



FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES

RAPPORT DE STAGE

PRÉSENTÉ À

LA FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES

EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE

MAÎTRISE ÈS SCIENCES (M.Sc.) EN

SCIENCES INFIRMIÈRES OPTION FORMATION

PAR

LAURENCE BERNARD

L'APPRENTISSAGE DU *CARING* DANS L'APPROCHE PAR COMPÉTENCES

HIVER 2006

## Remerciements

Je tiens à remercier ...

Mon conjoint Sylvain Massie et ma sœur jumelle Agnès Bernard pour leur soutien quotidien et leur apport précieux à ma réflexion tout au long de ce stage ainsi que toute ma famille, ma belle-famille et mes amis internautes pour leur patience et leur écoute,

Ma directrice de stage, Jacinthe Pepin, Vice-Doyenne aux études de premier cycle et à la formation continue de la Faculté des sciences infirmières, qui m'a accompagnée tout au long de ce projet, qui m'a guidée et encouragée à poursuivre sur ma route malgré les difficultés,

Les professeurs, les équipes d'enseignants et les experts avec lesquels j'ai collaboré pour que ces activités pédagogiques prennent forme et se réalisent,

Finalement aux étudiants qui ont le courage de se lancer dans un programme de baccalauréat basé sur l'APC et qui constitueront notre précieuse relève infirmière.

## Table des matières

Introduction.....	06
Problématique et contexte de stage.....	06
Recension des écrits.....	10
- Relation d'aide et relation infirmière-client.....	10
- L'école du <i>caring</i> .....	12
- Le <i>Human Caring</i> de Jean Watson.....	14
- Le <i>Human Caring</i> et le processus de soin.....	20
- L'apprentissage du <i>caring</i> et la pensée critique.....	21
- L'apprentissage du <i>caring</i> et l'approche par compétences.....	23
- L'apprentissage du <i>caring</i> et l'art.....	26
- L'apprentissage du <i>caring</i> et l'enseignement à la personne et à sa famille.....	27
- Synthèse.....	28
- Recommandations pour les laboratoires relationnels.....	29
Cibles d'apprentissage.....	34
Déroulement du stage.....	39
Assises théoriques des activités proposées.....	44
Discussion.....	65
Recommandations.....	72
Conclusion.....	75
Références.....	78
Annexes.....	84

Liste des tableaux

Tableau 1 : Dix facteurs caratifs de Watson.....	15
Tableau 2 : Dix processus de caritas clinique de Watson.....	16
Tableau 3 : Concepts guidant le choix des exercices.....	31
Tableau 4 : But, Objectifs et moyens d'évaluation du stage.....	38
Tableau 5 : Planification d'une capsule théorique.....	43
Tableau 6 : Planification d'un laboratoire d'apprentissage du <i>caring</i> .....	48
Tableau 7 : Déroulement d'un laboratoire d'apprentissage du <i>caring</i> .....	51

Liste des figures

Figure 1 : Étapes du processus de soin de Swanson.....	21
Figure 2 : Modes d'évaluation selon Proulx.....	24
Figure 3 : Conceptions sous-tendant l'enseignement à la personne et à sa famille.....	27
Figure 4 : Résumé conceptuel du stage.....	29
Figure 5 : Types de connaissances.....	33
Figure 6 : Savoir-agir global de l'enseignant.....	36
Figure 7 : Déroulement global du stage (ligne du temps).....	41
Figure 8 : Triangle pédagogique.....	59

## **Introduction**

Le rapport de stage présenté ici est une démarche importante dans le cadre de la maîtrise en sciences infirmières, option formation. Le stage avait pour but de mobiliser des ressources internes et externes de la stagiaire afin de planifier, enseigner et évaluer des activités d'apprentissage du *caring*. Ces activités devaient être développées à partir d'écrits et de discussions avec les équipes enseignantes du milieu de stage et validées auprès d'experts en pédagogie universitaire et en *Human Caring*.

Ce stage représentait un défi d'intégration des compétences de la stagiaire pour construire un savoir-agir d'apprenti enseignant. Ce stage représentait également une opportunité de pratique d'enseignement sur le terrain avec toute la richesse que les échanges d'humain-à-humain peuvent comporter en termes d'apprentissage.

## **Problématique et contexte du stage**

Ces dernières décennies ont été marquées par un avancement technologique et scientifique important dans le domaine infirmier (Gramling et Nugent, 1998). Au Québec, le rôle de l'infirmière s'est élargi considérablement avec la Loi 90 (Mercier, 2003): de nouvelles fonctions ont été développées alors que le champ de pratique des infirmières soignantes s'est élargi entre autres en regard de l'évaluation de la santé des personnes. Ces champs d'expertise requièrent des habiletés techniques, scientifiques mais aussi relationnelles qui sont des dimensions inséparables. L'infirmière qui détient un baccalauréat est appelée à jouer un rôle de leadership au sein de son équipe soignante pour offrir un soin humain et compétent à la personne soignée et à sa famille, malgré le contexte de pénurie de personnel et de réductions budgétaires. Elle doit donc être centrée sur la personne et sa famille en tenant compte de son environnement et de sa santé quand

elle la soigne. Cette vision holistique du soin commence à se développer dès le début de la formation d'infirmière au baccalauréat.

En sciences infirmières, comme dans les autres sciences, une transition paradigmatique s'est opérée (voir annexe 2): du paradigme de la catégorisation où les phénomènes étaient perçus comme divisibles vers celui de la transformation axé sur l'indivisibilité de phénomènes complexes, uniques et globaux (Kérouac, Pepin, Ducharme, Major, 2003). Cette transition paradigmatique est aussi une réalité des milieux de soins : le courant de la transformation modifie les façons de soigner et de concevoir la personne. Ce mouvement de transition a amené la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal à opter pour l'école de pensée du *caring* dans son énoncé de philosophie dès 1994 (voir annexe 1). Le *caring* présente un potentiel énorme pour l'humanisation des soins et est une conception issue des soins infirmiers.

En pédagogie, une transition paradigmatique s'opère également (voir annexe 2). Le milieu de l'éducation passe d'un paradigme centré sur l'enseignement dans divers cours magistraux où l'étudiant est relativement passif, à un paradigme de l'apprentissage où l'étudiant construit activement ses connaissances (Tardif, 1997 et 1998). Mentionnons l'approche par compétences (APC) qui s'implante au Québec dans différentes institutions d'enseignement secondaire, collégial et universitaire (Lasnier, 2000). Celle-ci ne vise plus la simple acquisition d'une somme X de connaissances comme dans l'approche par objectifs traditionnelle (Prégent, 1990), mais le développement de compétences multidimensionnelles.

Traditionnellement, la relation infirmière-client s'enseignait de façon théorique en classe et de façon pratique en laboratoire. Durant ces pratiques de laboratoire, un accent était mis sur les attitudes empreintes de *caring*, comme l'authenticité, la congruence, etc. Des exercices relationnels étaient proposés aux étudiantes afin de développer différentes attitudes valorisées. Il devenait important que le *caring* qui dépasse le concept d'attitude, transparaisse à chaque étape

du processus d'apprentissage de l'étudiante. Dans un programme basé sur l'école du *caring*, il a été suggéré que les facteurs caratifs de Jean Watson (1998) servent de trame de fond pour l'apprentissage de la relation infirmière-client tout au long du programme de baccalauréat. Dès lors, les facteurs caratifs ont pu servir à construire des laboratoires qui visaient l'apprentissage du *caring* dans sa globalité et non seulement des attitudes qui en découlent.

Le stage présenté ici, est issu d'une part du désir de l'étudiante de se former à l'enseignement en sciences infirmières selon l'approche par compétences et d'autre part d'une préoccupation quant à l'enseignement du *caring* lors de l'implantation d'un nouveau programme de baccalauréat basé sur l'approche par compétences à la Faculté des sciences infirmières. Des besoins ont été émis par le corps professoral et administratif pour que des activités d'apprentissage, ayant pour but le développement des compétences reliées au *caring* chez les étudiantes infirmières, soient révisées ou développées. De nouvelles façons d'apprendre la communication professionnelle et la relation infirmière-client basées sur le *caring* doivent être développées en utilisant l'approche par compétences.

Ce stage présentait deux défis importants. Le premier est l'application très concrète dans des activités d'apprentissage d'une alliance entre une conception, le *caring humain* issu des sciences infirmières et l'approche par compétences issue des sciences de l'éducation. Le second est de rendre plus accessible le *caring* de façon concrète aux étudiantes, car cette conception est réputée pour être abstraite et posséder peu d'outils pratiques de soins (collecte de données, plan de soins, etc.) pour permettre une compréhension et une application aisée en clinique auprès des patients. De plus, il existe peu de grille d'observation des interactions infirmière-client basées sur le *caring* et validées (Forbes, 2004) qui auraient été utilisées dans un cadre pédagogique d'évaluation formative ou certificative. Cet élément est important pour les étudiantes infirmières qui devront passer le volet pratique de l'examen de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) à

l'aide du mode d'Évaluation clinique objective structurée (ÉCOS). En effet, les situations comprennent des éléments d'évaluation au niveau relationnel, présents dans les grilles d'observation (Lessard, Laberge, 2003) et qui rejoignent la mosaïque de compétences cliniques ciblées par l'OIIQ (Leprohon, Lessard, Lévesque-Barbès, 2001). Une lecture plus approfondie de la littérature scientifique en matière de *Human Caring* et d'APC s'imposait donc.

## **Recension des écrits**

Le souci d'apprentissage du *caring* étant présent, différents points ont dû être explorés afin de cibler ce qui s'est écrit en pédagogie et en sciences infirmières. Ainsi, les notions de relation d'aide, d'école du *caring*, du *Human Caring* de Watson et ses liens avec le processus de soin, le développement de la pensée critique, l'APC, l'art et l'enseignement à la personne et sa famille seront abordés dans cette section.

### **Relation d'aide et relation infirmière-client**

L'approche traditionnelle de la relation infirmière-client se situe dans le paradigme de l'interaction en se centrant sur la relation d'aide sur laquelle plusieurs infirmières théoriciennes telles que Peplau, Orlando et autres (Kérouac & al., 2003) se sont attardées. Cette approche traditionnelle de la relation d'aide se fonde principalement sur les attitudes et habiletés de relation d'aide telles que la présence et l'écoute, l'empathie et l'exploration, la confrontation (Egan, 1987). L'infirmière devient dès lors un outil thérapeutique pour soigner la personne grâce à la relation d'aide. Watson (1998) mentionne que « les étudiantes infirmières peuvent apprendre à utiliser différents principes et techniques d'entrevue. Cependant, sans une prise de conscience du contexte de la relation dans son ensemble, l'infirmière est une technicienne ou l'interprète d'un rôle, et non pas la personne qui établit la confiance, la croyance, l'espoir et la compréhension que requièrent des soins de santé de qualité » (p.52). C'est là que réside la différence entre une infirmière qui utilise mécaniquement les habiletés de relation d'aide et une infirmière qui favorise la relation transpersonnelle de *caring*. La première est attachée au jeu d'attitudes et de rôles et la seconde est attachée à un aspect holistique de la relation transpersonnelle. Malgré tout, les visions paradigmatiques se greffent les unes aux autres : l'aspect catégorisant de la physiopathologie est nécessaire à la compréhension de la maladie; l'aspect interactionniste des attitudes des rôles est nécessaire à la relation d'aide ; l'aspect global de la vision holiste de la personne humaine est

nécessaire à la relation infirmière-client. Ce cheminement paradigmatique nous invite seulement comme infirmière à ouvrir notre conscience à un monde plus vaste et plus complet, plus complexe, plus global. Cet élargissement de notre conscience nous permet d'entrevoir les soins à la personne de façon plus humaine en intégrant l'aspect spirituel par exemple et en ne demeurant pas des infirmières techniciennes de relation d'aide calquant des rôles appris et répétés. Selon Watson (1998), la relation infirmière-client étant une relation transpersonnelle d'humain à humain, celle-ci ne saurait se résumer à un rôle appris : elle transcende la technicité du soin pour favoriser l'expansion de la conscience et cibler le *caring* de la personne humaine.

Traditionnellement, Egan (1987) mentionne que le point de départ de la relation d'aide est un client en difficulté qui a des ressources inutilisées. Le client consulte, car il est en crise ou en proie à des doutes ou des difficultés. Dès lors, un aidant est efficace s'il parvient à aider ses clients à régler les difficultés qui se présentent dans leur vie. Cet aidant doit connaître les étapes de la relation d'aide (identification, clarification, définition des objectifs, choix d'un scénario, action). Il cible des valeurs fondamentales à la relation d'aide comme le respect, l'authenticité. Ici, il y a donc un aidant (le professionnel) et un aidé (la personne en difficulté). Egan (1987) mentionne les habiletés de communication fondamentales comme la présence, l'écoute, l'empathie et l'exploration. Ces habiletés, quoique essentielles sont présentées souvent sous forme de techniques de relation d'aide que l'aidant doit posséder et utiliser durant la relation d'aide afin d'être efficace et aidant. La contribution de cet auteur tout comme celle des théoriciennes issues du paradigme de l'intégration (Peplau, etc.) est indéniable, et a été cruciale au cours des quarante à cinquante dernières années. Cependant leur vision de la relation en termes d'aidant et d'aidé peut maintenant être questionnée.

Phaneuf (2002) mentionne que la relation est une rencontre signifiante de l'autre et que l'infirmière doit considérer le malade comme une personne à part entière et non comme un être

infériorisé par la déchéance qu'apporte la maladie. Les manifestations d'acceptation et de respect de l'infirmière sont primordiales afin que naissent une relation chaleureuse, une connivence thérapeutique essentielle à un travail professionnel. L'infirmière doit donc s'engager entièrement dans la relation. Elle mentionne également que l'origine de la relation d'aide revient à Carl Rogers, psychologue américain, humaniste et attaché à la tendance actualisante de la personne. Cette vision vient nuancer l'aspect aidant-aidé. Finalement, dans une relation, le professionnel et le client peuvent apprendre l'un de l'autre ; même si c'est l'accompagnement du client par le professionnel qui prévaut, il n'est pas dit que l'un et l'autre n'apprendront pas ensemble et ne chemineront pas tous deux durant la relation. Phaneuf (2002) semble se situer entre le paradigme de l'intégration et celui de la transformation par le fait qu'elle effleure le *caring* tout en présentant de nombreuses techniques de relation thérapeutique dans son livre, ce qui est assez représentatif de la transition paradigmatique vécue au Québec.

### **L'école du *caring***

L'école de pensée du *caring* fait partie du paradigme de la transformation et place le *caring* au cœur de la discipline infirmière. Le *caring* est à la fois une manière fondamentale d'être dans le monde et un idéal moral pour les infirmières (Kérouac & al., 2003). Le soin inclut des dimensions affectives et instrumentales qu'il ne faut pas séparer, ainsi le *caring* peut-être vu comme un idéal humaniste et scientifique (Watson, 1998). « Boykin, Schoenhofer, Watson et Leininger croient que les infirmières peuvent améliorer la qualité des soins si elles reconnaissent le potentiel de soin de tout être humain et si elles intègrent des connaissances reliées à des dimensions telles que la spiritualité et la culture » (Kérouac & al., 2003, p.51). « Selon Benner et Wrubel (1989) et Benner (2000), le *caring* est formé par l'ensemble des actions et des intuitions qui permettent, par exemple, à l'infirmière de déceler de façon subtile les signes d'amélioration ou de détérioration chez le client. Le *caring* signifie aussi faciliter et soutenir la personne en

respectant ses valeurs, ses croyances, son mode de vie et sa culture. (Leininger, 1988, 1988a, 2002; Watson, 1988, 1997, 2002). C'est de plus, une expérience partagée au cours de laquelle le sentiment d'être de la personne augmente » (Kérouac & al., 2003, p.51).

Selon Watson (in Duffy, 2003), une relation *caring* est caractérisée par des valeurs interpersonnelles, des attitudes, des comportements qui sont mieux connus comme « facteurs caratifs ». Ces processus mettent l'accent sur la personne et la signification associée à la santé et la maladie. À l'intérieur de la relation *caring*, à la fois le soignant et la personne soignée tirent des bénéfices. Selon Duffy (2003), c'est en relation que l'être humain vit et meurt, grandit et se développe, travaille et se repose. La relation *caring* tend à faciliter ces processus.

Il existe des phases de la relation *caring* différentes des étapes traditionnelles de la relation d'aide, tel que mentionnées précédemment par Egan (1987), puisque inscrites dans le paradigme de la transformation. Duffy (2003) mentionne quatre phases de la relation *caring* qui prennent du temps : la phase I d'interaction (champ phénoménal créant un contexte d'interaction unique), la phase II de connexion (harmonie et relation mutuelle) et la phase III de connaissance (précède le « être avec » de la phase IV) entre deux personnes. L'infirmière ne cherche donc pas nécessairement à résoudre des problèmes en aidant un patient mais plutôt en accompagnant une personne et sa famille.

Mayeroff (1971) qui est considéré comme un pionnier dans le *caring* mentionne la connaissance, les rythmes alternant, la patience, l'honnêteté, la confiance, l'humilité, l'espoir et le courage comme étant les ingrédients majeurs du *caring*. Roach (1987) qui est une théoricienne canadienne mentionne quant à elle six attributs du *caring* : la compassion, la compétence, la confiance, la conscience, l'engagement et le comportement. Boykin & Schoenhofer (2003) quant à elles ont créé une théorie du « *Nursing as Caring* » dont le premier postulat s'énonce comme suit: être humain, c'est être *caring*. À partir de ce postulat, le respect pour les personnes comme

individus démontrant du *caring* et le respect pour ce qui importe aux personnes sont les points de départ pour toutes les activités humaines. Ainsi, chaque personne démontre du *caring* et cela est une expression de l'être humain. Boykin & Schoenhofer (1993) recourent à l'image du cercle de danse afin de décrire ce que c'est pour l'infirmière « *being for* » et « *being with* » *the patient*. Dans le cercle, toutes les personnes s'engagent à se connaître soi-même et à vivre et grandir dans le *caring*. Chaque danseur a une contribution distincte par le rôle qu'il assume. Les danseurs ne doivent pas nécessairement se prendre la main, mais ils peuvent le faire. Chaque danseur bouge à l'intérieur de cette danse inspirée par la nature des situations en soins infirmiers. Chaque personne est donc vue comme spéciale et possédant un potentiel de *caring*.

Ainsi, il existe plusieurs facettes du *caring* et de nombreux théoriciens sont regroupés dans cette école de pensée. Morse, Bottorff, Neander et Solberg (1991) les ont regroupés dans 5 perspectives du *caring* : le *caring* comme trait humain (Roach, Leininger, etc.), comme impératif moral (Watson, Brody, etc.), comme interaction ou affect (Bevis, Gendron, etc.), comme intervention interpersonnelle (Benner & Wrubel, etc.) ou comme thérapeutique (Swanson-Kauffman, Gaut, etc.).

### **Le *Human Caring* de Jean Watson**

Lorsque Watson aborde le *caring* globalement, elle parle de *conscience caring* et de l'universalité du *caring*, car il émerge également dans d'autres professions liées à la santé.

Voici ce que Watson (Trad. Libre, 2005) dit du *caring* :

- Le *Caring* concerne les relations et les significations.
- Le *Caring* est une force intégratrice (sans doute transformatrice) pour les soins de la santé (et de *healing*).
- Le *Caring* se transcende lui-même dans une conception de l'expansion de la conscience.

- Le *Caring*, une forme de connaissance, peut être transformé en un *caring* plus inclusif pour atteindre un plus haut niveau de conscience.
- Il y a une connexion explicite entre *caring* / *caritas* et Amour.
- Le plus haut niveau de conscience est l'Amour.
- L'expansion de la conscience du *caring* évolue à travers l'Amour Cosmique comme énergie universelle vitale de l'univers.

Les composantes majeures de la conception de Watson sont les facteurs caratifs, la relation transpersonnelle de *caring* et les occasions/moments de *caring* (Cara, 2003).

Ainsi, Watson (1998) a élaboré 10 facteurs caratifs pour guider la pratique infirmière.

Tableau 1 : Dix facteurs caratifs de Watson (1998)

<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Le développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste.</li> <li>2) La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir.</li> <li>3) La culture d'une sensibilité à soi et aux autres.</li> <li>4) Le développement d'une relation d'aide et de confiance.</li> <li>5) La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs.</li> <li>6) L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de prise de décision.</li> <li>7) La promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel.</li> <li>8) La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction.</li> <li>9) L'assistance dans la satisfaction des besoins humains.</li> <li>10) La prise en compte de facteurs existentiels-phénoménologiques.</li> </ol>
---

C'est sur base de ces mêmes facteurs que l'échelle mesurant le sentiment de compétence dans la relation infirmière-client a été développée par des chercheuses québécoises (Cossette, Cara, Ricard, Pepin, 2005). Cette échelle détaille chaque facteur caratif en énoncés version infirmière en anglais, version infirmière en français et version patient (voir annexe 3). Les auteurs ont répertorié 121 items provenant de différentes échelles mesurant les attitudes *caring*. Ces 121

items ont été classés selon leur appartenance aux 10 facteurs caratifs de Watson. Par la suite, ces items ont été revus par un panel de 13 expertes en sciences infirmières qui les ont examinés et discutés avec les auteurs pour arriver à conserver 70 items. Ce travail a abouti à la création de l'échelle CPNI (*caring patient-nurse interaction scale*). Dans la veine des travaux de Cossette & al., Forbes (2004) a développé une grille d'observation des interactions patient/ infirmière sur base des 10 facteurs caratifs de Jean Watson (voir annexe 4). Les éléments de la grille ont été regroupés en trois axes : prédominance de l'aspect humain, de la relation thérapeutique et des activités cliniques. Les éléments de cette grille d'observation sont soit des indicateurs de contenu comme « salue le patient » ou des indicateurs relationnels comme « se place face au patient » et ont été validés par un groupe d'experts. Forbes (2004) recommande d'ailleurs l'utilisation de la grille dans le cadre de la formation : cette grille permettant d'observer l'interaction entre l'infirmière et le patient et d'en cibler les éléments de *caring*.

Il est à noter que dans les travaux récents de Watson (2005), les facteurs caratifs ont été modifiés pour identifier davantage le lien existant entre *Caring* et *Love* (Amour) en utilisant le terme *caritas* plutôt que caratif. Watson utilise dorénavant 10 processus de *caritas* cliniques qui sont des variantes de ses 10 premiers facteurs caratifs pour lesquels on observe une plus grande dimension spirituelle (Cara, 2003).

