*, 191-204.
- Glaserfeld, E. (2004). Introduction à un constructivisme radical. In P. Jonnaert & D. Masciotra (Eds.), *Constructivisme Choix contemporains Hommage à Ernst von Glasersfeld*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Gottlieb, L. N., & Rowat, K. (1997). The McGill Model of Nursing: A practice-derived model. In L. N. Gottlieb & H. Ezer (Eds.), (pp. 417). Canada: McGill University School of Nursing.
- Happel, B., & Gaskin, C. (2012). The attitudes of undergraduate nursing students towards mental health nursing: a systematic review. *Journal of clinical nursing, 22*, 148-158.
- Hesse-Biber, S. N., & Leavy, P. (2011). *The practice of qualitative research* (Deuxième ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Hood, L. J., Leddy, S., & Pepper, J. M. (2006). *Leddy and Pepper's conceptual bases of professional nursing*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kapborg, I., & Bertero, C. (2003). The phenomenon of caring from the novice student nurse's perspective: a qualitative content analysis. *International Nursing Review, 50(3)*, 183-192.
- Karaoz, S. (2004). Change in nursing students' perceptions of nursing during their education: the role of the Introduction to nursing course in this change. *Nurse Education Today, 24(2)*, 128-135. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.010
- Karaoz, S. (2005). Turkish nursing students' perception of caring. *Nurse Education Today, 25(1)*, 31-40. doi: 10.1016/j.nedt.2004.09.010
- Keeling, J., & Templeman, J. (2013). An exploratory study: Student nurses' perceptions of professionalism. *Nurse education in practice, 13*, 18-22.

- Khademian, Z., & Vizeshfar, F. (2008). Nursing students' perceptions of the importance of caring behaviors. *Journal of advanced nursing*, 61(4), 456-462.
- Legendre, R. (2005). *Le dictionnaire actuel de l'éducation* (Troisième ed.). Montréal: Guérin Montréal.
- Loiselle, C. G., Profetto-Mcgrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Canadian essentials of nursing research* (Second Edition ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lundberg, P., & Boonprasabhai, K. (2001). Meanings of good nursing care among Thai female last-year undergraduate nursing students. *Journal of advanced nursing*, 34(1), 35-42.
- Mackintosh, C. (2006). Caring: The socialisation of pre-registration student nurses: A longitudinal qualitative descriptive study. *International journal of nursing studies*, 43(8), 953-962.
- Marleau, D., & Lapointe, J. (2012). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2011-2012 (pp. 167). Westmount (Qc): Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- McCluskey, K. (2007). Learning to care: a new graduate's perspective on applying nursing theory in practice. *International Journal for Human Caring*, 11(1), 47-48.
- McGarry, J., Aubeeluck, A., Simpson, C., & Williams, G. (2009). Nursing students' experiences of care. *Nursing Older People*, 21(7), 16-22.
- MELS. (2007). 180. A0 Soins infirmiers. Retrieved 4 decembre, 2011, from <http://www.mels.gouv.qc.ca/ens-sup/ens-coll/cahiers/program/180A0.asp>
- Neves, C. (2008). Raisonement clinique et modèles conceptuels, quelle dynamique pédagogique? *SOINS dossier*(724), 44.
- OIIQ. (2012). *La relève infirmière du Québec; une profession, une formation*. Montréal: OIIQ.

- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2^{ème} ed.). Paris: Armand Collin.
- Patricia, P., & Peter, D. (2008). Exploring clinical nursing experiences: listening to student nurses. *Nurse education today*, 28(5), 595-601.
- Pearcey, P. (2007). Nursing students. Tasks and routines in 21st century nursing: student nurses' perceptions. *British Journal of Nursing (BJN)*, 16(5), 296-300.
- Pearcey, P. (2010). 'Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore'. *International Journal of Nursing practice*, 16(1), 51-56.
- Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3 me  dition ed.). Montréal: Cheneli re  ducation.
- Pugnaire-Gros, C., & Young, L. E. (2007). Teaching the McGill model of nursing and client-centered care: collaborative strategies for staff education and development. In L. E. Young & B. L. Paterson (Eds.), *Teaching nursing Developing a student-centered learning environment* (pp. 189-220). United States of America: Lippincott Williams & Wilkins.
- Safadi, R. R., Saleh, M. Y. N., Nassar, O. S., Amre, H. M., & Froelicher, E. S. (2011). Nursing students' perceptions of nursing: a descriptive study of four cohorts. *International Nursing Review*, 58(4), 420-427.
- Savoie-Zacj, L. (2007). Comment peut-on construire un  chantillonnage scientifiquement valide? *Actes du colloque; Recherche Qualitative: Les questions de l'heure*, Hors série(5), 99-111.
- Spouse, J. (2000). An impossible dream? Images of nursing held by pre-registration students and their effect on sustaining motivation to become nurses. *Journal of advanced nursing*, 32(3), 730-739. doi: 10.1111/j.1365-2648.2000.01534.x
- Thorne, S. (2005). Guest editorial. Conceptualizing in nursing: what's the point? *Journal of advanced nursing*, 51(2), 107-107.
- Thorne, S. (2007). Conceptualizing the purpose of nursing: philosophical challenges in creating meaningful theoretical learning experiences. In L. E. Young & B. L.

- Paterson (Eds.), *Teaching Nursing Developing a Student-Centered Learning Environment* (pp. 600). U.S: Lippincott Williams & Wilkins.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boulder, Co: University Press of Colorado.
- Watson, R., Deary, I. J., & Lea, A. (1999). A longitudinal study into the perceptions of caring among student nurses using multivariate analysis of the Caring Dimensions Inventory. *Journal of advanced nursing*, 30(5), 1080-1089.
- Wimpenny, P. (2002). The meaning of models of nursing to practising nurses. *Journal of advanced nursing*, 40(3), 346-354.
- Younger, C. (2011). The relationship between physical wellbeing and mental health care. *Mental health practice*, 15(1), 34-36.