Tableau 2 : Dix processus de *caritas* cliniques mentionnés par Watson sont : (Cara 2003)

<ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Practice of loving kindness and equanimity within context of caring consciousness.</i></li> <li>2) <i>Being authentically present, and enabling and sustaining the deep belief system and subjective life world of self and the one-being-cared-for.</i></li> <li>3) <i>Cultivation of one's own spiritual practices and transpersonal self, going beyond ego self, opening to others with sensitivity and compassion.</i></li> <li>4) <i>Developing and sustaining a helping-trusting, authentic caring relationship.</i></li> <li>5) <i>Being present to, and supportive of, the expression of positive and negative feelings as a connection with deeper spirit of self and the one-being-cared-for.</i></li> <li>6) <i>Creative use of self and all ways of knowing as part of the caring process; to engage in artistry of caring-</i></li> </ol>
---

*healing practices.*

- 7) *Engaging in genuine teaching-learning experience that attends to unity of being and meaning, attempting to stay within other's frames of reference.*
- 8) *Creating healing environment at all levels (physical as well as non-physical), subtle environment of energy and consciousness, whereby wholeness, beauty, comfort, dignity, and peace are potentiated.*
- 9) *Assisting with basic needs, with an intentional caring consciousness, administering "human care essentials", which potentiate alignment of mindbodyspirit, wholeness, and unity of being in all aspects of care; tending to both the embodied spirit and evolving spiritual emergence.*
- 10) *Opening and attending to spiritual mysterious and existential dimensions of one's own life-death; soul care for self and the one-being-cared-for.*

Watson (2005) explique que le *caring transpersonnel* contient des ingrédients de base qui sont les suivants et qui font partie de la *Science du Caring* :

- Le champ du *caring transpersonnel* réside dans un champ unitaire de conscience et d'énergie qui transcende l'espace, le temps et l'environnement physique (unité de l'âme, le corps, l'esprit, la nature et l'univers).
- Une relation de *caring transpersonnel* réfère à une connexion unitaire d'esprit à esprit à l'intérieur d'un moment *caring*, honorant l'esprit incorporé du patient et du praticien à l'intérieur d'un champs de conscience unitaire.
- Une relation de *caring transpersonnel* transcende le niveau de l'ego des deux personnes et crée un champ *caring* avec de nouvelles possibilités sur comment être dans le moment.
- L'intention et la conscience *caring* du praticien authentique a une fréquence énergétique plus élevée qu'une conscience non-caring, en ouvrant des connexions au champs universel de conscience et un plus grand accès à l'aspect *healer* qui est en nous.
- Le *caring transpersonnel* est communiqué via le pattern de conscience énergétique du praticien, intentionnellement et avec une présence authentique dans une *relation caring*.

- Les modalités du *caring-healing* sont souvent non invasives, non intrusives, naturelles humaine, et considèrent le champ énergétique environnemental.
- Le *caring transpersonnel* privilégie la connaissance de soi, le *self-control* et les schémas et possibilités de *self-healing*.
- Les modalités du *caring transpersonnel* avancé utilisent des manières multiples de savoir-être; elles entourent le *caring éthique et relationnel* avec les modalités d'intentionnalité consciente dont la nature est énergétique (forme, couleur, lumière, son, toucher, visuel, olfactif, etc.) qui honorent l'intégrité, le *healing*, le confort, l'équilibre, l'harmonie et le bien-être.

Ainsi, dans la relation transpersonnelle de *caring*, « le terme transpersonnel veut dire aller au-delà de l'ego personnel ici et maintenant, car cela permet d'atteindre des connexions spirituelles plus profondes en promouvant le confort et le soin du patient (...) le but de la relation transpersonnelle de *caring* correspond à la protection, l'augmentation et la préservation de la dignité, l'humanité, l'intégrité et l'harmonie intérieure de la personne. » (Cara, 2003, p.53). La relation transpersonnelle de *caring* dépend donc de l'engagement moral, de la conscience *caring* de l'infirmière et de la mutualité relationnelle existant entre la personne et l'infirmière (Cara, 2003). Originellement, Watson (1998) mentionnait les ingrédients nécessaires à la relation d'aide qui sont les suivants:

- Le respect des croyances et de l'espoir (lié au facteur caratif 2)
- L'altruisme et l'humanisme (lié au facteur caratif 1)
- La sensibilité à soi, le respect de soi et des autres (lié au facteur caratif 3)
- La congruence –sincérité
- L'empathie
- La chaleur humaine

Dans ses écrits récents, Watson (2002) parle également d'intentionnalité et de conscience du *caring-healing* pour pratiquer un soin transpersonnel. Ainsi, selon elle, l'intentionnalité, la conscience et le champ phénoménal forment le cadre du soin transpersonnel. Toujours selon Watson (2002), lorsque l'on parle de « transpersonnel, cela réfère à des valeurs d'une connexion profonde, d'une relation, de la signification subjective, et de l'humanité partagée » (p.13). Traditionnellement, les intentions nous rappellent ce qui est important, guident nos choix et nos actions et servent de modèles pour nous permettre de donner forme et direction à nos efforts. La conscience peut se projeter elle-même au-delà des limitations des sens immédiats, ce qui explique l'intérêt des recherches récentes sur les guérisons à distance, l'intentionnalité à distance, etc. Ainsi, « l'intentionnalité n'est pas la même chose que le mot « intention » ni même que « bonne intention (...) et ne réfère pas à avoir une direction vers un but avec des résultats attendus. (...) L'intentionnalité dépasse l'intention simple et réfère plutôt à la coopération avec le champ énergétique au lieu d'essayer de le changer. La conscience et l'intentionnalité sont posés en principe pour fonctionner dans le champ énergétique des possibilités naissantes en manifestant la conscience du *caring-healing* dans le moment » (p.14). Ainsi, selon Watson (2002), « un modèle d'intentionnalité de *caring* transpersonnel incorpore aujourd'hui l'énergie et l'esprit universel et manifeste de profondes valeurs de connexions et de *healing*. (...) le praticien doit considérer ses propres pensées et actions quotidiennes pour cultiver l'intentionnalité » (p.14). Toujours selon Watson, le *nursing* ne doit pas être défini en termes d'ordonnances médicales ou de tâches bureaucratiques, mais plutôt en invitant des concepts tels que l'intentionnalité, la conscience *caring*, l'énergie, l'esprit, et le transpersonnel dans notre cadre de référence. Ce que nous faisons n'est plus uniquement rattaché au monde matériel qui s'inscrit dans une pratique fragmentée mais notre pratique appartient à quelque chose de plus profond. Dès lors, l'étudiante infirmière pourrait apprendre à cultiver une conscience *caring* par l'entremise d'exercices.

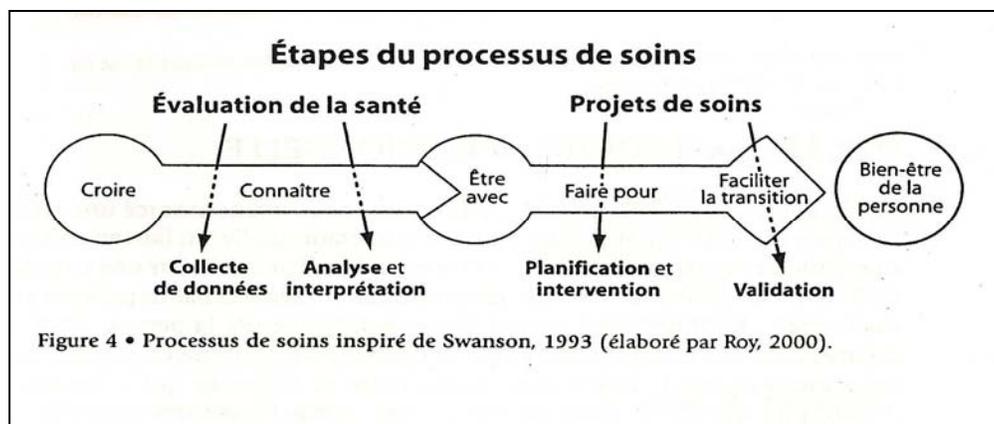
### **Le *Human Caring* et le processus de soin**

Provencher et Fawcett (1999) proposent une classification des conceptions infirmières en trois niveaux d'abstraction: le modèle conceptuel, la théorie à large spectre et la théorie de niveau intermédiaire. Bien que contestable, selon la classification de ces auteurs, la conception de Watson se situerait au niveau de la théorie à large spectre, car celle-ci ne toucherait pas à tous les concepts centraux de la discipline infirmière (personne, santé, environnement, soin). Toutefois, il est nécessaire de concrétiser davantage la conception de Watson pour la rendre applicable directement dans la pratique. C'est pourquoi, il nous semble important de recourir à la théorie intermédiaire de Swanson (1993) pour appliquer cette conception de façon plus concrète. Cette théorie de niveau intermédiaire ne cible pas uniquement la conception de Watson mais s'inspire de divers écrits de l'école du *caring*.

Swanson (1993) propose cinq étapes d'un processus de soins au travers duquel le *caring* peut se manifester dans la relation infirmière-client. Roy (2000) propose en français une description des étapes du processus de soins à partir des processus décrits par Swanson. Cette démarche structurée de la pensée infirmière, alliant art et science lorsque l'on soigne un être humain, reflète bien l'intégration du *caring* dans la pratique infirmière.

Ces étapes tirées de Roy (2000) sont les suivantes :

Figure 1 : Étapes du processus de soins



Ces étapes non linéaires sont importantes pour structurer les soins infirmiers en pratique. La vision paradigmatique et la conception des soins infirmiers que nous avons, influence donc directement les soins que nous donnons aux personnes et à leurs familles. Pour Swanson (1993), « être avec c'est être émotionnellement présent à l'autre. C'est une façon de transmettre au client que ses expériences sont importantes pour l'infirmière. Être émotionnellement présent est une façon de partager les significations, les sentiments et les expériences des personnes. Être avec le client lui assure que sa réalité est prise en compte et que l'infirmière est prête et veut être là pour lui. » (trad. libre, p355). Être avec le client dépasse la simple présence physique, c'est donner du temps, assurer une présence authentique, écouter attentivement, etc. O'Reilly (2004) mentionne trois niveaux de profondeur de la relation pour tendre vers le *caring* : la relation humaine entre deux personnes, la présence humaine physique et émotive et finalement le « être avec » qui se rapproche le plus du *caring*. Ainsi, le « être avec » n'est possible que si je suis d'abord présente à l'autre; il est le cœur de la relation transpersonnelle de *caring*.

### **L'apprentissage du *caring* et la pensée critique**

Au niveau de l'apprentissage du *caring*, il existe une tendance à promouvoir l'*Educative Caring* (Bevis & Watson, 2000) qui favorise la construction des savoirs et l'harmonie basée sur le dialogue et l'apprentissage participatif des étudiants. L'école du *caring* a un potentiel au niveau

des soins pour en favoriser leur humanisation, cela est également vrai en enseignement : la relation étudiant-professeur est vue comme un co-apprentissage où le professeur peut aussi apprendre en enseignant. L'apprentissage est donc multiple. Le *Human Caring* (Watson, 1988) est une philosophie de soin, une façon de concevoir la personne et l'univers qui peut guider notre pratique d'infirmière et même la façon dont on enseigne (Bevis & Watson, 2000). Les facteurs caratifs de Watson peuvent servir de guide dans l'élaboration d'activités d'apprentissage basée sur le caring au même titre qu'ils guident la pratique clinique.

Les différentes théoriciennes du *caring* enrichissent la pensée réflexive pour développer une pratique infirmière ancrée dans le 21<sup>ème</sup> siècle. C'est le défi à relever : accompagner des étudiantes infirmières pour les aider à devenir des professionnelles pour lesquelles le *caring* est porteur de sens et est au cœur des soins qu'elles donneront aux personnes et à leurs familles. D'après Lechasseur et collègues (2005), « la pensée critique ne s'enseigne pas, elle se développe en mettant les étudiants dans des situations complexes et riches » (études de cas). Tout comme la pensée critique, le *caring* ne s'enseigne pas, il se développe par l'apprentissage.

Toujours selon Lechasseur et collègues, il est important de développer une compétence relationnelle, car c'est une des deux composantes (affective et cognitive) de la pensée critique qui touche également à l'intelligence intrapersonnelle aussi nommée émotionnelle et l'intelligence interpersonnelle. La pensée critique permet de mobiliser et choisir les données probantes pour bâtir le jugement clinique. Ainsi, le développement de la pensée critique est un préalable au jugement clinique de l'infirmière. On saisit ici toute l'importance et les liens solides entre ces concepts fondamentaux (compétence relationnelle, pensée critique, jugement clinique) pour une pratique infirmière basée sur les données probantes. Malgré ces affirmations, Goudreau (2005) souligne le peu d'écrits en *nursing*, en éducation et en administration concernant le choix de stratégies éducatives basé sur des données probantes. D'après Goudreau, les professeurs des

sciences infirmières doivent dès lors accorder une place plus grande aux données informelles telles que le jugement professionnel et l'expérience dans le choix d'activités d'apprentissage.

### **L'apprentissage du *caring* et l'approche par compétences**

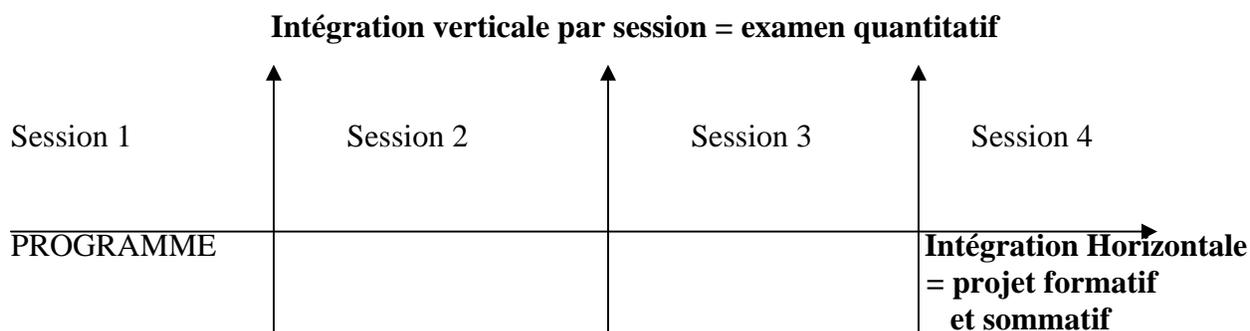
Il existe plusieurs manières d'apprendre ou d'enseigner la relation infirmière-client. Étant donné que la Faculté des sciences infirmières a adopté l'approche par compétences et l'apprentissage par situations infirmières cliniques (APSIC) pour cimenter son nouveau programme, les stratégies d'enseignement et d'apprentissage à privilégier dans les laboratoires de relation transpersonnelle de *caring* seront actives et basées sur le socio-constructivisme.

Les modes d'évaluation doivent être authentiques (Louis & Bernard, 2004) et porter sur des tâches signifiantes et complexes. Selon Lasnier (2000), l'évaluation formative touche non seulement le contenu disciplinaire, mais également les compétences, les capacités et les stratégies d'apprentissage du participant. Cette évaluation est continue et permet de fournir de nombreuses rétroactions aux étudiants, ce qui tend à passer d'une évaluation quantitative (note) à qualitative (rétroactions). Toujours selon Lasnier, l'évaluation sommative (certificative) ne porte pas sur une seule observation (examen), mais sur une série d'observations (évaluations formatives) afin de témoigner de l'évolution dans les apprentissages du participant. Il s'agit du continuum entre l'évaluation formative et l'évaluation sommative. L'évaluation sommative serait un aboutissement, un jugement global résultant de plusieurs évaluations formatives qualitatives. Pour l'application d'une véritable approche par compétences, il faut organiser des modes d'évaluations authentiques (formatives – sommatives) et prévoir des périodes d'intégration des connaissances à travers tout le programme de formation. (Inspiré des propos de Tardif, 2005).

Selon Proulx (2005), l'intégration des connaissances devrait également être longitudinale et pas seulement verticale. L'intégration verticale fait référence aux examens de fin de session portant sur une quantité définie de matière vue dans le cadre d'un cours : l'évaluation est donc ici

compartimentée. Ce mode d'intégration est surtout rattaché à l'approche traditionnelle ou l'approche par objectif et n'est pas nécessairement souhaitable dans une approche par compétences. L'intégration longitudinale fait plutôt référence à l'apprentissage progressif avec des rétroactions nombreuses entre professeur et étudiant durant tout le programme d'enseignement. Un exemple d'intégration longitudinale serait la création d'un projet d'équipe qui ferait appel à toutes les compétences développées jusqu'à présent pour créer quelque chose de commun : une fusée pour des ingénieurs, la réalisation d'une étude de cas longitudinale et complexe dans le domaine de la santé, etc.

Figure 2 : Les modes d'évaluation. (figure inspirée de Proulx, 2005)



Il est exclu de recourir à un enseignement comportementaliste qui favorise la création d'un environnement qui contraint l'association stimulus-réponse axé sur le développement de comportements. Cet environnement morcelle le contenu de la matière et organise celle-ci en étapes (Hermann, 2003). L'apprentissage comportementaliste se fait par imitation et par approximations successives. Les infirmières de demain ne doivent pas être conditionnées par le *caring* mais plutôt développer une pensée *caring*. Les superviseurs de laboratoire doivent recourir à des stratégies pour permettre des apprentissages en profondeur pour établir des liens entre divers éléments de la matière en recourant à des exemples, des analogies (Barbeau & al., 1997). On ne privilégie désormais plus l'apprentissage en surface, c'est-à-dire la mémorisation de segments de matière, mais un apprentissage en profondeur des connaissances.

Le développement graduel des compétences ne touche pas seulement les savoir-faire, car une compétence est « un savoir-agir complexe résultant de l'intégration, de la mobilisation et de l'agencement d'un ensemble de capacités et d'habiletés (pouvant être d'ordre cognitif, affectif, psychomoteur ou social) et de connaissances (déclaratives) utilisées efficacement, dans des situations ayant un caractère commun »(Lasnier, 2000). Chaque compétence est subdivisée en capacités ou en éléments de compétence et permet de toucher des connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles pour favoriser le transfert des connaissances (Barbeau & al.,1997). L'évaluation des apprentissages se fait désormais en situation authentique en ciblant des critères de performance complexes (Louis & al., 2004) nécessitant l'établissement de seuil de réussite par l'utilisation de l'approche critériée au sein d'une grille d'appréciation. Ainsi, les compétences visent également des apprentissages de niveau taxonomique élevé dans le domaine cognitif : la capacité de porter un jugement critique fondé sur des critères internes et externes ou la capacité de produire une œuvre personnelle après avoir conçu un plan d'action en sont des exemples (Bloom in Chamberland & al.,2003). Au niveau des laboratoires touchant principalement aux connaissances procédurales, cette évaluation se traduit par des ÉCOS ou des examens pratiques basés sur des grilles d'observation. L'apprentissage des connaissances procédurales au laboratoire étant assurée au préalable grâce à la démarche d'acquisition et d'intégration des procédés de soins (DAIPS) de Marcheterre (2004). La mesure en évaluation peut désormais se faire à partir d'une tâche complexe spécifique permettant à l'étudiant de mobiliser l'ensemble de ses savoirs pour la réaliser ou bien à partir d'un portfolio qui présente une gradation des apprentissages réalisés par l'étudiant. Les étudiants bénéficient des rétroactions de leurs pairs (socio-constructivisme) et du superviseur (évaluation formative) pour construire ses connaissances et s'améliorer. L'aspect de l'auto-évaluation prend une place plus importante vu que l'étudiant doit partager ce qu'il a appris sur une période de temps déterminée. C'est pourquoi,

des plénières favorisant l'intégration des apprentissages peuvent être organisées dans les laboratoires de relation infirmière-client.

### **L'apprentissage du *caring* et l'art**

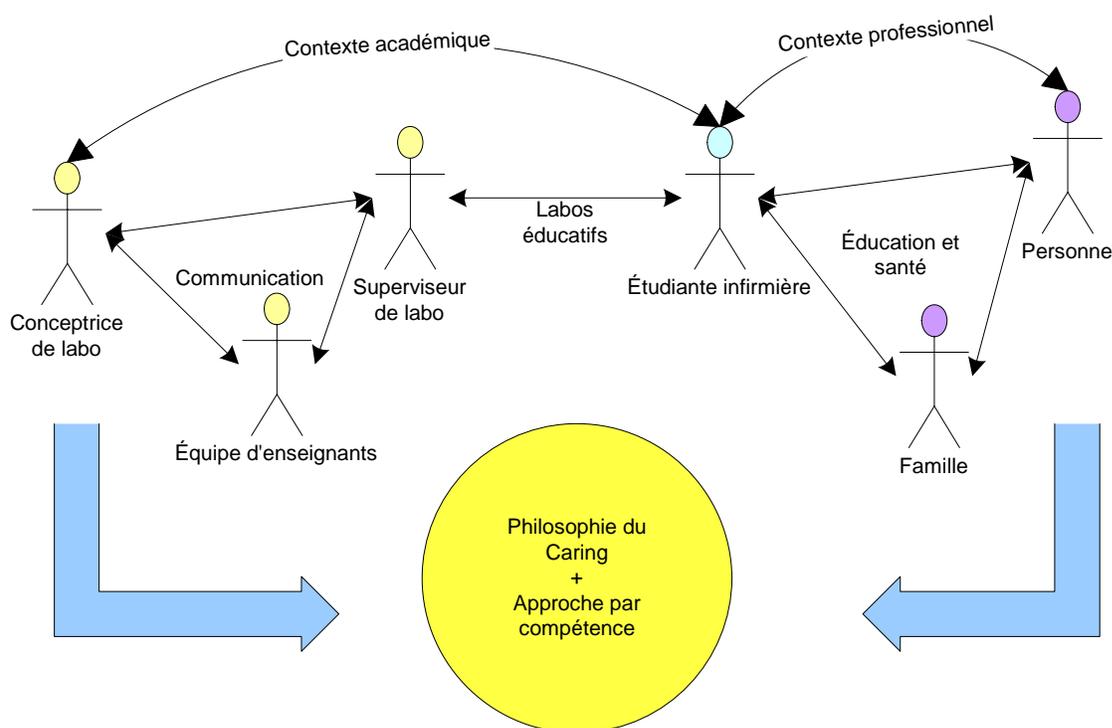
Sappington (2004) parle de la possibilité pour les étudiants de tenir un journal écrit de *caring* pour faciliter l'introspection et la métacognition au niveau des apprentissages en matière de présence ou d'absence de *caring* que l'étudiant expérimente. Cela permet aussi aux étudiants d'augmenter leur habileté à reconnaître des comportements empreints de *caring*. Un échange en classe permet une conscientisation des diverses formes d'expression du *caring* dans les situations quotidiennes qui surviennent entre les infirmières et les clients. Marten-Daniel (2005) mentionne également la possibilité pour les étudiants de recourir à l'art qui fait appel aux connaissances esthétiques et permet de gérer le stress. Selon cet auteur, l'art peut se concrétiser sous forme de poème, de dessin, de peinture ou autre. Elle propose que chaque feuille du journal soit divisée en deux et que le côté gauche serve à l'expression artistique et que le côté droit serve à l'écriture des significations de cette expression artistique ou de vécu personnel démontrant le cheminement dans les apprentissages. Pardue (2004) mentionne que « les stratégies d'enseignement esthétiques fournissent à des étudiants de soins des expériences d'étude uniques et mémorables. L'exploration des modalités esthétiques stimule la capacité de découvrir la signification d'une situation » (p.58). Ainsi, des résultats positifs issus de telles expériences pédagogiques ont déjà été démontrés. Selon cet auteur, une lecture sous forme théâtrale pourrait même être organisée en guise d'activité d'apprentissage du *caring*, car les expériences artistiques soutiennent le développement d'un professionnel humain et *caring* centré sur la personne. D'après Carper (1978 dans Kérouac & al., 2003) les sources du savoir sont de quatre ordre : empirique, esthétique, éthique et personnel. Durant un laboratoire, on doit faire appel aux savoirs personnels (connaissances et expériences antérieures), empiriques (lectures scientifiques préparatoires),

éthique (*caring* comme idéal moral) et esthétique (expression artistique dans le journal de bord). Blondeau (2002) vient encore renforcer ce choix en soulignant l'importance de développer l'art du soin infirmier puisque « l'art du soin infirmier est subordonné à l'éthique (...) il s'agit par conséquent d'un art pratique et moral ».

### L'apprentissage du *caring* et l'enseignement à la personne et sa famille

La formation par compétences qui allie le socio-constructivisme et le cognitivisme mentionnée auparavant sera utilisée pour créer des laboratoires proposés aux étudiants, mais ces approches éducatives peuvent également être utilisées par les étudiants pour qu'ils puissent à leur tour développer des programmes d'apprentissage destinés au patient et à sa famille sur l'iléostomie ou le diabète par exemple. Cela pourrait se schématiser comme la figure qui suit.

Figure 3 : Conceptions sous-tendant l'enseignement à la personne et à sa famille



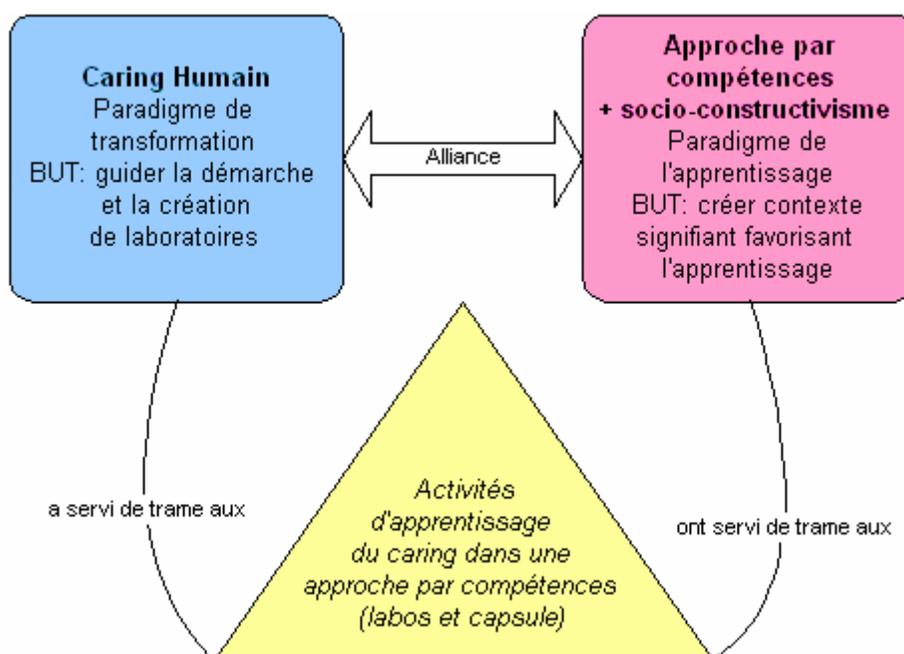
Tout comme dans l'approche par compétences et le *caring*, l'infirmière qui veut promouvoir la santé de la personne par l'éducation ne doit pas partir avec ses objectifs personnels mais partir de la personne elle-même en la considérant dans son entièreté. Partir de la personne c'est aussi cibler ensemble les apprentissages à faire sur base de l'expérience antérieure en utilisant l'*Educative-Caring* (annexe 3) comme conception de base, car celle-ci allie *caring* et éducation. Recourir à une telle approche permet d'être avec la personne en tenant compte qu'un certain nombre de nos clients sont analphabètes par exemple. Smith (2003) souligne qu'une personne analphabète peut être tellement honteuse qu'elle devient experte à cacher son secret : elle peut se créer des excuses en remettant la lecture à plus tard.

### **Synthèse**

L'approche par compétences et l'apprentissage par problèmes ou situations infirmières cliniques sont des approches en éducation basées sur le constructivisme et le cognitivisme qui permettent le développement graduel des compétences disciplinaires et transversales qui englobent aussi des savoirs. Ce sont vers ces approches que doivent tendre les activités d'apprentissage du *caring* et l'enseignement à la personne et à sa famille. C'est bien aussi grâce à cet aspect qu'un pont solide est établi entre la conception de Watson et les approches pédagogiques : le facteur caratif 6 parle bien de processus créatif de résolution de problèmes dans lequel est abordé le processus de soins infirmiers. C'est ce lien très fort qui permet de dire que ces conceptions peuvent s'entrecroiser et se solidifier l'une l'autre.

En guise de synthèse, la dynamique du stage sur l'apprentissage du *caring* peut-être vue de cette façon :

Figure 4 : Résumé conceptuel du stage



### **Recommandations pour les laboratoires relationnels à la lumière de la recension :**

Les laboratoires doivent être construits à l'aide du paradigme de la transformation dans lequel s'inscrit la conception du Soin Humain de Watson. Ces laboratoires doivent allier si possible la relation infirmière-client et les soins techniques nécessaires pour agir avec compétence comme infirmière. Les 70 énoncés de l'échelle CPNI de Cossette & al. (2005, voir annexe 3) ont été utilisés pour cibler les apprentissages spécifiques à faire en laboratoire de relation infirmière-client. Cet outil a servi également de point de repère pour la répartition harmonieuse des facteurs caratifs à travers le nouveau programme de baccalauréat (voir annexe 5). Les processus de caritas clinique n'ont pas été abordés en détail ici, car l'outil créé par Cossette et al. (2005) est plutôt basé sur les facteurs caratifs. Toutefois, il est clair que Watson parle de relation caring et non de

relation d'aide dans ses processus de caritas cliniques. Les processus de caritas cliniques (Cara 2003) ont été quand même considérés lors de l'élaboration des activités d'apprentissage du *caring* parce que ceux-ci apportent des spécifications aux facteurs caratifs en termes de spiritualité, d'art et de conscience *caring*. Les écrits récents de Watson (2002, 2005) sur l'intentionnalité, la conscience *caring* et les explications sur le *caring* transpersonnel mais également ses écrits plus anciens (1998), sur les composantes de la relation d'aide, ont guidé le choix et la justification des exercices proposés en laboratoire. Les facteurs caratifs repris dans la grille de Cossette &al. (2005) qui servent de guide au processus de soin ont été répartis dans les unités d'apprentissage (voir annexe 6) afin que les étudiants puissent construire graduellement leur connaissances sur base d'une conception infirmière choisie par la Faculté qui est le *caring*. La grille de Cossette &al. pourra être présentée aux professeurs via le partage de la planification longitudinale (voir CD-ROM) et aux étudiants via les grilles d'observation dans les laboratoires. La grille d'observation des interactions patient / infirmière de Forbes (2004) a permis aux étudiants de s'autoévaluer à l'aide d'une grille d'observation pédagogique, mais des éléments de la grille pourraient être repris dans les grilles d'observation des ÉCOS. Cette grille est concrète et plus courte que la grille de Cossette &al., ce qui permet une utilisation plus aisée au niveau pédagogique.

Une réflexion sur les ingrédients (Mayeroff), les attributs (Roach) et les composantes du *caring* (Watson) a été proposée dans le cadre des laboratoires : cela permettrait aux étudiants de cibler des valeurs et à développer une pensée critique pour tendre vers une adhésion ou non à celles-ci. Le tableau suivant résumant les ingrédients, les composantes et les attributs du *caring* a servi également de guide pour consolider la construction et la justification du choix des exercices proposés en laboratoire. Ces choix se sont faits surtout à la lumière de la conception du *Human Caring* de Jean Watson.

Tableau 3 : Concepts guidant le choix des exercices en laboratoire

<b>Jean Watson (1998 trad. française de 1985)</b>	<b>M.S. Roach (1987)</b>	<b>Milton Mayeroff (1971)</b>
<p>Les 6 composantes de la relation d'humain-à-humain :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le respect des croyances et de l'espoir (lié au facteur caratif 2)</li> <li>- L'altruisme et l'humanisme (lié au facteur caratif 1)</li> <li>- La sensibilité à soi, le respect de soi et des autres (lié au facteur caratif 3)</li> <li>- La congruence ou sincérité</li> <li>- L'empathie</li> <li>- La chaleur humaine</li> </ul> <p>Les 10 facteurs caratifs (outil de Cossette à 70 items + grille d'observation de Forbes)</p> <p>Notions de conscience et d'intentionnalité (2002, 2005)</p> <p>Processus de caritas clinique (Cara, 2003)</p>	<p>Les 6 attributs du <i>caring</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la compassion</li> <li>- la compétence</li> <li>- la confiance</li> <li>- la conscience</li> <li>- l'engagement</li> <li>- le comportement</li> </ul>	<p>Les 8 ingrédients majeurs du <i>caring</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la connaissance</li> <li>- les rythmes alternant</li> <li>- la patience</li> <li>- l'honnêteté</li> <li>- la confiance</li> <li>- l'humilité</li> <li>- l'espoir</li> <li>- le courage</li> </ul>

Puisque peu d'écrits existent pour justifier le choix d'un exercice plutôt qu'un autre exercice et que les professeurs des sciences infirmières accordent une place plus grandes aux données informelles comme le jugement professionnel et l'expérience pour choisir des activités d'apprentissage, il a été important de valider les activités construites auprès d'experts tant au niveau pédagogique qu'au niveau de la conception du *Human Caring*.

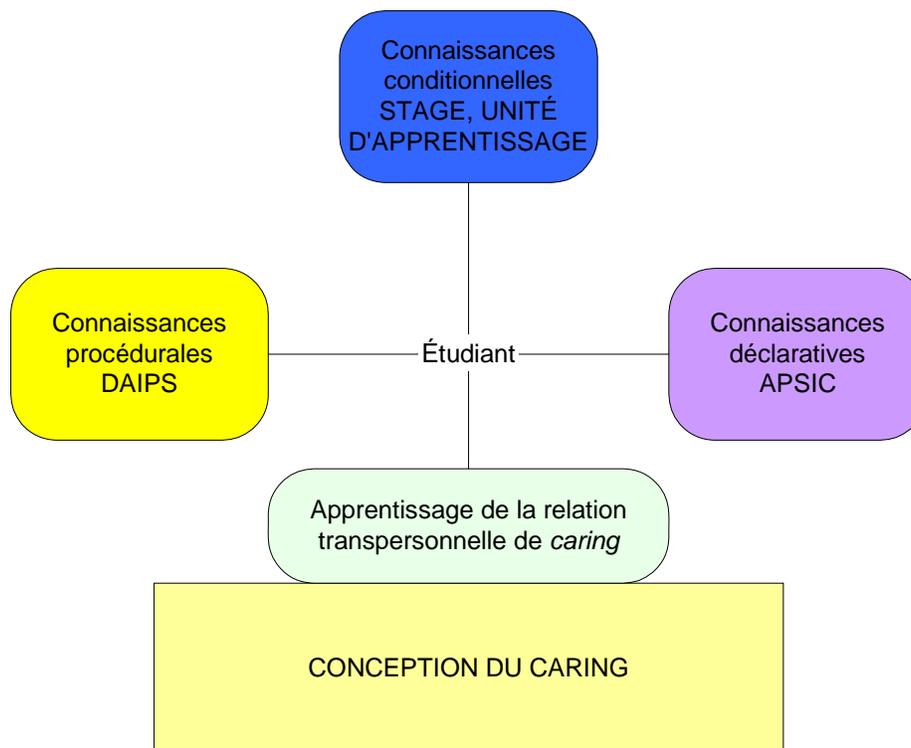
La conception de Watson et la théorie intermédiaire de Swanson (1993) peuvent aider les étudiants à développer graduellement des compétences en lien avec les processus de soins et la pensée infirmière, voire de la pensée critique, tout au long de leur apprentissage au baccalauréat. Les étapes de la relation d'aide traditionnellement abordées en laboratoire, ne seront plus abordées : il a plutôt été question de phases de la relation infirmière-client (Duffy, 2003).

Les laboratoires de communication de base (SOI 1605), de relation infirmière-client (SOI 1615), de relation infirmière-client dans la gestion de la douleur (SOI 1603) et d'enseignement à la personne (SOI 1625) ont tenu compte de l'approche par compétences et de l'approche par situations infirmières cliniques dans la création de tâches complètes et complexes.

Les laboratoires ont visé l'intégration de plusieurs types de savoirs (déclaratifs, procéduraux et conditionnels) et de sources de savoir (empirique, esthétique, éthique et personnel) afin que l'étudiant puisse développer un savoir-agir complexe mobilisant ses ressources internes et externes. Au niveau des laboratoires de relation infirmière-client, l'outil d'intégration proposé a été le journal de bord qui devait être déposé au portfolio électronique : combiner un journal de bord alliant écrits et expression artistique a été une stratégie proposée dans le cadre de l'apprentissage du *caring*. Les étudiants ont pu également écrire dans leur journal de bord des questions qui demeurent et dont ils aimeraient trouver des réponses. Il est possible que cette démarche métacognitive les amène à chercher des réponses par eux-même, à susciter des discussions en groupe et à valider les apprentissages qu'il leur reste à faire.

L'apprentissage a été graduel et continu à travers tout le programme de formation (voir annexe 5) pour que les étudiantes puissent développer leurs compétences relationnelles de futures infirmières de la façon suivante :

Figure 5 : Types de connaissances (inspirée des propos de Goudreau et collègues, 2005)



### Cibles d'apprentissage

Le but de ce stage était de développer des activités d'apprentissage du *caring* comportant la construction, la validation, la supervision, l'évaluation et la révision de celles-ci. Ces activités étaient destinées aux étudiants de première année du baccalauréat de la Faculté des sciences infirmières. Les activités se sont déroulées principalement dans le cadre de laboratoires couvrant les unités SOI 1605<sup>1</sup>, 1615<sup>2</sup>, 1603 et 1625.

La compétence disciplinaire visée dans le stage était la suivante : développer des habiletés d'enseignante en réalisant et en évaluant des activités d'apprentissage du *caring*.

Pour développer cette compétence, plusieurs cibles spécifiques ont été mentionnées (voir tableau 4) comme « objectifs » de stage : planifier et réviser des activités, dispenser des enseignements théoriques et cliniques, développer et appliquer des modes d'évaluation, favoriser le transfert des connaissances. Ces « objectifs » de stage se rattachent au contenu à produire et sont opérationnalisés par la réalisation d'activités et d'interventions dans le milieu.

Pour développer cette compétence, plusieurs cibles d'apprentissage ont également été mentionnées (voir tableau 4) : dispenser des enseignements, développer une réflexion métacognitive, communiquer efficacement, renforcer mes connaissances sur le *Human Caring* et l'APC. Ces cibles d'apprentissage touchent à ce que j'ai à apprendre comme être humain et étudiante dans le cadre de mon stage et sont évalués par différents outils tels que le journal de bord, l'enregistrement des prestations d'enseignement, le matériel pédagogique mis sur CD-ROM et le rapport de stage. Le milieu de stage est la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et principalement les laboratoires. Une collaboration a été établie avec plusieurs personnes-ressources du milieu présentées ici.

---

<sup>1</sup> Ces deux laboratoires relationnels seront seulement révisés

<sup>2</sup> Ces deux laboratoires relationnels seront seulement révisés

Les experts en *Human Caring* et/ou en pédagogie :

- Jacinthe Pepin : directrice de stage, comité d’approbation, professeure titulaire, experte en *Human Caring*
- Johanne Goudreau : comité d’approbation, professeure adjointe, experte en relation d’aide et en approche par compétences
- Monique Chaput : consultante en andragogie
- Sylvie Cossette : professeure agrégée, experte en *Human Caring*
- Catherine Forbes : clinicienne, experte en *Human Caring*

Pour les laboratoires :

- Suzanne Tremblay : responsable des laboratoires
- Les superviseurs de laboratoires
- Josée Marcheterre : responsable de formation professionnelle
- Chantal Champagne: responsable de formation professionnelle
- Frédéric Rochette : préposé des laboratoires

Pour les unités d’apprentissage :

- Jean-Pierre Bonin : professeur adjoint, responsable de la semaine d’intégration en mai
- Alain Legault : professeur adjoint, utilisation de WebCT
- Sylvie Lemay : professeure adjointe, responsable de l’unité SOI 1625
- Nicole Champagne : coordonnatrice de stage, unité SOI 1625 / 1705
- Lisette Gagnon : chargée de cours, responsable de l’unité SOI 1603
- Marie-Hélène Faille : professeure invitée, responsable de l’unité SOI 1603
- Dominique St-Jean : coordonnatrice de stage, unité SOI 1603 / 1712

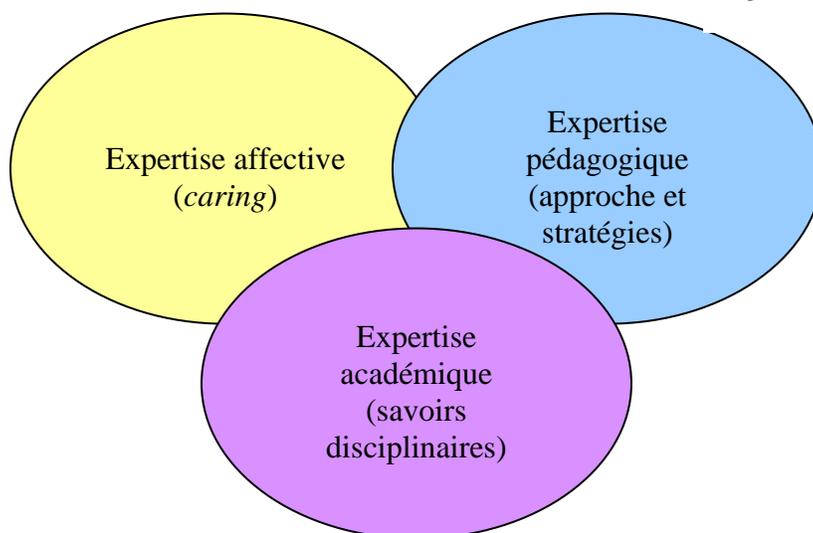
De façon plus périphérique, un échange interfacultaire, interuniversitaire et international a été tenté pour explorer la façon dont on apprend le *caring* et les interactions professionnels- patient –

famille ailleurs, dans d'autres milieux. Des précisions seront apportées dans la section « activités de collaboration ».

À l'automne 2005 et lors du comité d'approbation de stage le 18 janvier, il a été convenu que je m'occupe du laboratoire 4 du SOI 1603 et de deux laboratoires d'enseignement à la personne pour le SOI 1625. Attendu que la macroplanification du SOI 1625 était déjà complétée depuis septembre 2005 avec un seul laboratoire mixte de procédures et d'enseignement à la personne, il a été impossible d'ajouter une deuxième plage horaire réservée à l'enseignement à la personne. Dès lors, un compromis a été trouvé pour que je m'occupe de la capsule théorique sur l'enseignement à la personne et à sa famille et du laboratoire 4 de pratique de l'enseignement pour le SOI 1625.

Pour enrichir ces objectifs, comme le mentionne Goudreau et collègues (2005), il est bon de développer un savoir agir global de l'enseignant :

Figure 6- *Savoir agir global*



Dans le cadre de ce stage, l'expertise affective est liée au renforcement du *caring* (considéré comme un idéal moral par Watson) en matière de communication avec les étudiants et avec l'équipe d'enseignants. L'expertise pédagogique est liée à l'approche pédagogique (formation par compétences), à la planification et à la création de laboratoires d'apprentissage du *caring*, aux

stratégies d'enseignement (APP), aux stratégies d'apprentissage, aux modes d'évaluation, etc. L'expertise académique touche les contenus de la philosophie du *caring*, la pédagogie, les techniques de relation thérapeutique, la communication dans un contexte de gestion de la douleur, l'enseignement à la personne dans un contexte de chirurgie.

Le tableau 4 guide toute la démarche et le déroulement du stage ainsi que la discussion concernant l'atteinte ou non des objectifs établis. Chaque objectif de stage (colonne de gauche en bleu) est lié à des activités qui sont des moyens pour opérationnaliser les objectifs. Par exemple l'objectif de stage 1 est lié aux activités 1.1, 1.2, 1.3 et 1.4. Chaque objectif d'apprentissage (colonnes de droite en mauve) est également lié à des activités et des modes d'évaluation. L'atteinte des objectifs établis et les difficultés surmontées seront décrites dans la section « discussion ».

Tableau 4 : But du stage, objectifs de stage, objectifs d'apprentissage et moyens d'évaluation

<b>But du stage :</b> Développer des activités d'apprentissage du <i>caring</i> comportant la construction, la validation, la supervision, l'évaluation et la révision* de ces activités destinées aux étudiantes du baccalauréat de base de la Faculté des sciences infirmières, dans le cadre de laboratoires couvrant les unités SOI 1605*, 1615*, 1603 et 1625.			
<b>Objectifs du stage</b>	<b>Activités/ interventions</b>	<b>Objectifs d'apprentissage</b>	<b>Moyens d'évaluation du stage</b>
<p><u>Compétence disciplinaire :</u> « Développer des habiletés d'enseignante en réalisant et en évaluant des activités d'apprentissage du <i>caring</i> »</p> <p><u>Cibles spécifiques :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Planifier et réviser des laboratoires d'apprentissage du <i>caring</i> à la fine pointe des connaissances en sciences infirmières à partir de l'approche par compétences (APC).</li> <li>2) Dispenser des enseignements théoriques et cliniques en choisissant les méthodes appropriées selon les caractéristiques de la clientèle en adoptant une approche de partenariat enseignant-apprenant.</li> <li>3) Développer et appliquer des modes d'évaluation des apprentissages des étudiants en sciences infirmières selon l'APC</li> <li>4) Favoriser le transfert des connaissances couvertes aux labos relationnels vers les ÉCOS de la semaine d'intégration</li> </ol>	<p><b>1.1.</b> Adapter le laboratoire 4 du SOI 1603 sur l'apprentissage du <i>caring</i> dans un contexte d'évaluation de la douleur.</p> <p><b>1.2.</b> Construire une capsule d'apprentissage théorique sur l'enseignement à la personne à l'aide de l'APC et du <i>Human Caring</i>.</p> <p><b>1.3.</b> Adapter le laboratoire 4 du SOI 1625 sur l'apprentissage du <i>caring</i> dans un contexte d'enseignement à la personne et de gestion de la douleur.</p> <p><b>1.4.</b> Réviser tous les labos relationnels sur base des commentaires des étudiants (sondage sur WebCT), des superviseurs (rétroactions post-labo) et de professeurs (rencontres informelles).</p> <p><b>2.1.</b> Coaching des superviseurs avant les labos + supervision directe du labo 4 SOI 1603, labo 4 SOI 1625 + enseignement de la capsule théorique pour le SOI 1625.</p> <p><b><u>Moyens d'évaluation des activités :</u></b></p> <p><b>3.1.</b> outils formatifs : journal de bord, fiche SVA, réflexion personnelle sur les valeurs, grille d'observation pour les jeux de rôles, schémas, rétroactions des superviseurs durant le labo.</p> <p><b>4.1.</b> outils formatifs : proposition d'ajout d'items relationnels dans les ÉCOS de la semaine d'intégration.</p>	<p><u>Compétence disciplinaire :</u> « Développer des habiletés d'enseignante en réalisant et en évaluant des activités d'apprentissage du <i>caring</i> »</p> <p><u>Cibles spécifiques :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Dispenser des enseignement à l'aide de l'APC et du <i>Human Caring</i> au sein de petits groupes (16 étudiantes) ou de très grands groupes (TGG de 124 étudiants).</li> <li>b) Développer une réflexion métacognitive sur la façon d'apprendre le <i>caring</i> comme enseignante et comme étudiante (expertise affective).</li> <li>c) Communiquer de façon efficace avec les étudiants pour les aider dans leurs apprentissages (relation pédagogique), l'équipe d'enseignants des différentes unités et les personnes contacts interfacultaires, interuniversitaires ainsi que les experts consultés en <i>Human Caring</i> et en pédagogie.</li> <li>d) Renforcer mes connaissances sur le <i>Human Caring</i> et l'APC ainsi que sur l'évaluation de la douleur et l'enseignement à la personne (relation didactique, expertise académique).</li> </ol>	<p>- <b>a,b,c) Tenue d'un journal de bord</b> qui offre une vue globale de la progression de mes apprentissages. Le journal touche à chaque objectif d'apprentissage</p> <p>- <b>b et c) K7 vidéo et DVD-Rom</b> de mes performances réalisées en labo sert d'outil métacognitif mentionnées dans le journal de bord.</p> <p>- <b>Rapport de stage</b></p> <p>- <b>CD-ROM</b> contenant tout le matériel pédagogique crée : les 6 laboratoires et 1 capsule donnés durant l'année 2005-2006 et les 6 laboratoires et 1 capsule révisés et prêts pour l'année 2006-2007. (Chaque labo contenant +/- 25 pages chacun juste pour le cahier du superviseur!)</p>

Légende : \* les labos du SOI 1605 et SOI 1615 seront uniquement révisé

## **Déroulement du stage**

Avant de débiter le stage, il y a eu un préambule à celui-ci lors de la lecture dirigée avec la directrice de stage, Jacinthe Pepin, suivie à l'automne 2005 dans le cadre du cours de maîtrise SOI 6139. Les cibles d'apprentissage de ce cours étaient de :

- 1) Recenser des écrits en termes de pédagogie et de relation infirmière-client
- 2) Construire des activités d'apprentissage pour quatre laboratoires mis en œuvre par les superviseurs de laboratoire pour les unités SOI 1605 et SOI 1615
- 3) Construire un Portfolio d'apprentissage

La planification et la construction de deux laboratoires pour l'unité d'apprentissage SOI 1605 ont été réalisées sur base des laboratoires existants au niveau de la communication enseignés l'année passée par Madame Johanne Goudreau et à partir de la recension des écrits. La validation des activités a été réalisée grâce à Johanne Goudreau, Louise Boyer, Chantal Champagne et Josée Marcheterre et Suzanne Tremblay lors d'une rencontre le 31 août 2005.

La planification et la construction de deux laboratoires pour l'unité d'apprentissage SOI 1615 ont été réalisées sur base des laboratoires existants au niveau de la relation d'aide enseignés l'année précédente par Hélène Lazure et à partir de la recension des écrits. L'information sur les laboratoires construits a été envoyée par courriel aux professeurs responsables qui ont validé leur contenu et leur déroulement.

Des activités pré-stage ont été organisées à l'automne 2005 :

Pour les deux laboratoires du SOI 1605, une séance d'information de trois heures a été donnée le 7 septembre 2005 aux superviseurs de laboratoires. Les superviseurs ont ensuite encadré les étudiants lors des deux laboratoires les 20 et 21 septembre, les 4 et 5 octobre 2005 et leurs commentaires post-labo ont été recueillis verbalement. Un sondage a été mis en ligne sur WebCT

pour donner l'occasion aux étudiants de commenter les laboratoires vécus afin de bonifier ceux qui seront donnés l'année prochaine.

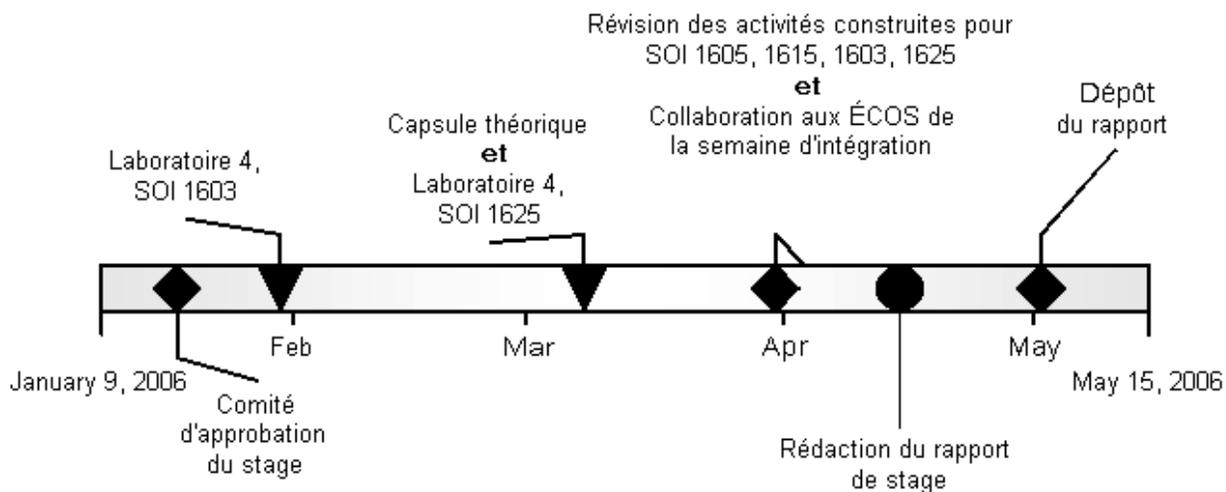
Pour les deux laboratoires du SOI 1615, l'information a été donnée par courriel aux superviseurs faute de temps pour les rencontrer suite aux échéances courtes entre la validation reçue et les dates des laboratoires. Les superviseurs ont ensuite encadré les étudiants lors des laboratoires les 3 et 4 novembre, les 5 et 9 décembre 2005 et leurs commentaires ont été recueillis verbalement. Pour ces laboratoires, un sondage a également été mis en ligne sur WebCT pour collecter les commentaires des étudiants qui serviront à bonifier ces laboratoires pour l'année prochaine.

Le 9 décembre 2005, une séance d'observation du deuxième laboratoire de relation infirmière-client pour l'unité SOI 1615 a été organisée avec l'accord de la superviseuse Sylvie Béchard et de la responsable du laboratoire Suzanne Tremblay. Le but de cette séance était d'observer les réactions des étudiants dans les activités d'apprentissage du *caring*. Globalement, cette séance a porté fruit, car les observations réalisées sont venues renforcer les commentaires des étudiants à savoir que le temps accordé à certains exercices était trop long. Même si les exercices issus du livre de Chalifour (1993) se complexifient, les étudiants semblent aller d'emblée plus loin que l'exercice proposé, ce qui fait que les exercices peuvent paraître redondant par moment.

Le stage à proprement parler a débuté en janvier et se termine en avril.

Suzanne Tremblay et Josée Marcheterre sont les personnes-ressources au niveau des laboratoires avec lesquelles une collaboration a été établie à l'été 2005 et s'est poursuivie jusqu'à l'hiver 2006. Dès l'été 2005, il a été convenu avec elles, Johanne Goudreau et ma directrice de stage, que les laboratoires relationnels de la première année du nouveau programme de baccalauréat feraient l'objet de ce stage. Le document du comité d'approbation du stage leur a été transmis afin qu'elles puissent prendre connaissance du déroulement projeté du stage.

Figure 7 : Déroulement global du stage



Tout au long du stage, un journal de bord a été tenu et peut être consulté pour obtenir le détail et les réflexions métacognitives qui y sont liées. Ce journal de bord est disponible sur le CD-ROM joint à ce rapport qui comporte toutes les activités d'apprentissage construites et révisées. La planification et la réflexion de la stagiaire ont pu être enrichies également par trois conférences du CÉFES qui ont eu lieu en février et en mars. Les conférenciers mentionnaient l'importance de donner des consignes claires aux étudiants (Lebrun, 2006), de favoriser la création d'une communauté d'apprenant et d'enseigner les principes fondamentaux tels que l'assiduité, la ponctualité, le respect qui favorisent la création d'un climat propice à l'apprentissage et donnent des balises aux étudiants en matière de comportement (McFarland, Royle, Légaré, Lefebvre, Dionne-Fournelle, Parent, 2006). Vu que les compétences peuvent être polymorphes et polysémiques, il est important de bien définir ce qu'on attend des étudiants et de favoriser le transfert des connaissances en permettant aux étudiants de réinvestir les savoirs dans des situations (contextes) données (Legendre, 2006). Chaque activité pédagogique est construite selon le même mode de fonctionnement pour la stagiaire et les experts repris dans les tableaux ci-après.

**Planification d'une capsule théorique (tableau5)**

La capsule est d'abord construite par la stagiaire qui bénéficie des interactions avec les experts.

La capsule est ensuite validée et corrigée suite à la validation. La stagiaire enseigne la capsule et puis bénéficie de rétroactions des étudiants via le sondage et de la professeure responsable pour favoriser l'introspection. Pour terminer, la stagiaire doit réviser la capsule sur base du sondage réalisé auprès des étudiants et des commentaires de la professeure responsable.

**TABLEAU 5 : Planification d'une CAPSULE théorique sur l'enseignement à la personne et à sa famille (SOI 1625)**

ACTIVITÉS	STAGIAIRE	EXPERTS
<b>CONSTRUCTION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cibler les compétences dans la matrice du programme selon le contenu à couvrir dans l'activité</li> <li>- Prise de connaissance de la capsule donnée à l'hiver 2005 (présentation PowerPoint)</li> <li>- Relecture de la répartition des facteurs caratifs pour le SOI 1625 dans la structure du programme</li> <li>- Construction de la planification pour la capsule selon les thèmes abordés et les éléments de la CPNI-Scale de Cossette, Cara, Ricard et Pepin (2005)</li> <li>- Construction de la présentation PowerPoint</li> <li>- Cibler les lectures préalables selon les thèmes abordés dans l'activité et la recension des écrits</li> <li>- Lecture des APSIC proposées au niveau théorique aide à faire le lien avec la capsule</li> <li>- Théorie ciblée selon l'APC et le <i>Human Caring</i> selon la recension des écrits</li> <li>- Construction de deux vignettes d'apprentissage sur base de la recension des écrits et des lectures</li> <li>- Cibler les modes d'évaluation à proposer (formatif – sommatif) pour valider les apprentissages</li> <li>- Construction d'un quiz d'intégration à mettre sur WebCT (évaluation formative)</li> <li>- Création de 4 questions d'examen sur l'enseignement (évaluation sommative)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussions avec ma directrice de stage J. Pepin</li> <li>- Prise de contact, échanges et rencontres avec Sylvie Lemay fin janvier 2006</li> </ul>
<b>VALIDATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validation de la planification proposée auprès des experts</li> <li>- Validation de la capsule auprès des experts</li> <li>- Correction apportées à la capsule sur base des commentaires des experts</li> <li>- Lectures rendues disponibles aux étudiants via WebCT</li> <li>- Validation des 4 questions d'examen théorique auprès de S. Lemay</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Théorique</u> : Jacinthe Pepin, Sylvie Lemay (courriels et rencontres)</li> <li>- <u>Pratique</u> : Sylvie Lemay</li> </ul>
<b>ENSEIGNEMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capsule enseignée aux étudiants en TGG le 22 mars 2006</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence et soutien de Sylvie Lemay</li> </ul>
<b>INTROSPECTION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auto-évaluation de la performance</li> <li>- Collecte des commentaires post-capsule de S. Lemay</li> <li>- Rédaction du journal de bord</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Commentaires de la professeure Sylvie Lemay</li> <li>- Discussion avec ma directrice</li> </ul>
<b>RÉVISION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse du sondage récupéré sur WebCT</li> <li>- Révision de l'activité sur base du sondage auprès des étudiants et des commentaires reçus de S. Lemay</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussion avec Sylvie Lemay et remise du matériel sur CD-ROM</li> </ul>

## **Assises théoriques de la capsule sur l'enseignement à la personne et à sa famille**

Les assises ont été vues dans la recension des écrits, mais celles présentées ici viennent justifier davantage chaque choix pédagogique.

### Présentation PowerPoint

À la Faculté, les capsules théoriques ont été introduites durant l'année 2004-2005 en complément des APSIC, mais aussi à la demande des étudiants afin de favoriser la transition entre le paradigme de l'enseignement (exposés magistraux) et le paradigme de l'apprentissage (APC et APC). À l'hiver 2005, une capsule théorique sur l'enseignement a été bâtie par Hélène Lefebvre et mise en ligne sur WebCT pour l'unité SOI 1625.

Cette année, à l'hiver 2006, en l'absence de cadre de référence franc pour l'enseignement à la personne et à sa famille, il a été décidé de recourir à l'APC et au *Human Caring*, cadres qui sont déjà utilisés par les étudiants dans le programme. L'activité pédagogique qui se déroule en très grand groupe (TGG) de 124 étudiants, a été revue sous forme de présentation PowerPoint. Le nombre de diapositives a été ciblé à 60 maximum pour avoir le temps de couvrir les connaissances à aborder en utilisant l'APC et non pas en visant une somme déterminée de connaissances à assimiler. La durée de la capsule était de 3 heures réparties de la façon suivante : 2h de présentation théorique, 40 minutes pour les 2 vignettes proposées et 20 minutes de pause.

Des stratégies d'enseignement basées sur le cognitivisme ont été utilisées dans la présentation comme la répétition, le soulignement des concepts-clefs, les couleurs identiques pour les concepts répétés, les nombreux exemples cliniques, etc. (Barbeau, Montini & Roy, 1997). La planification et l'organisation des diapos ont été validées avec Sylvie Lemay et Jacinthe Pepin pour bénéficier de leur expérience comme professeur.

### Vignettes

Pour maintenir un haut degré de motivation chez les étudiants et capter leur attention, deux vignettes ont été créées afin de contextualiser les connaissances théoriques vues dans le diaporama. La première vignette proposait aux étudiants de souligner et expliquer ce qui leur paraissait inadéquat en termes d'enseignement; tandis que la seconde leur demandait de souligner et expliquer les concepts-clefs de l'APC et du *Human Caring* dans une situation donnée. Barbeau & al. (1997) mentionnent que les connaissances doivent être contextualisées, décontextualisées et recontextualisées pour favoriser le développement de savoir-agir. Ainsi, en fournissant des exemples issus de la pratique clinique, les étudiants sont susceptibles d'être davantage motivés et de transférer leurs connaissances en milieu clinique par la suite.

Les vignettes étaient disponibles sur WebCT, ce qui amène les étudiants à utiliser les technologies de l'information et de la communication (TIC). Le corrigé des vignettes a été mis en ligne sur WebCT suite au TGG.

### Quiz en ligne

Un jeu a été mis en ligne sur WebCT : ainsi, l'utilisation des TIC vient renforcer la compétence de communiquer efficacement pour les étudiants. Ce jeu comporte 17 questions à choix multiples et à court développement construites sur WebCT pour valider les apprentissages réalisés suite au TGG (évaluation formative). C'est un jeu individuel que les étudiants complétaient chez eux. Les avantages du jeu sont d'augmenter la motivation par une activité ludique, d'impliquer l'apprenant et de permettre des activités de renforcement et de synthèse des connaissances (Chamberland, Lavoie & Marquis, 2003). La conception et la production de ce jeu prend du temps, mais peut être une bonne activité de synthèse pour préparer à l'examen théorique mais aussi pour viser l'intégration et le transfert des connaissances à la pratique clinique.

### Sondage

Un sondage a été mis en ligne pour que les étudiants puissent partager des commentaires sous forme qualitative de leur appréciation des activités pédagogiques proposées. Ce sondage sert à bonifier la capsule qui aura lieu l'année prochaine. 25% des répondants (n=44 pour le SOI 1625) ont apprécié le quiz mis en ligne qui a contribué à leur apprentissage (voir analyse du sondage sur le CD-ROM).

### Vignette d'examen théorique

La professeure responsable avait besoin d'au moins trois vignettes couvrant la matière sur l'enseignement à la personne et à sa famille : une pour chaque examen (examen, examen de remise ou examen de reprise).

Quatre vignettes ont été développées sur base des connaissances théoriques touchées dans le diaporama et des vignettes proposées en classe. Les vignettes d'examen respectent la formule de vignettes contextualisées avec réponse à court développement utilisées dans le SOI 1625 et globalement dans les autres examens de première année pour évaluer les connaissances déclaratives (théoriques).

Selon la taxonomie de Snow (1993 In Louis, 2004), les questions créées étaient de niveau 4 lorsqu'on demande à l'étudiant de nommer des connaissances, de niveau 5 lorsque l'étudiant doit trouver une solution à un problème simple, de niveau 6 lorsqu'on demande à l'étudiant d'expliquer un concept en donnant un exemple concret issu de la pratique. Dans l'APC qui vise le développement de savoir-agir complexes, il faut cibler des niveaux de question plus élevés et non pas uniquement des questions à choix multiples.

**Planification des laboratoires relationnels** (voir tableau 6)

La stagiaire construit le laboratoire en relation avec des experts qui le valident. Suite à la validation, des corrections sont apportées pour ensuite organiser une séance de coaching avec les superviseurs afin de leur partager le guide du superviseur créé. Une supervision directe du laboratoire est assumée par la stagiaire qui se filme. Par la suite, une activité d'introspection est réalisée par la stagiaire et la révision du laboratoire se fait sur base du sondage des étudiants et des commentaires des responsables et enseignants.

**TABLEAU 6 : Planification d'un LABORATOIRE d'apprentissage du *caring* sur base de l'APC**

ACTIVITÉS	STAGIAIRE	EXPERTS
<b>CONSTRUCTION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cibler les compétences dans la matrice du programme selon le contenu à couvrir dans les activités</li> <li>- Relecture du document de travail de Marcheterre, J. (contenus et compétences des labos de 1<sup>ère</sup> année)</li> <li>- Prise de connaissance des activités réalisées à l'hiver 2005</li> <li>- Relecture de la répartition des facteurs caratifs selon les cours abordés dans la structure du programme et cibler les éléments dans la CPNI-Scale de Cossette &amp; al.</li> <li>- Construction du cahier du superviseur autour du canevas de planification</li> <li>- Cibler les lectures préalables selon les thèmes abordés dans l'activité et la recension des écrits du stage</li> <li>- Mots aux superviseurs pour situer le laboratoire dans le cadre de l'apprentissage du <i>caring</i> et de mon stage</li> <li>- Lecture des APSIC proposées au niveau théorique aide à faire le pont entre théorie et laboratoire</li> <li>- Construction – adaptation d'exercices d'apprentissage sur base de la recension des écrits et des lectures</li> <li>- Construction de grilles d'observation sur base de grilles de <i>caring</i> et de l'APC.</li> <li>- Cibler les modes d'évaluation à proposer (formatif – sommatif) pour valider les apprentissages</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussions avec ma directrice de stage J. Pepin</li> <li>- Prise de contact, échanges et rencontres avec les enseignants dans le milieu</li> </ul>
<b>VALIDATION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Validation du cahier du superviseur auprès des experts (courriel, rencontre)</li> <li>- Correction apportées au cahier sur base des commentaires des experts</li> <li>- Contact avec Suzanne Tremblay pour organiser une rencontre avec les superviseurs</li> <li>- Contact avec Frédéric Rochette pour l'organisation physique du laboratoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Théorique</u> : Jacinthe Pepin, Johanne Goudreau, Sylvie Cossette, Catherine Forbes, Sylvie Lemay, Monique Chaput, Josée Marcheterre, Chantal Champagne</li> <li>- <u>Pratique</u> : Suzanne Tremblay, Frédéric Rochette</li> </ul>
<b>COACHING</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rencontre de coaching avec les superviseurs pour partager l'information sur les labos construits</li> <li>- Lectures rendues disponibles aux étudiants via WebCT ou à la réserve de la bibliothèque</li> <li>- Cahier de l'étudiant (canevas de planification) mis en ligne sur WebCT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Commentaires de Jean-Pierre Bonin sur les aspects de formation des superviseurs</li> </ul>

<b>SUPERVISION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supervision des étudiants dans le laboratoire 4 du SOI 1603 donné le 30 janvier de 8h30 à 11h30; le laboratoire 4 du SOI 1625 donné le 27 mars de 13h à 16h et de 17h à 20h.</li> <li>- Collecte des commentaires expérimentiel post-labo des superviseurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Commentaires des superviseurs</li> <li>- Commentaires des responsables de laboratoire et de formation</li> </ul>
<b>INTROSPECTION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auto-évaluation de la performance suite à la supervision des laboratoires</li> <li>- Métacognition à partir des enregistrements de la prestation d'enseignement</li> <li>- Rédaction du journal de bord</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussion avec ma directrice de stage</li> </ul>
<b>RÉVISION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse des sondages récupérés sur WebCT</li> <li>- Révision des activités sur base du sondage et des commentaires des superviseurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussion avec ma directrice de stage</li> <li>- Présentation aux responsables dans le milieu et remise du matériel sur CD-ROM</li> </ul>

## **Déroulement d'une activité pédagogique en laboratoire**

La planification utilisée au niveau des laboratoires sera davantage détaillée ici quant à la justification des choix des exercices proposés. Présentement, il ne semble pas exister d'exercices validés dans la littérature pour favoriser l'apprentissage du *caring* sur base de l'APC. Ce stage est novateur, parce que l'alliance entre *Human Caring* et l'APC va au-delà de ce qui se fait actuellement. Jean Watson m'écrivait dans un courriel : « *I think you are way ahead of others in their thinking, studying and applying caring theory in education. I would love to see what you have developed within the competency framework in relation to your study and thinking* », 15 décembre 2005.

Le déroulement d'un laboratoire d'apprentissage du *caring* comporte plusieurs phases. La première est la préparation chez soi par le superviseur et par l'étudiant. Il y a ensuite une séance de 3 heures en présentiel dans les locaux de la Faculté où l'on mise sur les savoir-agir globaux des étudiants en les mettant en contexte pour leur permettre d'interagir ensemble et de réfléchir sur l'aspect relationnel des soins et d'agir de façon contextualisée à l'aide de jeux de rôles. La dernière phase en est une d'introspection permettant à la fois à l'étudiant mais aussi au superviseur de poursuivre sa réflexion en matière de *caring*.



**TABLEAU 7 : Déroulement d'un laboratoire d'apprentissage du *caring* sur base de l'APC**

ACTIVITÉS	Rôle du SUPERVISEUR	Rôle de l'ÉTUDIANT
<u>PRÉPARATION</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lecture du cahier du superviseur</li> <li>- rencontre avec la conceptrice</li> <li>- révision des procédures au besoin</li> <li>- lectures préalables au labo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impression des documents sur WebCT</li> <li>- Lectures préalables au labo</li> <li>- Construction d'un schéma</li> <li>- Consigner les anecdotes de présence et d'absence de <i>caring</i></li> </ul>
<p><b>SAVOIR-AGIR :</b> <u>INTERACTIONS /</u> <u>RÉFLEXION</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se présenter</li> <li>- Favoriser un retour sur les connaissances antérieures</li> <li>- Valider la compréhension des lectures</li> <li>- Lire les jeux de rôles et clarifier les consignes et les compétences visées</li> <li>- Prendre à part les acteurs pour leur exposer ce qu'ils auront à jouer comme patient ou comme parent</li> <li>- Superviser le déroulement des jeux</li> <li>- Accompagner les étudiants dans leur apprentissage en offrant des rétroactions</li> <li>- Encadrer et ramener les étudiants aux buts de l'exercice et aux grilles d'observation s'ils perdent le fil durant le jeu de rôle</li> <li>- Clarifier les notions incomprises</li> <li>- Animer les plénières après chaque jeu de rôle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partage ses expériences de <i>caring</i> vécues chez soi ou en stage</li> <li>- Partage ses questionnements suite aux lectures préalables</li> <li>- Participe aux jeux de rôles proposés</li> <li>- Utilise les questions proposées et les grilles d'observation pour se donner des rétroactions entre étudiants</li> <li>- Utilise son schéma de concepts et son CD-ROM pour valider les notions à couvrir et réviser les procédures de soin (DAIPS)</li> <li>- Participe aux plénières pour faire une synthèse des notions couvertes par les exercices</li> </ul>
<u>INTROSPECTION</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre sa réflexion sur comment je suis <i>caring</i> dans mon enseignement-apprentissage</li> <li>- Partager les réflexions avec la conceptrice visant à bonifier la révision des activités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédige un journal de bord sur les anecdotes de présence et d'absence de <i>caring</i></li> <li>- Complète une réflexion personnelle sur les valeurs du <i>caring</i></li> <li>- Se prépare à la semaine d'intégration où des éléments de <i>caring</i> seront évalués</li> </ul>







## **Assises théoriques des activités proposées en laboratoire**

Il est clair que les assises ont en grande partie été abordées dans la recension des écrits, mais certaines connaissances peuvent spécifiquement justifier le choix des activités proposées pour favoriser l'apprentissage du *caring* à l'aide de l'approche par compétences (APC).

### Le choix des lectures préalables

Le livre obligatoire que les étudiants ont dû acheter pour les laboratoires de cette année est le Kozier, Berman, Snyder (2005) dans lequel des lectures ont été ciblées au niveau de l'évaluation et de la gestion de la douleur, ainsi que les soins périopératoires. Les lectures touchant à l'apprentissage du *caring* et de la relation transpersonnelle sont nombreuses et riches. Trois livres ont été particulièrement ciblés : celui de Watson (1998), de Phaneuf (2002) et de Balzer-Riley (2005) selon les thèmes abordés dans les laboratoires. Les deux premiers ont l'avantage d'être en français tandis que le dernier est en anglais mais recourt aux concepts de l'école du *caring* de façon plus soutenue et explicite que Phaneuf.

### Les choix des exercices et jeux de rôle

À l'automne 2005, dans le cadre de la lecture dirigée et des activités pré-stage, il a été décidé d'un commun accord avec J. Pepin, J. Goudreau de recourir à des exercices éprouvés repris dans le Chalifour (1993) selon les thèmes choisis sur base de la CPNI et des facteurs caratifs ciblés. Suite aux commentaires des étudiants et des superviseurs quant au questionnement sur l'efficacité et la redondance des exercices tirés du livre de Chalifour, il a été décidé de recourir à des jeux de rôles qui sont des activités utilisées dans l'APC pour mettre les étudiants en situation. Chamberland et al.(2003) présentent différentes formules pédagogiques : exposé, démonstration, enseignement programmé, modulaire, protocole, jeu, simulation, tournoi, étude de cas, enseignement par les pairs, travail en équipe, projet, groupe de discussion, etc. Parmi ces formules, peu sont facilement applicables en laboratoire de soins infirmiers surtout pour

l'apprentissage du *Human Caring* vu qu'on désire avant tout que le laboratoire soit l'application pratique des connaissances théoriques. On désire aussi permettre aux étudiants d'expérimenter différentes situations pour leur permettre d'interagir. Dès lors, le jeu de rôles paraît la formule la plus indiquée parmi celles précitées lorsqu'on regarde de plus près les définitions de chaque formule dans l'ouvrage de Chamberland et al.

La formule pédagogique utilisée dans la Démarche d'acquisition et d'intégration des procédés de soins (DAIPS) (Marcheterre, 2004) est celle de l'ÉCOS intégratrice en fin de séance de laboratoire procédural qui est un jeu de rôle de type aquarium selon Chamberland et al. Durant la séance, les étudiants manipulent le matériel, pratiquent la procédure de soin sur base de leur CD-ROM à l'aide des ordinateurs. L'apprentissage du *caring* n'étant pas une procédure, il a fallu recourir à des nouvelles façons de faire rencontrant l'APC.

Selon Chamberland &al. (2003), le jeu de rôle est une « interprétation du rôle d'un personnage en situation hypothétique en vue de mieux comprendre les motivations qui justifient les comportements. » (p.71). Chamberland (2003) mentionne que « le jeu de rôle mis en place par l'enseignant, situe l'apprenant au cœur du processus et lui laisse une grande latitude quant à la façon de se comporter; c'est donc une formule pédocentrée (...) Les apprenants interviennent comme protagonistes ou comme observateurs; cela fait une formule sociocentree. » (p.71).

Le jeu de rôle est différent de la simulation, car il laisse plus d'ouverture à l'interprétation libre du rôle par l'étudiant qui joue l'acteur. Différentes techniques de jeu de rôles existent, mais dans le cadre du stage, les techniques décentralisée et de théâtre-forum présentées par Chamberland (2003) ont été utilisées. La première permet l'utilisation d'un même jeu de rôle qui se déroule simultanément en petit groupe, ce qui favorise la création d'un contexte intimiste et un plus grand investissement personnel. Le théâtre-forum se déroule quant à lui en grand groupe et en demi-cercle. Il y a un ou plusieurs étudiant-acteur, une étudiante infirmière qui intervient auprès des

acteurs et les observateurs. Chaque observateur a l'occasion de se substituer à l'étudiante infirmière pour poursuivre ses interventions auprès des acteurs. Toujours d'après Chamberland et al. (2003), les avantages du jeu de rôle sont nombreux : « permet à l'étudiant de sentir plutôt que d'intellectualiser donc l'apprentissage sera plus significatif pour l'étudiant, permet de comprendre ce qui motive le comportement des autres, sensibilise et peut couvrir des sujets tabous, permet d'anticiper des situations futures dans un contexte non menaçant, formule très motivante, ouverture à la créativité, renforce la complicité entre apprenants, oblige l'apprenant à réagir rapidement, permet de pratiquer son talent de négociateur, etc. » (p.76). Voici certains désavantages au jeu de rôles, les étudiants peuvent avoir tendance à se laisser emporter par l'aspect théâtral, exige du temps de préparation et de réalisation, peut dégénérer en combat idéologique, le jeu de rôle est difficilement évaluable. Les désavantages mentionnés par Chamberland et al. peuvent être diminués par l'encadrement offert par le superviseur.

Suite à chaque jeu de rôle proposé dans les laboratoires, un débriefing est proposé aux étudiants d'abord entre eux. Ce débriefing est guidé par des questions de réflexion et la grille d'observation que l'observateur, les acteurs et l'étudiante infirmière complètent. Ils partagent ensuite leur vécu en petit groupe (jeu de rôle décentralisé) et par la suite en grand groupe (décentralisé et théâtre-forum). Cela donne l'occasion aux apprenants et au superviseur d'exprimer leur vécu et de favoriser une synthèse du jeu en sortant les éléments clefs observés et rappeler les objectifs pédagogiques poursuivis. Les grilles d'observation proposées servent également d'outil d'évaluation formative. Les plénières permettent de recourir à une stratégie d'enseignement cognitiviste que sont la répétition et la synthèse, mais permet aussi un retour sur les connaissances qui sont à la base du constructivisme.

L'apprentissage du *caring* touche aux relations transpersonnelles et aux significations des phénomènes et des vécus des personnes : faire interagir les étudiants et les faire réfléchir devient

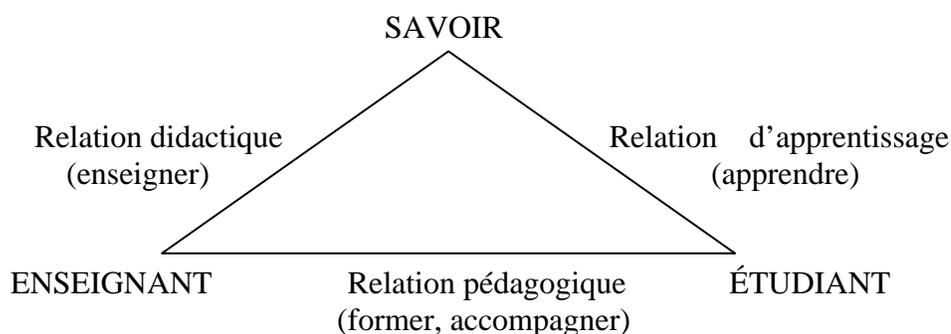
donc un élément clef pour développer la composante émotionnelle du jugement critique. Les étudiants ainsi mis en contexte peuvent apprendre en réfléchissant et développer des savoir-agir en contexte.

### L'introspection :

À l'automne 2005, les étudiants ont été invités à compléter une réflexion sur les valeurs de *caring* basée sur les lectures de Watson, Roach et Mayeroff. À l'hiver 2006, ils ont été invités à souligner des anecdotes de présence et d'absence de *caring* selon eux, dans leur vécu de tous les jours ou en stage. Au début du laboratoire, un temps de partage est organisé. Cette réflexion de présence et d'absence de *caring* permet de valider l'évolution de la compréhension de cette conception par les étudiants au fil du temps, mais se base également sur un article de Watson (2000). Différents auteurs ont souligné l'absence de consensus sur une définition du *caring* et Watson nous invite à considérer le *caring* en considérant le *non-caring*. Le journal de bord proposé est basé sur la recension des écrits dans la section « l'apprentissage du *caring* et l'art ». La réflexion quant à elle est proposée suivant le tableau de concepts issus du *caring* (section recommandation selon la recension) et la section « l'école du *caring* » dans la recension des écrits.

### Le rôle des superviseurs:

Les relations qui s'établissent entre superviseur et étudiant peuvent se schématiser de la façon suivante à l'aide du fameux triangle pédagogique de Houssaye (1988) : fig.8



L'enseignant doit savoir ce qu'il enseigne, mais il doit également entrer en relation pédagogique avec l'étudiant pour le guider dans ses apprentissages. Ainsi, le superviseur de laboratoire est un guide : il place l'étudiant dans des conditions favorables à l'apprentissage et l'accompagne à travers sa démarche. L'étudiant quant à lui apprend par l'intégration de différents types de savoirs pour développer ses compétences. Il vit également une relation étudiant-enseignant puisque le rôle du professeur est d'animer un groupe pour favoriser l'apprentissage dans un contexte propice.

Ainsi, le superviseur a un rôle de supervision mais également d'encadrement. Qui dit APC, ne dit pas de laisser les étudiants apprendre seuls, mais de les accompagner dans leurs apprentissages.

Une rencontre avec un expert en santé mentale, le professeur Jean-Pierre Bonin a été organisée. M. Bonin a assisté au laboratoire 4 du SOI 1605 en présence d'un superviseur. Il a pu me donner des rétroactions sur les exercices construits qui favorisent l'apprentissage du *caring* selon lui. Il a toutefois souligné le manque d'encadrement qu'offrent les superviseurs aux étudiants lors des jeux de rôles. Des indications précieuses ont été reprises en termes d'encadrement : le superviseur peut suspendre temporairement le jeu de rôle si les étudiants ne couvrent pas les notions pour clarifier les consignes à nouveau. Par exemple, si les étudiants demeurent au niveau des interventions alors que la partie évaluation a été à peine couverte. C'est une information qui a été revalidée avec les superviseurs lors de la rencontre pour le laboratoire suivant.

### **Activités de collaboration**

Il est clair que la construction du matériel pédagogique ne s'est pas fait sans consulter et informer les personnes du milieu de stage. La collaboration avec les experts a été mentionnée dans les tableaux concernant la planification des activités. Étant donné que les cours ne sont plus magistraux, que les professeurs et responsables de stage et de laboratoire doivent désormais

travailler davantage en équipe d'enseignants intégrant la théorie, la pratique et la clinique, de l'information a dû être partagée aux responsables de stage et au professeur coordonnateur de l'unité d'apprentissage. Une planification longitudinale a été construite pour présenter le contenu et les thèmes qui ont été abordés dans les laboratoires relationnels de première année. Ainsi, les responsables de stage des unités SOI 1603 et SOI 1625 ont été contactés et ont reçu l'information concernant les aspects relationnels vus au laboratoire. Connaissances que les étudiants devront transférer et mobiliser en stage clinique. Une disponibilité leur a été offerte pour une rencontre, mais elles n'en ont pas ressenti le besoin. Des rencontres ont été organisées avec Jean-Pierre Bonin pour favoriser le transfert des connaissances couvertes aux laboratoires relationnels vers les ÉCOS de la semaine d'intégration dont il est responsable. Une proposition d'ajouts d'items relationnels dans les ÉCOS sur base de la CPNI-Scale de Cossette & al (2005) et de Forbes (2004) a été faite en avril.

Afin de mieux saisir la dynamique de travail des unités d'apprentissage, une séance d'observation a été organisée pour que je puisse assister à une rencontre d'équipe composée du professeur coordonnateur, des chargés de cours, des tuteurs d'APSIC, responsables de stage, responsable de laboratoire, etc. Ce sont dans ces réunions que le sens du mot « intégration » prend toute sa signification : des échanges sont faits sur les étudiants, sur les difficultés et les solutions à apporter, sur les satisfactions et les « bons coups ». Ainsi, les liens sont tissés serrés entre la théorie, la pratique et la clinique.

Plusieurs rencontres et échanges de courriels ont été réalisés avec les responsables de laboratoire, de formation professionnelle et professeurs coordonnateurs pour échanger sur les aspects pédagogiques, de *caring*, les modes de fonctionnement du laboratoire, etc. Ces échanges ont été fructueux et ont permis de créer des activités d'apprentissage du *caring* sur base de l'APC qui ne

sont pas seulement issus de la théorie, mais s'ancrent également dans la pratique concrète et qui se basent également sur l'expérience des responsables et professeurs du milieu.

Au départ, il a été entendu qu'une activité périphérique du stage serait d'établir des liens avec d'autres universités ou d'autres écoles pour valider ce qui se fait chez eux au niveau de l'apprentissage du *caring*. Dès le mois de décembre 2005, un contact a été établi avec l'ISEI (Bruxelles) via Évelyne d'Hoop avec qui des informations ont été partagées au sujet de l'APC et des aspects relationnels. Cette école supérieure en soins infirmiers fournit un espace de parole aux étudiants pour discuter des difficultés et des bonheurs qu'ils rencontrent en stage ou durant leurs études. Les aspects relationnels sont quant à eux vus dans un cours théorique de psychologie, donc aucune information concernant la construction de laboratoire n'a pu être obtenue. Plusieurs courriels ont été envoyés dans différentes facultés dont à l'Université Laval, à la Faculté de pharmacie et de psychologie de l'Université de Montréal, mais sans succès. Finalement, étant donné le peu d'information disponible sur l'apprentissage du *Human Caring* dans l'APC, un contact a été établi avec Jean Watson. Son courriel a été très clair : la réflexion entreprise dans le présent stage et à la Faculté dépasse ce qui se fait présentement pour opérationnaliser la formation au niveau de la relation transpersonnelle de *caring*.

### **Activités d'évaluation**

Les activités d'évaluation planifiées pour cette année sont principalement formatives, parce qu'il existe une réflexion à la Faculté quand aux modalités et aux aspects de *caring* qui peuvent ou doivent être évalués. À l'automne 2005, plusieurs responsables et professeurs se questionnaient face à l'évaluation des aspects de *caring* de façon formelle et certificative. Après lecture des grilles d'ÉCOS de l'examen professionnel de l'OIIQ, il est apparu que d'insérer des éléments d'évaluation sommatif dans les situations d'ÉCOS de la Faculté est capital puisque des éléments relationnels sont présents dans l'examen de l'Ordre. Par exemple, l'OIIQ peut évaluer l'habileté

relationnelle de la candidate lors d'une situation d'ÉCOS en considérant les points suivants : « encourage la cliente à exécuter seule les mouvements qu'elle peut faire et ce, tout au long du repas; attire l'attention de la cliente en l'appelant par son nom ou en lui touchant; encourage ou félicite la cliente au moins une fois, etc. » (Lessard et Laberge, 2003, p.168).

À la Faculté, cette année, des aspects formatifs d'apprentissage du *caring* seront probablement évalués dans la semaine d'intégration via les ÉCOS. Toutefois, ce ne sont pas les interventions qui sont évaluées pour l'instant, mais la présence et la participation des étudiants aux ÉCOS. Malgré tout, dans le cadre des activités pédagogiques construites dans le présent stage, de nombreuses rétroactions et des grilles d'observation permettant à l'étudiante de s'autoévaluer et d'évaluer les interactions lors des jeux de rôles ont été fournies. Ainsi, l'observatrice, la personne et sa famille ainsi que l'étudiant qui jouent le rôle de l'infirmière doivent compléter la grille d'observation et échanger sur celle-ci. Ces grilles sont similaires aux grilles utilisées dans les ÉCOS des laboratoires: de cette façon, les étudiants auront pu s'exercer dans le cadre des laboratoires avant la semaine d'intégration. Les éléments relationnels de grilles d'observation certificatives pourraient être issus des grilles de la CPNI et Cossette et al. (2005) et de la grille de Forbes (2004) puisque ces mêmes éléments sont utilisés de façon formative dans les grilles d'observation des jeux de rôles du SOI 1603 et SOI 1625 au niveau des laboratoires relationnels. Des activités formatives ont également été proposées en laboratoire pour approfondir la réflexion en matière de valeurs de *caring* et d'anecdotes permettant de cibler la présence et l'absence de *caring* qui peuvent stimuler les échanges en laboratoires. Les étudiants étaient invités à tenir un journal d'anecdotes et de compléter une réflexion écrite sur les valeurs de *caring*.

Suite aux discussions entamées dans le présent stage avec les différents acteurs, il est probable que des éléments certificatifs au niveau du *caring* soient intégrés aux examens pratiques de laboratoire l'année prochaine par la responsable de formation professionnelle. Elle pourrait dès

lors se baser sur la CPNI-Scale de Cossette, Cara, Ricard et Pepin (2005) et la grille d'observation de Catherine Forbes (2004) pour cibler des éléments réalisés ou non par les étudiants. C'est sur base de ces outils que les grilles d'observation des jeux de rôles ont été construites pour les laboratoires relationnels.

Au niveau de la capsule théorique, une évaluation formative a été créée via un quiz mis en ligne comportant 17 questions à court développement ou au choix pour valider l'intégration des apprentissages. Toutefois, 4 questions à court développement ont également été construites sur base d'une mini-vignette contextualisée afin de valider les apprentissages de façon plus certificative lors de l'examen théorique.

### **Activités de révision**

La révision des activités a été réalisée à partir des commentaires de différents acteurs dont les étudiants, professeurs, responsables de formation professionnelle, responsable de laboratoire, etc. Les taux de réponses aux sondages complétés par les étudiants de façon anonyme sur WebCT oscillent entre 22% et 56% selon l'activité pédagogique d'apprentissage du *caring* et l'unité visée. L'analyse des verbatims des étudiants et des acteurs de la Faculté s'est faite en tableau en considérant l'appréciation générale des activités (lectures, activités, grilles d'observation), l'encadrement des superviseurs, les propositions d'améliorations. Cette analyse est disponible sur le CD-ROM au niveau des activités 2006-2007. C'est sur base de l'analyse de chacun des 6 sondages que la révision des activités a pu être réalisée afin que celles-ci soient prêtes pour l'année 2006-2007.

## Discussion

Pour valider les objectifs de stage et d'apprentissage, référez vous à la section « cibles d'apprentissage » où un tableau complet vous permettra de suivre la discussion ici. Les activités construites ont été détaillées dans le déroulement du stage. L'atteinte des objectifs seront divisés selon le guide du programme de maîtrise en objectifs de stage et en objectifs d'apprentissage. Les objectifs de stage ciblent ce qui a été réalisé et/ou créé par la stagiaire tandis que les objectifs d'apprentissage font référence au cheminement de la stagiaire.

### Atteinte des objectifs de stage

#### 1) Planifier et réviser des activités d'apprentissage du *caring*.

Cet objectif est atteint pour le présent stage, car des activités pédagogiques ont été planifiées en collaboration et révisées sur base des sondages et des commentaires des acteurs du milieu (voir tableaux 5 et 6). Les activités pédagogiques sont donc prêtes pour l'année prochaine. Il serait intéressant de poursuivre la démarche de sondage l'année prochaine afin de bonifier à nouveau la formule pédagogique des commentaires des étudiants et des acteurs du milieu.

#### 2) Dispenser des enseignements théoriques et cliniques.

Des activités pré-stage ont été réalisées. Une présentation de la capsule théorique sur l'enseignement à la personne et à la famille ainsi que différentes supervisions de laboratoires relationnels ont été réalisées par la stagiaire (voir tableaux 5 et 6). De nombreux commentaires à cet effet sont présents dans le journal de bord présent sur le CD-ROM. Cet objectif est donc atteint.

#### 3) Développer et appliquer des modes d'évaluation des apprentissages des étudiants.

Des outils formatifs ont été créés tels que le journal de bord, la fiche SVA, la réflexion personnelle sur les valeurs de *caring*, les grilles d'observation pour les jeux de rôles servant d'outil d'autoévaluation aux étudiants, les schémas de concepts. De plus, les étudiants ont

bénéficié des rétroactions et de l'encadrement des superviseurs pour les guider dans leurs apprentissages tout au long des séances. Pour la capsule théorique du SOI 1625, des questions d'examen ont été créées pour évaluer l'apprentissage à un niveau certificatif, questions qui se sont insérées dans l'examen théorique final. Cet objectif est donc atteint.

- 4) Favoriser le transfert des connaissances des laboratoires dans d'autres contextes au cours de la semaine d'intégration.

Plusieurs rencontres ont été organisées avec Jean-Pierre Bonin, professeur responsable de la semaine d'intégration, afin qu'une ÉCOS soit prévue sur l'enseignement à la personne et à sa famille. M. Bonin compte développer seul une situation d'ÉCOS spécifique sur l'enseignement à la clientèle.

Le matériel pédagogique construit pour les laboratoires relationnels et la capsule théorique a été remis sur CD-ROM et la planification longitudinale a été présentée. Les étudiants pourront probablement s'autoévaluer à l'aide des grilles d'observation qui comporteront peut-être des éléments relationnels lors des ÉCOS tel que proposé. Malgré tout, un grand questionnement demeure quant aux modes d'évaluation à la Faculté suite à l'implantation de l'APC et de la transition qui s'en suit. Le questionnement est particulièrement fort en lien avec l'évaluation du *caring*. Selon M. Bonin, les grilles devraient distinguer des items incontournables des items secondaires que l'on s'attend à observer chez l'étudiant lorsqu'il interagit avec une personne et sa famille. C'est une option pédagogique intéressante dans la mesure où l'on ne perd pas de vue l'aspect holistique de la relation transpersonnelle.

Les situations d'ÉCOS en laboratoire ou lors de la semaine d'intégration ne servent pas encore d'outils sommatifs, mais sont toujours formatives : seules la présence et la participation des étudiants sont notées. Il revient donc aux responsables de formation clinique en stage d'évaluer ces éléments, alors que les deux temps d'évaluation pourraient être mis à profit.

### Atteinte des objectifs d'apprentissage

Le détail du déroulement du stage et de l'atteinte des objectifs d'apprentissage est également couvert dans le journal de bord disponible sur le CD-ROM.

a) Dispenser des enseignements à l'aide de l'APC et du *Human Caring*.

L'outil principal qui a été utilisé pour valider la façon dont l'enseignement est donné est la cassette vidéo ou le DVD-ROM sur lesquels des enregistrements des séances où j'ai supervisé les étudiants en laboratoire (9h de matériel vidéo). Suite à une discussion avec Sylvie Lemay, il a été convenu que je ne me filmerais pas durant le TGG lors de la capsule théorique puisque enseigner pour la première fois à un grand groupe de 124 étudiants est déjà une expérience stressante en soi. Dès lors, seule la prestation en laboratoire a été filmée et une réflexion suite à son visionnement a été réalisée dans le journal de bord (voir CD-ROM).

Réserver du matériel d'enregistrement vidéo auprès de la DGTIC, aller le chercher, l'installer à l'aide du préposé du laboratoire n'a pas été une mince affaire puisque le matériel d'enregistrement permanent n'était pas encore installé aux laboratoires à la fin janvier. De plus, des problèmes d'enregistrement sont survenus avec des cassettes protégées en écriture. Malgré tout, des enregistrements ont pu être obtenus et visionnés pour analyse par la suite. Durant le laboratoire 4 du SOI 1603, la principale observation à améliorer serait que je doive apprendre à plus bouger durant les plénières et ne pas rester statique face au groupe d'étudiant. Cette première supervision d'un laboratoire relationnel était enrichissante, mais j'avais à travailler davantage ma confiance en moi. Au fil de la séance, je me sentais plus à l'aise et je commençais à connaître les étudiants. Pour le laboratoire du SOI 1625, j'ai remarqué que j'étais davantage en contrôle et que j'avais créé des repères pour le déroulement du laboratoire. Suite aux échanges avec les superviseurs, j'avais acquis des petits trucs qui m'aidaient pour donner des exemples ou aider les

étudiants à approfondir leur réflexion. Donner deux séances de trois heures d'affilée a été exigeant, mais très instructif. J'étais inquiète pour la démonstration des exercices post-opératoires et l'utilisation de la pompe PCA, même si j'avais révisé cela avec Josée Marcheterre, mais cela s'est très bien déroulé. Une vidéo numérique sur DVD-ROM a été réalisée. J'ai pu voir que j'utilise des stratégies cognitivistes comme la synthèse et la répétition pour faciliter la mémorisation de la procédure chez l'étudiant. J'aurais peut-être avantage à parler plus fort, c'est une habileté verbale que je dois développer davantage.

Les étudiants semblaient bien réagir à la formule pédagogique des jeux de rôles et participaient bien durant la séance. Lorsque l'encadrement par le superviseur est suffisant, cela évite aux étudiants de discuter de leur fin de semaine plutôt que d'approfondir leur réflexion sur le *caring* à l'aide des grilles d'observation et des questions proposées lors du débriefing post jeu de rôle.

- b) Développer une réflexion métacognitive sur la façon d'apprendre le *caring* comme enseignante (expertise affective).

Le cheminement réflexif est davantage contenu dans le journal de bord qui a été l'outil principal pour démontrer la progression dans mes apprentissages. Il est clair que la relation pédagogique s'est établie graduellement entre les étudiants et moi. J'ai été amenée à mobiliser toutes mes compétences pour les accompagner et les superviser durant ces laboratoires. Cela passe par l'expérience clinique : par exemple de dire aux étudiants de ne pas accrocher le bouton de la pompe PCA à côté de la cloche d'appel de la personne pour éviter que la personne s'injecte de la morphine en pensant appeler l'infirmière. Cela passe par l'expérience relationnelle d'être humain lorsque les étudiants me questionnent sur l'éthique ou l'efficacité de dire telle ou telle chose à leur patient. Cela passe par mes connaissances théoriques (voir objectif d'apprentissage d), etc. La façon dont les étudiants peuvent apprendre le *caring* par la préparation, l'action-

réflexion et l'introspection a été la même pour moi. J'ai dû préparer les laboratoires que j'ai construits, ensuite les superviser en présence d'étudiants et poursuivre mon introspection dans un journal de bord. Être *caring* comme enseignante c'est, selon moi, s'appuyer sur de solides valeurs humanistes comme le respect, la reconnaissance du champs phénoménal de l'autre qui est unique, la conscience à développer du potentiel de chacun d'entre nous, l'accompagnement des étudiants dans un enseignement-apprentissage basé sur l'*Educative Caring* de Bevis et Watson (2000). Être *caring* dans son enseignement c'est aussi prendre soin de soi en demandant le respect des étudiants en retour et en les encadrant pour alterner jeu de rôle/ réflexion/ plénière et pause. Être *caring* ne signifie pas pour moi d'être parfait, mais de tendre vers cet idéal moral en préservant notre humanité et en étant conscient d'elle. C'est un grand cheminement de l'étudiant à la maîtrise vers l'apprentie enseignante pour moi : les professeurs sont des êtres humains qui ont droit à l'erreur et à la reconnaissance de leur humanité au même titre que les étudiants.

- c) Communiquer efficacement avec les étudiants, l'équipe d'enseignants et les personnes contacts.

Cet objectif d'apprentissage est important dans le cadre d'un stage visant le développement d'activités d'apprentissage du *caring*. Le *Human Caring* touche à la relation transpersonnelle, aux facteurs caratifs et au moment *caring* selon Cara (2003). Les interactions d'humain-à-humain et les significations sont des concepts-clefs de la conception de Watson.

- Communiquer efficacement avec les étudiants :

La communication passait d'abord et avant tout par les technologies de l'information et de la communication (TIC) au niveau de la préparation du laboratoire (lectures, schémas, réflexion). Du matériel pédagogique était mis en ligne sur les page WebCT des unités d'apprentissage. J'ai donc dû me familiariser avec la plateforme WebCT à l'aide du guide du concepteur reçu de Alain

Legault. J'ai donné de l'information importante dans les forums utilisés par les étudiants pour répondre à leurs questions sur les laboratoires relationnels ou les sondages. Agir avec respect c'est également donner toute l'information à temps pour permettre aux étudiants de bien préparer les laboratoires relationnels et de leur donner un accès facile aux lectures préalables (bibliothèque ou WebCT). Lors de la séance de laboratoire, la communication était établie en présentiel puisque je supervisais directement les étudiants. Comme mentionné plus haut, je devrais davantage bouger en classe (attitude non verbale) et parler plus fort (intonation de voix). J'essaye de conserver une attitude non-verbale d'ouverture et le sourire, la jovialité sont des préalables pour créer un contexte favorisant l'apprentissage selon moi.

La communication suite aux laboratoires était à nouveau assurée par WebCT où je consultais les forum pour vérifier si des questions relatives aux laboratoires relationnels étaient posées.

- Communiquer efficacement avec les équipes d'enseignants :

Plusieurs personnes-clefs ont été rencontrées tant à l'automne durant les activités pré-stage, qu'à l'hiver. Des échanges d'information ont pu ainsi se faire concernant les pratiques utilisées dans le milieu, l'expérience et l'expertise que les professeurs ont, etc. J'ai pu assister à des réunions d'équipe que ce soit au laboratoire durant les coaching, ou bien de l'équipe du SOI 1603. Des rencontres avec différents professeurs ont été organisées pour que je puisse bénéficier de leurs commentaires et bonifier mon travail. La validation des laboratoires se faisait souvent par courriel, car les personnes contactées n'étaient pas toutes à la FSI : donc les TIC ont occupé une partie de la communication qui s'établissait entre le milieu et moi. Il s'est avéré parfois difficile de rencontrer des personnes-ressources qui ont un agenda chargé ou qui ne sont pas fréquemment à la Faculté puisque j'avais moi-même des échéances courtes pour présenter, valider et implanter le matériel construit. J'ai dû m'adapter dans de nombreuses situations où des informations

erronées m'ont été transmises, où du matériel me manquaient pour poursuivre mon travail et où du matériel que j'avais construit a été effacé sur WebCT une semaine avant le laboratoire 4 du SOI 1625. J'ai appris à me centrer sur les faits et les solutions plutôt que sur les impressions et les explications : c'est un grand pas et une leçon pour moi. Il me faut développer davantage la patience : c'est un objectif que je poursuivrai aussi après ce stage.

Évoluer dans un milieu qui subit une grande transformation en passant d'un enseignement traditionnel au paradigme de l'apprentissage avec l'APC par l'implantation d'un nouveau programme de baccalauréat peut s'avérer très enrichissant mais aussi un énorme défi à relever. Les personnes-ressources sont parfois elles-mêmes en perte de repères et comme stagiaire, cela devient parfois difficile d'obtenir de l'information à temps ou de recevoir des rétroactions. Toutefois, évoluer dans un tel milieu est stimulant et m'a permis de proposer des nouvelles façons de faire basées sur l'APC et le *Human Caring*.

- Communiquer avec des personnes contacts :

Tel que mentionné dans la section « déroulement du stage », des contacts à l'extérieur de la Faculté ont été tentés. Une chargée de cours de la Faculté de pharmacie m'a dit ne pas pouvoir m'octroyer de temps pour partager les façons d'utiliser l'APC dans l'apprentissage de la relation pharmacien-client. Des courriels ont été envoyés au département de psychologie de l'Université de Montréal et à la FSI de l'Université Laval, mais sans réponses. Des échanges d'information ont été réalisés avec l'ISEI en Belgique. Finalement, un contact a été établi avec Jean Watson. Les différents contacts établis m'ont permis d'enrichir ma réflexion mais pas nécessairement d'obtenir de l'information concrète sur la façon d'apprendre le *caring* dans l'APC hormis la référence suggérée par Watson.

- d) Renforcer mes connaissances sur l'APC et le *Human Caring*, la gestion de la douleur et l'enseignement à la personne et à sa famille.

La recension des écrits m'a permis d'approfondir mes connaissances sur l'APC, le *Human Caring*, l'enseignement à la personne et à sa famille. Watson m'a conseillé de lire les parties sur les exercices transpersonnels dans son livre *Postmodern Nursing and Beyond* (1999). La lecture de différents livres et articles sur ces thèmes a été très aidante pour construire les activités d'apprentissage. Concernant l'APC, j'ai pu développer davantage mes connaissances dans trois midi-conférences du CÉFES données en février et en mars. Au niveau de l'évaluation et de la gestion de la douleur ainsi que les soins périopératoires, le livre obligatoire (Kozier & al., 2005) et des articles scientifiques m'ont aidée.

### **Recommandations**

Voici quelques recommandations issues de la réflexion durant le stage et des nombreux échanges réalisés avec les équipes dans le milieu.

Tout d'abord, le matériel pédagogique révisé présent sur le CD-ROM pourra être réutilisé dans le programme pour l'année 2006-2007. De l'information quant à la conception et l'utilisation du matériel a été donnée le 8 mai lors d'une rencontre de programme réunissant plusieurs professeurs : ce partage permettra une appropriation du matériel par les participants qui pourront prendre connaissance du document de planification longitudinale qui se veut un résumé intégrateur (voir CD-ROM).

Jean-Pierre Bonin rapportait combien certains superviseurs se sentent démunis au niveau relationnel pour intervenir et encadrer des étudiants, malgré la séance d'information de 3 heures donnée avant chaque laboratoire et malgré leur propre formation académique. J'ai observé que différents superviseurs semblaient manquer de confiance en leur compétences relationnelles lors des activités de coaching. Une option serait de créer une équipe de superviseurs, tel que proposé

par Suzanne Tremblay, qui s'occuperont des laboratoires d'apprentissage du *caring*. Dès lors, une formation continue basée sur la conception du *Human Caring* et de son opérationnalisation au niveau des interactions et de l'encadrement à donner aux étudiants pourrait être offerte aux superviseurs en début de session. Cette séance de formation ne serait pas recommandée en remplacement de la séance d'information (coaching) à donner aux superviseurs avant le laboratoire relationnel, mais serait plutôt un préalable comme le proposait Josée Marcheterre.

Cette année pour l'unité d'expérience de chirurgie (SOI 1625), une plage horaire de 3 heures pour la capsule théorique sur l'enseignement à la personne et à sa famille a été donnée. Pour mettre en pratique les connaissances théoriques, une seule plage de laboratoire de 3 heures était disponible. Durant ce laboratoire, la matière à couvrir est dense : gestion de la douleur dont installation et calibrage d'une pompe PCA (procédure), exercices post-opératoires (procédure), préparation d'une chambre pour accueillir et installer un client qui revient de la salle de réveil (procédure), enseignement périopératoire à la personne et à sa famille sur base du *caring*. Étant donné que l'enseignement à la personne et à sa famille est au cœur des soins infirmiers et a un impact direct sur la santé des personnes que nous soignons, il faudrait octroyer plus de temps aux étudiants pour pratiquer les différents aspects de l'enseignement. Il est donc recommandé qu'une à deux plages horaires de trois heures chacune soit créées dans la macroplanification de l'année prochaine. Les étudiants pourront dès lors appliquer davantage les notions théoriques vues dans la capsule lors du TGG. Ces plages horaires toucheraient à la pratique de l'enseignement et non pas aux procédures. L'actuel laboratoire 4 du SOI 1625 serait ainsi soulagé de tout l'aspect enseignement et s'en verrait dès lors allégé, tout ceci dans une optique pédagogique visant le développement de compétences chez les étudiants. Durant les plages horaires proposées pour le laboratoire au niveau l'enseignement à la personne et à la famille, des jeux de rôles tels que développés dans le présent stage pourraient être organisés. Ceux-ci pourraient toucher à

l'enseignement à donner selon différentes chirurgies, mais également valider et approfondir certains aspects d'enseignement vus au SOI 1603 (Expériences de maladie chronique). Par exemple, l'enseignement à une cliente diabétique qui doit subir une chirurgie de prothèse totale de la hanche, ou l'enseignement à un homme hypertendu qui doit subir une résection transurétrale de la prostate.

L'aspect évaluatif a été soulevé dans le milieu. Présentement, peu de points relationnels sont présents dans les grilles d'observation des ÉCOS servant d'outil d'évaluation sommative dans les examens pratiques du laboratoire. De plus, ces points ne sont pas nécessairement issus de grilles d'observation du *caring*. Dès lors, il est recommandé d'intégrer davantage d'éléments relationnels basés sur la CPNI-Scale de Cossette & al. (2005) et de l'échelle de Forbes (2004) afin de valider les apprentissages réalisés par les étudiants suite aux laboratoires relationnels. Ces items pourront être sélectionnés parmi les éléments vus durant les laboratoires selon les différentes unités (voir annexe 4). Durant la semaine d'intégration, des ÉCOS sont proposées aux étudiants comme outil intégrateur. Il serait recommandé d'évaluer des aspects déclaratifs, procéduraux et conditionnels dans les grilles d'observation. Ainsi, des aspects relationnels devraient être couverts concomitamment avec les aspects techniques et théoriques pour préparer tranquillement les étudiants aux ÉCOS de l'OIIQ ; ces ÉCOS comprenant des éléments relationnels dans les grilles d'évaluation. De plus, c'est la vision de Watson que de ne pas séparer les éléments techniques ou procéduraux et les éléments relationnels du soin infirmier. Pour élaborer les grilles d'observation, des items ciblés selon les thèmes abordés dans les ÉCOS peuvent être issus de la CPNI-Scale de Cossette & al. (2005) et la grille d'observation de Forbes (2004, voir annexe 4). Au niveau des laboratoires même, il est possible d'inclure des éléments relationnels à observer dans chacune des vignettes procédurales créées par Marcheterre, mais la

révision de tout ce matériel pédagogique s'avère être une tâche colossale et il faut également considérer les ressources de la Faculté.

Au niveau des outils pédagogiques, la possibilité d'utiliser davantage le forum sur WebCT pour stimuler la réflexion en termes de *Human Caring* dans les prochains laboratoires relationnels en 2006-2007 pourrait être proposée comme moyen de maximiser les apprentissages sur ce thème. Pour l'instant, à ma connaissance, aucun livre obligatoire couvrant les aspects relationnels du soin n'est proposé en première année. Suite aux nombreuses lectures, il serait recommandé que les étudiants achètent un livre obligatoire sur la communication pour l'année 2006-2007 : Balzer-Riley, J. (2004). Communication in nursing. Mosby: St-Louis. Ce livre est récent et même si en anglais, il est proche des écrits de Watson lus dans le cadre de ce stage. Il aborde les compétences de base en communication, la construction d'une relation, la construction de la confiance et la rencontre de défi dans la communication. C'est un livre qui pourrait être utilisé également dans le cours de santé mentale puisqu'il touche aux habiletés de confrontation, de refus de requêtes déraisonnables, de la communication affirmative, des relations entre collègues, etc. Watson écrit d'excellents ouvrages, mais les lectures ciblées pour les étudiants sont éparpillées dans différents volumes. Les livres de Watson offrent un niveau conceptuel élevé qui pourraient rebuter certains étudiants de première année. Malheureusement, le livre qui paraît le plus abordable et adéquat est la traduction française de Watson (1998) dont la publication est discontinuée, mais qui est disponible à la bibliothèque paramédicale. Cette proposition de livre a été faite auprès de Johanne Goudreau à l'automne 2005 et auprès de Jean-Pierre Bonin à l'été 2006.

### **Conclusion**

Le stage réalisé est un stage pratique en milieu d'enseignement ayant un impact direct sur la planification, l'enseignement et l'évaluation d'activités d'apprentissage du *caring* dans le cadre de laboratoires s'échelonnant sur la première année du baccalauréat.

Ce stage présentait un défi d'allier le *Human Caring* à l'approche par compétences au niveau de la progression des apprentissages, de la construction graduelle des connaissances, de l'intégration des compétences disciplinaires et transversales pour les étudiants du baccalauréat mais également pour moi, en tant qu'étudiante à la maîtrise. Ce stage est novateur, parce que l'alliance entre *Human Caring* et l'APC va au-delà de ce qui se fait présentement.

L'impact qu'a eu mon stage sur le milieu se situe tant au niveau des échanges qu'au niveau de la quantité de matériel pédagogique créé et révisé, prêt à être réutilisé les années suivantes. La collaboration avec les personnes ressources du milieu a amené une réflexion quant à la nécessité d'approfondir les outils d'évaluation en termes d'apprentissage du *caring* à la Faculté suite à mon stage : j'ai lancé l'idée de créer un comité d'évaluation lors de la réunion de programme du 8 mai en après-midi afin d'approfondir cette question qui dépasse l'évaluation de l'apprentissage du *caring*, proposition qui a été mise par écrit. Les rencontres organisées pour présenter le matériel aux superviseurs ont été bénéfiques puisque suite aux échanges, une recommandation a pu être faite pour donner une formation continue relationnelle et conceptuelle aux superviseurs dès le début de la session. Un groupe de superviseurs donnant les laboratoires relationnels pourrait être créé selon Suzanne Tremblay.

L'impact qu'a eu mon stage sur les étudiants est difficilement mesurable autrement que par les données qualitatives recueillies dans les sondages mis en ligne sur WebCT. Globalement, les étudiants se sont dit satisfaits de participer à des jeux de rôles collés à la clinique. Le *caring* devient moins abstrait, moins théorique, dans un laboratoire pratique où des grilles d'observation contenant des éléments de facteurs caratifs, présentés sous forme de comportements observables, sont proposées aux étudiants. Dans les commentaires recueillis par sondage anonyme, les étudiants semblent avoir globalement préféré échanger sous la forme de jeux de rôles proposés pour les laboratoires relationnels du SOI 1603 et SOI 1625 que sous la forme d'exercices

traditionnels de relation d'aide tirés de Chalifour proposés pour les laboratoires relationnels du SOI 1605 et SOI 1615. Lorsque j'ai supervisé différents groupes, j'ai remarqué combien les jeux de rôles avaient un impact positif sur la façon dont les étudiants évaluent les situations et interviennent avec *caring*.

En ce qui me concerne, le présent stage m'a permis de développer des compétences d'apprentie-enseignante évoluant dans une approche par compétences et dans un milieu d'enseignement vivant une transition suite à l'implantation du nouveau programme de baccalauréat. L'impact est multidimensionnel : personnel, académique, relationnel, conceptuel, etc. Ce stage a été très formateur pour moi puisque j'ai réalisé des activités que je n'avais jamais expérimentées auparavant : enseigner-apprendre à un grand groupe de 124 étudiants, superviser des laboratoires, construire du matériel pédagogique en collaboration avec des équipes d'enseignants et des experts. Ma réflexion en termes de *Human Caring* et d'approche par compétences s'est beaucoup enrichie suite aux lectures et aux échanges dans le milieu. Ce stage représentait un grand défi pour moi, et j'ai mobilisé toutes mes ressources pour le relever et mener à bien ce projet. Il me reste encore beaucoup à faire pour l'avenir en poursuivant ce que j'ai appris ici et en le transférant à des situations que je vivrai comme enseignante-apprenante. Ainsi, ce projet qui se clôture m'ouvre d'autres horizons et d'autres défis stimulant auxquels je ferai face.

## Références

- Arthur, D. Pang, S. Wong, T. (2001). "The effect of thechnology on the caring attributes of an international sample of nurses". International Journal of Nursing Studies. 38. 37-43.
- Balzer-Riley, J. (2004). Communication in nursing. Fifth edition. Mosby. St-Louis.
- Barbeau, D. Montini, A. Roy, C. (1997). Tracer les chemins de la connaissance. Éd. AQPC.
- Bevis, E.O. Watson, J. (2000). Toward a caring curriculum. Éd. Jones & Bartlett. USA.
- Blondeau, D. (2002). "L'art du soin infirmier : un art pratique, la nécessaire relation entre l'art et l'éthique. Dans Goulet, O. Dallaire, C. (dir.) Les soins infirmiers, vers une nouvelle perspective. Boucherville : Gaëtant Morin. P. 301-313.
- Boykin, A. Schoenhofer, S.O. (1993). Nursing as Caring: a Model for Transforming Practice. Éd. NLN. USA. p.66-67.
- Boykin, A. Schoenhofer, S.O. (2003). "Transforming Practice Using a Caring-based Nursing Model". Nursing Administration Quarterly.27.(3). P.223-230.
- Cara, C. (2003). A Pragmatic View of Jean Watson's Caring Theory. International Journal for Human Caring Vol. 7 No.3.
- Chalifour, J. (1993). Enseigner la relation d'aide. G. Morin. Boucherville.
- Chamberland, G. Lavoie, L. Marquis, D. (2003). 20 formules pédagogiques. Presse de l'Université du Québec.
- Cohen, Y. Pepin, J. Lamontagne, E. Duquette, A. (2002). Les sciences infirmières : genèse d'une discipline. éd. Les presses de l'Université de Montréal.
- Comité pilote du nouveau bacc. (2004). FSI.  
[[http://www.scinf.umontreal.ca/NouveauBACC/DocumentsGenerauxSurLeProgramme/IMPLANTATION\\_commEtudiants.pdf](http://www.scinf.umontreal.ca/NouveauBACC/DocumentsGenerauxSurLeProgramme/IMPLANTATION_commEtudiants.pdf)] consultée juillet 2005.
- Cossette, S. Cara, C. Ricard, N. Pepin, J. (2005). « Assessing Nurse-Patient Interactions from a Caring Perspective: Report of the Development and Preliminary Psychometric Testing of the Caring Nurse-Patient Interactions Scale (CNPI-Scale). International Journal of Nursing Studies.42(6). p.673-686.
- Duffy, J.R. (2003). "Caring relationships and Evidence-Based Practice: Can They Coexist?". International Journal of Human Caring.7.(3). P.45-50.
- Egan, G. (1987). Communication dans la relation d'aide. Études Vivantes. Montréal. trad. Forest, F.

- Faculté des Sciences Infirmières. (2004). Révision du programme de Bacc. en sciences infirmières. Université de Montréal.
- Forbes, C. (2004). Élaboration et validation d'une grille d'observation des interactions patient / infirmière. Mémoire de maîtrise. Université de Montréal.
- Goudreau, J. (2005). « La formation des infirmières basée sur les données probantes ? ». Table ronde. Conférence des infirmières éducatrices de l'ACESI.
- Goudreau, J. Boyer, L. Marcheterre, J. Legault, A. (2005). L'approche par compétences dans un programme de baccalauréat : réflexions d'enseignants dans l'action. Colloque du Céfes.
- Gramling, L. Nugent, K. (1998). "Teaching Caring Within the Context of Health". Nurse educator.23(2). p.47-51.
- Hermann, G. (2003). Les méthodes d'apprentissage. Le carrefour de la réussite. P.44-53.
- Houssaye, J. (1988). Théorie et pratiques de l'éducation scolaire I : Le triangle pédagogique. Paris : Peter Lang.
- Hughes, L. (1992). « Faculty-student interactions and the student-perceived climate for caring ». Adv. Nurs. Sci. 14(3). 60-71.
- Kérouac, S. Pepin, J. Ducharme, F. Major, F. (2003). La pensée infirmière : 2<sup>ème</sup> édition. éd. Beauchemin. Montréal.
- Kozier, B. Erb, G. Berman, A. Snyder, S. (2005). Soins infirmiers: Théorie et pratique. ERPI : Québec. traduction française : Longpré, S. Cloutier, L.
- Lasnier, F. (2000). Réussir la formation par compétences. Éd. Guérin. Montréal.
- Lazure, H. (1987). Vivre la relation d'aide, approche théorique et pratique. éd. Décarie. Montréal.
- Lebrun, M. (2006). « Dans l'e-learning, il n'y a pas que le « e » qui compte le plus ». Conférence du CÉFES. Université de Montréal.
- Lechasseur, K. Lazure, G. Guilbert, L. (2005). Pensée critique et mobilisation des données probantes. Conférence des infirmières éducatrices de l'ACESI.
- Lefebvre, H. (2005). L'éducation thérapeutique de la personne et de sa famille. Université de Montréal. [[http://www.coursenligne.umontreal.ca/SCRIPT/SOI1625\\_1\\_1/scripts/serve\\_home](http://www.coursenligne.umontreal.ca/SCRIPT/SOI1625_1_1/scripts/serve_home)]. consultée 26/11/05.
- Legendre, M.F. (2006). « L'approche par compétences? De quoi parle-t-on au juste? ». Conférence du CÉFES. Université de Montréal.

Leprohon, J. Lessard, L.M. Lévesque-Barbes, H. (2001). Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales. Montréal : OIIQ. p.13, 17, 21, 23.

Lesley, M. Wallis, M.C. (1998). "A model of professional nurse caring: nursing student's experience". Journal of Advanced Nursing. 27(3). p 582-589.

Lessard, L.M. Laberge, L. (2003). Guide de préparation à l'Examen professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Montréal : OIIQ. p. 195, 218, 230, 238, 244, 254, 266, 280.

Louis, R. Bernard, H. (2004). L'évaluation des apprentissages en classe : théorie et pratique. éd. Beauchemin. Montréal.

Marcheterre, J. (2004). Enseignement/apprentissage de l'administration des médicaments selon l'approche par compétences. Rapport de stage de maîtrise. Faculté des sciences infirmières. Université de Montréal.

Marten-Daniel, P. (2005). "Culture shock: art expression strategies in the culture shift for internationally educated nurses". Conférence des infirmières éducatrices de l'ACESI.

Mayeroff, M. (1971). On caring. USA : Harper Perennial. Réédition 1990. p.18-35.

Mc Farland, D. Royle, P. Légaré, G.P. Lefebvre, P. Dionne-Fournelle, O. Parent, A. (2006). « Créer un climat propice à l'apprentissage : l'expérience de l'école d'orthophonie et d'audiologie. » Conférence du CÉFES. Université de Montréal.

Mercier, C. (2003). Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. OIIQ.

[[http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres\\_publications/Guide\\_application\\_loi90.pdf](http://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/Guide_application_loi90.pdf)] consultée juillet 2005.

Morissette, B. Laurencelle, L. (1993). Les examens de rendement scolaire. Les presses de l'université Laval. p.36-48.

Morse, J.M. Bottorff, J. Neander, W. Solberg, S. (1991). "Comparative Analysis of Conceptualizations and Theories of Caring". Journal of Nursing Scholarship.23.(2). p.119-126.

O'Reilly, L. (2004). Pour un soin renouvelé: le caring. Colloque *Caring* 2004.

Papalia, D.E. (1996). Le développement de la personne. Éd. Études Vivantes. Québec. p. 37-42.

Pardue, K. (2004). "Introducing Readers Theater!!: A Strategy to Foster Aesthetic Knowing in Nursing". Nurse educator. 29(2). P.58-62.

Phaneuf, M. (2002). Communication, entretien, relation d'aide et validation. Éd. Chenelière Éducation. Montréal. p.318-319.

Prégent, R. (1990). La préparation d'un cours. Éd. de l'École Polytechnique de Montréal. Montréal.

Proulx, D. (2005). « Entreprendre une réforme pédagogique majeure. Un bilan de dix années...les succès, les leçons ». Colloque du Céfes.  
[[http://www.cefes.net/users/colloque2005/IMG/pdf/601\\_DenisProulx\\_CEFES2005-2.pdf](http://www.cefes.net/users/colloque2005/IMG/pdf/601_DenisProulx_CEFES2005-2.pdf)]

Provencher, H. Fawcett, J. (1999). Les sciences infirmières : Une structure épistémologique. Dans Goulet, O. Dallaire, C. (dir.). Soins infirmiers et société. Boucherville : Gaëtan Morin. P.201-224.

Roach, M.S. (1987). Caring, The Human Mode of Being. Second Revised Edition 2002. Éd. CHA Press. Ontario. p.41-66.

Roy, M. (2000). Évaluation de la santé. Notes de cours. Montréal : Université de Montréal. Faculté des sciences infirmières. (document non publié). DANS Roy, M. Robinette, L. (2005). Le Caring : démarche d'actualisation en milieu clinique. Éd. de l'Hôpital Sainte-Justine. Montréal.

Sappington, J. (2004). « Caring in action ». Nurse Educator.29(6). P.223.

Scallon, G. (2004). L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences. Éd. du Renouveau.

Smith, L. (2003). "Help!! My patient's illiterate". Nursing.33(11). p. 32hn6-32hn8.

Swanson, K. (1993). « Nursing as informed caring for the well-being of others ». Journal of Nursing Scholarship.25.(4). P.352-357.

Tardif, J. (1997). « La construction des connaissances : 1. Les consensus ». Pédagogie collégiale. (11)2. p.9-14.

Tardif, J. (1998). « La construction des connaissances : 2. Les pratiques pédagogiques ». Pédagogie collégiale.(11)3. p.15-20.

Tardif, J. (2005). « Les compétences comme axe intégrateur des formations en milieu universitaire : une nécessité, un leurre, une mode passagère, une avenue prometteuse... ». Colloque du Céfes.

[[http://www.cefes.net/users/colloque2005/IMG/pdf/101\\_JacquesTardif\\_\\_CEFES2005-2.pdf](http://www.cefes.net/users/colloque2005/IMG/pdf/101_JacquesTardif__CEFES2005-2.pdf)]

Watson, J. (1988). Nursing: Human science and human care. A theory of nursing. New York: National League for Nursing.

Watson, J. (1998). Le caring : Philosophie et science des soins infirmiers. Paris : Seli Arslan. Traduction française Bonnet, J. de la version originale de 1985 "*The philosophy and science of caring* ».

Watson, J. (2000). Via negativa : considering caring by way of non-caring. Australian Journal of holistic nursing.7(1). p.4-8.

Watson, J. (2002). “Intentionality and Caring-Healing Consciousness : A Practice of Transpersonnal Nursing”. Holistic Nursing Practice. 16(4). p.12-19.

Watson, J. (2005). Caring Science as Sacred Science. Éd. F.A. Davis. Philadelphia.

## Annexes

- Annexe 1 -

Philosophie de la Faculté des Sciences Infirmières

La Faculté des sciences infirmières (F.S.I.) croit que la formation fondamentale et professionnelle d'infirmières constitue la finalité des études de premier cycle en sciences infirmières et que celle des études supérieures est de former des spécialistes cliniques et des chercheuses dans la discipline. De nature à la fois disciplinaire et professionnelle, la formation aux divers cycles universitaires permet aux étudiantes d'accéder à de hauts niveaux de compétence scientifique et professionnelle. Tout en faisant avancer la science, les connaissances qui découlent de la recherche contribuent à l'amélioration de la pratique infirmière et enrichissent l'enseignement. Le développement de connaissances et la formation en sciences infirmières s'inscrivent dans un contexte de synergie avec le monde scientifique contemporain.

La discipline infirmière se consacre à l'étude du soin à travers les expériences de santé de la personne, de la famille, du groupe et de la communauté en interaction constante avec l'environnement. Les expériences de santé se vivent lors de transitions reliées au développement ou à diverses situations, dont la maladie, et ce, à travers les étapes du cycle de la vie. La Faculté valorise l'engagement et le pouvoir de la personne - famille - groupe - communauté en regard de leur santé. Elle s'intéresse à la personne comme être unique en devenir, à la famille, au groupe et à la communauté comme systèmes dynamiques et à l'environnement dans ses multiples dimensions (de la génétique au politico-économique). Dans cette perspective, l'infirmière identifie, crée, met en action et évalue, en coopération avec la personne - famille - groupe - communauté, des stratégies de soins qui favorisent le développement maximal de leur potentiel de santé.

Les bases conceptuelles et théoriques sur lesquelles repose la discipline infirmière tiennent compte des principes et des lois qui gouvernent les processus de vie, de bien-être et de croissance des personnes. La complexité et la diversité des expériences de santé invitent à une ouverture aux différents paradigmes dans l'étude de concepts et l'élaboration de théories pertinentes à la discipline infirmière. Ainsi, la Faculté reconnaît l'existence de plusieurs paradigmes aptes à orienter le développement des connaissances en sciences infirmières et à guider la pratique.

La Faculté croit qu'un milieu propice à l'investigation scientifique et à la formation universitaire privilégie l'exercice de la pensée analytique et critique et l'autonomie; elle encourage l'originalité dans la recherche de connaissances et d'habiletés. De telles valeurs sont fondamentales à la formation de l'étudiante quant au développement de son leadership et de sa collaboration interdisciplinaire dans le domaine des soins de santé. Le partenariat professeur/étudiante est une force à reconnaître et à privilégier dans le processus réciproque d'enseignement-apprentissage. La professeure est une personne ressource, un agent facilitateur et un modèle. Elle contribue à la création de l'environnement éducatif et à son renouvellement. La Faculté reconnaît également l'expérience de l'étudiante comme force positive favorisant le développement et l'intégration de connaissances en sciences infirmières. Ainsi, l'étudiante assume une responsabilité majeure dans la planification et la réalisation de son programme d'études, dans sa croissance personnelle et dans la mise à jour continue de ses connaissances et de ses habiletés.

En plus d'être un milieu de croissance pour les personnes, la Faculté se veut un milieu d'épanouissement collectif. La Faculté croit aussi que le développement de nouvelles connaissances et la formation universitaire ne peuvent se réaliser sans une relation de partenariat et de coopération avec les divers milieux de pratique. La formation aux divers cycles incite à l'engagement professionnel, social et politique sur les plans local, national et international.

Adopté le 21 janvier 1994 (AFSI-240-6-1)

## - Annexe 2-

Le changement de paradigme en enseignement : (inspiré de Bevis & Watson, 2000)

<b>Béhaviorisme</b>	<b>Educative-Caring</b>
Autorité: maternelle, paternelle	Égalité: rapport sœur, frère
Climats: oppressif	Climat: libéré
Discussions: polémiques gagnant, perdant	Discussions: dialogue
Buts: changement comportemental	Buts: apprentissage participatif-innovateur
Vision: réductionniste	Vision: holistique
Approche: par objectif	Approche: <i>human care</i> , par compétence
Méthodes: empiriques	Méthodes: critiques d'experts à travers l'expérience et les interactions

Passage du paradigme de l'enseignement au paradigme de l'apprentissage (Tardif, 1997)

Passage de la catégorisation à la transformation (Kérouac et al., 2003)

Passage du béhaviorisme à « l'*educative-caring* » (Bevis & Watson, 2000)

- Annexe 3 : CPNI-Scale de Cossette, Cara, Ricard & Pepin 2005, version 70 énoncés –  
Anglais - version infirmière & français – versions infirmière et patient

Facteurs caratifs		Énoncé – version infirmière (anglais)	Énoncé – version infirmière	Énoncé – version patient
<b>F1 : Système de valeurs humaniste-altruiste</b>				
SOI 1605	1	Consider them as complete individuals, show that I am interested in more than their health problem.	Les considérer comme des individus à part entière, de ne pas seulement m'intéresser à leur problème de santé.	Me considérer comme un individu à part entière, ne s'est pas seulement intéressé à mon problème de santé
	2	Try to see things from their point of view.	Essayer de voir les choses de leur point de vue.	Essayer de voir les choses de mon point de vue
	3	Accept them as they are without prejudice (e.g.: ethnicity, values, opinions, etc.).	Les accepter tels qu'ils sont, sans porter de jugement (ex. : ethnie, valeurs, opinions, etc.).	Accepter sans porter de jugement (mon ethnie, mes valeurs, mes opinions)
	4	Show them respect -- as well as to those closest to them.	Leur démontrer du respect ainsi qu'à leurs proches.	Démontrer du respect ainsi qu'à mes proches
	5	Do not have a shocking attitude	Ne pas avoir une attitude choquante.	Ne pas avoir d'attitudes choquantes
	6	Be humane and warm with them and those closest to them.	Être humain(e) et chaleureux(se) avec eux et leurs proches.	Être humaine et chaleureuse envers moi
<b>F2 : Soutien des croyances et de l'espoir</b>				
SOI 1625	7	Show that I will be there for them if they need me.	Démontrer que je serai là pour eux s'ils en ont besoin.	Démontrer qu'elle était là si j'en avais besoin
	8	Encourage them to have confidence in themselves.	Les encourager à avoir confiance en eux.	Encourager à avoir confiance en moi
	9	Draw their attention to positive aspects concerning them and their state of health.	Attirer leur attention sur les aspects positifs les concernant et concernant leur état de santé.	Attirer mon attention sur les aspects positifs me concernant et concernant mon état de santé
	10	Emphasize their efforts.	Souligner leurs efforts.	Souligner mes efforts
	11	Encourage them to be hopeful, when it is appropriate.	Les encourager à garder espoir, lorsque c'est approprié.	Encourager à garder espoir, lorsque c'était approprié
	12	Help them to find motivation to improve their state of health.	Les aider à trouver la motivation pour améliorer leur état de santé.	Aider à trouver la motivation pour améliorer mon état de santé
	13	Take into account what they know about their health situation.	Tenir compte de ce qu'ils savent sur leur situation de santé.	Tenir compte de ce que je savais de ma situation de santé

Facteurs caratifs		Énoncé – version infirmière (anglais)	Énoncé – version infirmière	Énoncé – version patient
<b>F3: Sensibilité à soi et aux autres</b>				
SOI 1615	14	Ask them how they would like things to be done.	Leur demander comment ils aimeraient que les choses soient faites.	Demander comment j'aimerais que les choses soient faites
SOI 1625	15	Show awareness of their feelings and of those closest to them, e.g. their concern about their health condition.	Me montrer sensible à leurs sentiments et à ceux de leur proche, par exemple l'inquiétude engendrée par l'état de santé.	Se montrer sensible à mes sentiments et à ceux de mes proches, par exemple l'inquiétude engendrée par mon état de santé
SOI 1605	16	Know how to choose the right moment to discuss with them their condition and the steps to come.	Savoir choisir le bon moment pour discuter avec eux de leur condition et des étapes à venir.	Savoir choisir le bon moment pour discuter avec moi de ma condition et des étapes à venir
	17	Know how to express in an appropriate fashion my own feelings towards their situation.	Savoir exprimer de façon appropriée mes propres sentiments vis-à-vis leur situation.	Exprimer de façon appropriée ses propres sentiments vis-à-vis la situation
	18	Make them aware of the way those closest to them are experiencing their situation.	Les sensibiliser à ce que vivent leurs proches quant à leur situation.	Sensibiliser à ce que vivent mes proches dans la situation
	19	Keep those closest to them up to date about their state of health (with their agreement).	Tenir leurs proches au courant de leur état de santé (avec leur accord).	A tenu mes proches au courant de mon état de santé (avec mon consentement)
<b>F4 : Relation d'aide et de confiance</b>				
SOI 1615	20	Listen to them attentively when they speak, as well as those closest to them.	Les écouter attentivement quand ils parlent, ainsi que leurs proches.	Écouter attentivement quand je parlais, ainsi que mes proches
SOI 1605	21	Introduce myself by stating clearly my name and function.	Me présenter en précisant mon nom et ma fonction.	Se présenter en précisant son nom et son rôle
	22	Answer as soon as it is convenient when they call me.	Répondre dans un délai convenable lorsqu'ils m'appellent.	Répondre dans un délai convenable lorsque je l'ai appelé
	23	Respect my engagements, that is to say, do what I said what I would do.	Respecter mes engagements, c'est-à-dire faire ce que j'ai dit que je ferais.	Respecter ses engagements, c'est-à-dire a fait ce qu'elle a dit qu'elle ferait
	24	Not seem busy or otherwise occupied when I am taking care of them.	Ne pas sembler pressé(e) ni occupé(e) quand je m'occupe d'eux.	Ne pas sembler pressé ou occupé quand elle s'occupait de moi
	25	Not cut them off when they speak.	Ne pas leur couper la parole.	Ne pas couper la parole

Facteurs caratifs	Énoncé – version infirmière (anglais)	Énoncé – version infirmière	Énoncé – version patient
	26 Not confront too harshly their ideas and behaviour.	Ne pas confronter trop brusquement leurs façons de penser et d'agir.	Ne pas confronter trop brusquement mes façons de penser et d'agir
<b>F5 : Encourager l'expression des émotions</b>			
SOI 1603	27 Encourage them to speak their thoughts and feelings freely.	Les encourager à exprimer librement ce qu'ils ressentent.	Encourager à exprimer librement ce que je ressentais
	28 Keep calm when they are angry.	Garder mon calme quand ils sont en colère.	Savoir garder son calme quand j'étais en colère
	29 Help them to understand the emotions they feel in their situation.	Les aider à comprendre les émotions qu'ils ressentent dans leur situation.	Aider à comprendre mes émotions
	30 Not reduce my presence when they have difficult moments.	Ne pas être moins présent(e) lorsqu'ils vivent des moments difficiles.	Être été moins présente lorsque je vivais des moments difficiles
	31 Help them to channel their difficult emotions.	Les aider à composer avec leurs émotions difficiles.	Aider à composer avec mes émotions difficiles
	32 Let them express their pain, their sadness, their fears...	Leur laisser exprimer leur peine, leur tristesse, leurs peurs,...	Laisser exprimer ma peine, ma tristesse, mes peurs
<b>F6 : Processus créatif de résolution de problèmes</b>			
	33 Help them to set realistic objectives that take their health condition into account.	Les aider à se fixer des buts réalistes en tenant compte de leur état de santé.	Aider à me fixer des buts réalistes en tenant compte de mon état de santé
	34 Help them to cope with the stress generated by their condition or general situation.	Les aider à composer avec le stress découlant de leur état de santé ou de leur situation générale.	Aider à composer avec le stress découlant de mon état de santé ou de ma situation générale
	35 Help them to see things from a different point of view.	Les aider à voir les choses d'une façon différente.	Aider à voir les choses d'une façon différente
	36 Help them to recognize the means to efficiently resolve their problems.	Les aider à reconnaître des moyens pour résoudre efficacement leurs problèmes.	Aider à reconnaître des moyens pour résoudre efficacement mes problèmes
	37 Try to identify with them the consequences of their behaviour.	Chercher à identifier avec eux les conséquences de leurs comportements.	Chercher à identifier avec moi les conséquences de mes comportements
SOI 1625	38 Inform them and those closest to them about the resources adapted to their needs (e.g.: other professionals, self-help groups, community health centres, etc.).	Les renseigner, ainsi que leurs proches, sur les ressources adaptées à leurs besoins (ex. : autres professionnels, groupes d'entraide, CLSC, etc.).	Renseigner, ainsi que mes proches, sur les ressources adaptées pour répondre à mes besoins (ex., autres professionnels, groupes d'entraide, CLSC, etc)

Facteurs caratifs	Énoncé – version infirmière (anglais)	Énoncé – version infirmière	Énoncé – version patient
<b>F7 : Enseignement et apprentissage interpersonnel</b>			
SOI 1625	39 Help them to identify, formulate and ask questions about their illness and its treatment.	Les aider à identifier et formuler des questions à poser au sujet de leur maladie et de leur traitement.	Aider à identifier et formuler des questions à poser au sujet de ma maladie et de mon traitement
	40 Check if they - and those closest to them - have properly understood the explanations given.	Vérifier s'ils ont bien compris les explications, ainsi que leurs proches.	Vérifier si j'avais bien compris les explications, ainsi que mes proches
	41 Give them the necessary information or make it available so they can make informed decisions.	Leur donner l'information nécessaire ou rendre l'information disponible pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées.	Donner l'information nécessaire ou rendu l'information disponible pour que je puisse prendre des décisions éclairées
	42 Explain to them the care or treatments beforehand.	Leur expliquer les soins ou traitements avant de les effectuer.	Expliquer les soins ou les traitements avant de les effectuer
	43 Not use terms or a language that they or those closest to them do not understand.	Ne pas utiliser des termes ou un langage qu'eux ou leurs proches ne comprennent pas.	Ne pas utiliser des termes ou un langage que moi ou mes proches ne comprenions pas
	44 Provide them with the opportunity to practice self-administered care.	Leur donner l'occasion de pratiquer les soins qu'ils doivent se donner.	Donner l'occasion de pratiquer les soins que je devais me donner
	45 Respect their pace when giving them information or answering their questions.	Respecter leur rythme pour leur donner l'information ou répondre à leurs questions.	Respecter mon rythme pour me donner l'information ou répondre à mes questions
	46 Teach them how to schedule and prepare their medications.	Enseigner comment planifier l'horaire et la préparation de leurs médicaments.	Enseigner comment planifier l'horaire et la préparation de mes médicaments
	47 Give them indications and means to treat or prevent certain side-effects of their medications or treatments.	<b>Les renseigner sur les indications et les moyens de soulager ou prévenir certains effets secondaires possibles de leurs médicaments ou traitements.</b>	<b>Renseigner sur les indications et les moyens de soulager ou prévenir certains effets secondaires possibles de mes médicaments ou traitements</b>
<b>F8 : Environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien / protection / correction</b>			
	48 Understand when they need to be alone.	Comprendre quand ils ont besoin d'être seuls.	A compris quand j'avais besoin d'être seul
SOI 1603	49 Help them to be comfortable (e.g.: offer them to do back rubs; help them to change positions, adjust the lighting, suggest special equipment, etc..).	Poser des gestes pour assurer leur confort (ex. : leur offrir des massages au dos, les aider à changer de position, ajuster l'éclairage, suggérer des appareils spécialisés, etc.).	Poser des gestes pour assurer mon confort (m'a offert des massages au dos, m'a changé de position, a suggéré des appareils spécialisés, etc.)

Facteurs caratifs	Énoncé – version infirmière (anglais)	Énoncé – version infirmière	Énoncé – version patient
	50 Put the room back in order after having taken care of them.	Remettre la pièce à l'ordre après s'être occupé(e) d'eux.	A remis la pièce à l'ordre après s'être occupé de moi
SOI 1625	51 Check if their medications soothe their symptoms (e.g.: nausea, pain, constipation, anxiety, etc.).	Vérifier si leurs médicaments soulagent leurs symptômes (ex. : nausées, douleurs, constipation, anxiété, etc.).	Vérifier si les médicaments avaient soulagé mes symptômes (nausées, douleurs, constipation, anxiété, etc)
SOI 1603	52 Respect their privacy (e.g.: do not expose them needlessly).	Respecter leur intimité (ex.: ne pas les découvrir inutilement).	Respecter mon intimité
	53 Before leaving, check if they have everything they need.	Vérifier, avant de les laisser, s'ils ont tout ce qu'il leur faut.	Vérifier, avant de me laisser, si j'avais tout ce qu'il faut
	54 Help them to clarify which things they would like significant persons to bring them.	Les aider à clarifier ce qu'ils aimeraient que les personnes significatives leur apportent.	M'aider à clarifier ce que j'aimerais que mes personnes significatives m'apportent
<b>F9 : L'assistance dans la satisfaction des besoins humains</b>			
SOI 1625	55 Help them with the care they cannot administer themselves.	Les assister dans leurs soins quand ils ne sont pas capables de les faire par eux-mêmes.	Assister dans mes moins quand je n'étais pas capables de le faire par moi-même
	56 Know how to give the treatments (e.g.: intravenous injections, bandages etc.).	Savoir comment donner les traitements (ex. : injections intraveineuses, pansements, etc.).	Savoir comment donner les traitements
	57 Know how to operate specialized equipment (e.g.: pumps, monitors, etc.).	Savoir se servir de l'équipement spécialisé (ex. : pompes, moniteurs, etc.).	Savoir se servir de l'équipement spécialisé (ex. : pompes, moniteurs, etc.).
	58 Do treatments or give medications at the scheduled time.	Faire les traitements ou donner les médicaments à l'heure prévue.	Faire mes traitements ou donner mes médicaments à l'heure prévue.
	59 Encourage those closest to them to support them (with their agreement).	Encourager leurs proches à les soutenir (avec leur accord).	Encourager mes proches à me soutenir (avec mon accord).
	60 Closely monitor their health condition.	Surveiller leur état de santé de près.	Surveiller mon état de santé de près.
	61 Help them to feel that they have a certain control over their situation.	Les aider à sentir qu'ils ont un certain contrôle sur leur situation.	M'aider à sentir que j'ai un certain contrôle sur ma situation.
	62 Know what to do in situations where one must act quickly.	Savoir quoi faire dans les situations où il faut agir rapidement.	Savoir quoi faire dans les situations où il faut agir rapidement.
	63 Show ability and skill in my way of intervening with them.	Démontrer de la compétence et de l'habileté dans ma façon d'intervenir avec eux.	Démontrer de la compétence et de l'habileté dans la façon d'intervenir.

Facteurs caratifs	Énoncé – version infirmière (anglais)	Énoncé – version infirmière	Énoncé – version patient
64	Take their basic needs into account (e.g.: sleeping, elimination, hygiene, etc.).	Tenir compte de leurs besoins de base (ex. : sommeil, élimination, hygiène, etc.).	Tenir compte de mes besoins de base (ex. : sommeil, élimination, hygiène, etc.).
<b>F10 : Facteurs existentiels, phénoménologiques et spirituels</b>			
65	Help them to feel well in their condition.	Les aider à se sentir bien dans leur peau.	M'aider à me sentir bien dans ma peau.
66	Recognize that prayer, meditation or other means can help appease them and give them hope.	Reconnaître que la prière, la méditation ou autres peuvent être des moyens de les apaiser et de leur redonner espoir.	Reconnaître que la prière, la méditation ou autres peuvent être des moyens de m'apaiser et de me redonner espoir.
67	Help them to explore what is important in their lives.	Les aider à explorer ce qui est important pour eux dans la vie.	M'aider à explorer ce qui est important pour moi dans la vie.
68	Help them to explore the meaning that they give to their health condition.	Les aider à explorer la signification qu'ils donnent à leur état de santé.	M'aider à explorer la signification que je donne à mon état de santé.
69	Help them to look for a certain equilibrium in their lives.	Les aider à rechercher un certain équilibre dans leur vie.	M'aider à rechercher un certain équilibre dans ma vie.
70	Take into consideration their spiritual needs (e.g.: prayer, meditation, participation in certain rites, etc.).	Prendre en considération leurs besoins spirituels (ex. : prière, méditation, participation à des rites, etc.).	Prendre en considération mes besoins spirituels (ex. : prière, méditation, participation à des rites, etc.).

---

- Annexe 4 : Grille d'observation des interactions patient / infirmière -

mémoire de maîtrise de Catherine Forbes (2004), Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, p.80-81.

C= indicateur de contenu, R= indicateur relationnel

Prédominance aspect humain

(R)Fronce les sourcils

(R)Se place face au patient

(R)Hoche la tête d'avant à en arrière

(R)Regarde le patient

(C)Salue le patient (i.e. bonjour, bonsoir)

(C)Invite le patient à lui faire des demandes selon ses besoins

(R)Sourit

Prédominance relation thérapeutique

(C)Reformule ce que dit ou exprime le patient (Reflét)

(C)Pose une question triadique

(C)Minimise / banalise l'expérience vécue (négatif)

(R)Invite à poursuivre la conversation (hmm, hmm)

(R)Garde le silence en présence de silence chez le patient

(C)Pose une question ouverte

(C)Pose une question fermée

(R)Parle avec un débit verbal rapide

(C)Informe le patient sur l'objet de sa présence auprès de lui

(R)Effectue un toucher de réconfort (non verbal)

(C) Reconnaît / légitimise l'expérience vécue

- (C) Résume ce qui a été dit
- (R) Parle d'une voix posée
- (C) Se présente en se nommant (nom) et en indiquant son titre d'emploi (infirmière)
- (R) Coupe la parole
- (R) Se tient à la même hauteur visuelle que le patient
- (R) Laisse la parole à l'autre
- (R) Hausse le ton en s'adressant au patient
- (C) Souligne les efforts et les forces du patient
- (C) Aide le patient à identifier ses priorités
- (C) Exprime un reproche
- (C) Exprime un désaccord vis-à-vis un comportement, une fausse croyance, une méconnaissance
- (C) Sollicite la collaboration

Prédominance activités cliniques

- (C) Vérifie la compréhension que le patient possède de l'information donnée
- (C) Explore avec le patient les différentes alternatives possibles qui s'offrent à lui pour répondre à ses besoins
- (C) Explore avec le patient les habiletés nécessaires pour répondre à ses besoins
- (C) Donne de l'information sans que le patient lui ait posé de questions
- (C) Explique les effets thérapeutiques attendus d'un traitement ou d'une intervention
- (C) Évite de répondre à une question
- (C) Répond à une question / interrogations exprimée par le patient
- (C) Explique les effets secondaires possibles d'un traitement ou d'une intervention

### **Définition des indicateurs de la grille préliminaire**

mémoire de maîtrise de Catherine Forbes (2004), Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, p.141-145.

#### **Indicateurs de contenu**

1 Se présente en se nommant et en expliquant son rôle : L'infirmière indique son nom et sa fonction. « Mon nom est xxx je suis infirmière à yyy je viens pour zzz. »

2 Salue le patient : L'infirmière dit « bonjour » au patient en s'adressant à lui par son nom. Le nom de famille est employé sauf si non approprié (enfants). « Bonjour Mme xxxx »

3 Explique l'objectif de la rencontre : L'infirmière indique au patient pourquoi elle le rencontre. « Nous nous rencontrons aujourd'hui pour xxx ».

4 Encourage la pose de questions et les demandes d'assistance : L'infirmière encourage le patient à poser des questions et à exprimer ses besoins « Si vous avez des questions, que vous vous sentez pas bien ou que vous avez besoin d'aide, appelez moi je suis là pour cela ».

5 Reformule ce que dit ou exprime le patient (reflet) : L'infirmière indique au patient ce qu'elle a compris de ce qu'il a dit ou exprimé par le contenu verbal de sa communication et par les comportements non verbaux qu'il utilise. Par exemple un patient exprime qu'il se sent prisonnier, qu'il est tanné d'être à l'hôpital, que le personnel ne l'aide pas assez et que la cafétéria oublie toujours d'inclure des choses dans son plateau. L'infirmière dit « vous semblez en colère par rapport à la façon dont les choses se passent présentement ».

6 Pose une question ouverte : L'infirmière pose une question qui ne peut pas être répondue par oui ou par non. Les questions ouvertes peuvent être d'ordre général par exemple : Qu'est-ce que vous trouvez le plus difficile présentement? Je vois que vous prenez des médicaments, pouvez-vous me les décrire? Ou ciblée : Pouvez-vous me décrire la douleur que vous ressentez? Pouvez-vous me décrire ce qui se passe lorsque vous avez mal à la tête?

7 Pose une question fermée : L'infirmière pose une question pour laquelle il existe un nombre limité de réponses possibles. Quand avez-vous mangé pour la dernière fois?

Est-ce que la douleur irradie de l'épaule jusqu'à votre bras? Avez-vous froid? Quel âge avez-vous?

8 Pose une question triadique : L'infirmière pose une question qui concerne la perception qu'une personne peut avoir du vécu d'une autre personne. « Qui dans votre famille est le plus affecté par ce qui vous arrive? »

9 Identifie les priorités : L'infirmière essaie par le biais de questions ouvertes d'identifier les désirs du patients. « Qu'est-ce qui est le plus important pour vous en ce moment » « Qu'est-ce que vous aimeriez à ce moment-ci? »

10 Répond aux questions / interrogations exprimées: L'infirmière donne une réponse à la question posée par le patient ou elle lui dit qu'elle n'a pas les connaissances pour répondre à la question et qu'elle assurera un suivi de la question.

11 Vérifie la compréhension de l'information donnée : l'infirmière s'assure que le patient a compris l'information qui a été donnée. « Pouvez me montrer comment vous allez changer votre pansement » « Pouvez-vous m'expliquer quels médicaments vous allez prendre à l'heure du souper »

12 Répond aux besoins exprimés : La réponse de l'infirmière indique qu'elle répond ou qu'elle se préoccupe des besoins exprimés par le patient « C'est bien, je vais faire cela pour vous à l'instant même » ou « je ne peux pas vous tourner sur le côté gauche puisque vous avez plaie et que cela aggraverait l'état de votre peau »

13 Discute avec le patient des alternatives possibles et des habiletés nécessaires pour répondre à ses besoins : Dans un contexte de réadaptation, de retour à domicile, de maintien à domicile ou de soins de longue durée, l'infirmière explique au patient les habiletés d'auto-soins qu'il doit développer pour être en mesure de répondre aux objectifs qu'il exprime, elle lui explique également les alternatives qui s'offrent à lui.

14 Ne répond pas aux questions ou aux besoins exprimés (non verbal) : L'infirmière évite de répondre à la question ou au besoin que le patient a exprimé.

15 Intervient sur l'environnement externe pour répondre au besoin (non verbal) : L'infirmière effectue une action sur l'environnement externe du patient pour répondre ou anticiper ses besoins. Exemple : chauffage, lumière, rideaux porte, objets nécessaires à portée de main, bruit.

16 Effectue un toucher de travail (non verbal) : L'infirmière touche au patient ou a un prolongement de celui-ci (soluté, respirateur, lit, fauteuil roulant, orthèse, pansement) pour répondre a un besoin du patient ou pour effectuer un traitement.

17 Effectue un toucher de réconfort (non verbal) : L'infirmière touche avec sa main, ses doigts ou la paume de sa main une partie du corps du patient (cuisse, avant-bras, main) en la caressant délicatement ou en restant immobile.

18 Effectue de l'enseignement : l'infirmière utilise une démarche d'éducation à la santé dans le but de transmettre au patient ou à sa famille les compétences et les connaissances nécessaires pour permettre au patient ou à la famille de comprendre et de gérer l'expérience de santé qu'ils vivent. Sa démarche a comme point de départ les connaissances et les perceptions du patient ou de sa famille et elle a comme point d'arrivée l'objectif d'apprentissage du patient et de sa famille « Il y a une chose que j'aimerais vous montrer pour que vous puissiez réaliser votre objectif de vivre de façon autonome, ce sont les soins a effectuer pour votre xxx»

19 Donne de l'information : L'infirmière donne de l'information au patient sans que celui-ci ait posé une question « Votre prochain rendez-vous est dans deux semaines à ce moment on va évaluer les effets secondaires causés par votre traitement » ou « Votre glycémie se situe dans les valeurs normales »

20 Donne des conseils : L'infirmière indique au patient le comportement qu'il devrait adopter. « C'est préférable d'arrêter de fumer », « Essayez de vous détendre », « Vous devriez faire de l'exercice »

21 Sollicite la collaboration : l'infirmière demande la collaboration avant d'entreprendre une action. « Êtes-vous d'accord si xxx »

22 Explique les soins ou les traitements en cours : L'infirmière indique au patient ce qui se passe afin de l'orienter dans les sensations qu'il vit : « Il y a un respirateur qui vous aide a respirer » « on installe un tube dans votre nez, cela va faire mal ».

23 Effectue ou suggère une distraction : Dans le but de diminuer le stress relié à une procédure ou à de la douleur, l'infirmière effectue ou suggère une distraction.

24 Fait des compliments / souligne les efforts et les forces du patient : L'infirmière fait un compliment au patient « c'est très bien d'effectuer vos exercices respiratoires » ou elle souligne les forces et les efforts du patient « Vous démontrez beaucoup de courage et de détermination »

25 Indique les effets positifs potentiels du traitement ou de l'intervention : L'infirmière inspire de la confiance au patient en lui indiquant que le traitement ou que l'intervention va l'aider. « Vous allez-vous sentir mieux après que l'on vous ait fait xxx ».

26 Indique les effets négatifs potentiels du traitement ou de l'intervention : L'infirmière indique au patient les effets négatifs potentiels associés au traitement ou à l'intervention. « Ce médicament cause de la somnolence », « si vous vous sentez faiblir ou que vous vous sentez mal durant la procédure dites le moi ».

27 Reconnaît / légitimise l'expérience vécue : l'infirmière exprime une reconnaissance de la réalité vécue par le patient. « Je sais que ce que vous vivez est difficile » « je comprends que vous êtes déçu de la situation » « je vois que vous êtes heureux d'avoir vu vos enfants » « Je sais que cela fait mal ».

28 Minimise / banalise l'expérience vécue : l'infirmière exprime que l'expérience vécue par le patient n'est pas importante en diminuant son importance et en la généralisant. « Vous êtes âgés c'est normal d'avoir plus de difficulté à dormir » « Vous avez seulement perdu une jambe » « Arrêtez d'avoir peur, c'est normal de mourir quand on est vieux » « C'est normal d'éprouver de la fatigue lorsque l'on est malade »

29 Effectue des reproches : L'infirmière effectue de reproches « Votre comportement est inacceptable, vous ne devriez pas fumer à l'intérieur » « La façon dont vous faites cela n'est pas correcte »

30 Indique qu'elle est là pour aider : L'infirmière indique qu'elle est là pour aider le patient. « Je suis là pour vous aider, appelez moi ».

31 Fait une blague / utilise l'humour : L'infirmière utilise l'humour.

32 Résume ce qui a été dit : L'infirmière résume ce qui a été dit durant l'interaction

« Donc ce qui est important pour vous est x, y, z et je vais vous téléphoner demain pour savoir comment vous allez »

33 Contact visuel : l'infirmière observe le visage du patient.

34. Sourire : l'infirmière effectue un sourire.

35. Posture dirigée vers le patient : les épaules et ou le tronc de l'infirmière sont dirigés vers le patient.

36. Hochement de tête affirmatif : le cou de l'infirmière effectue en alternance des flexions et des extensions rapides.

37. Froncement des sourcils : les sourcils de l'infirmière se déplacent sur son visage suite à la contraction des muscles faciaux.

38. Pointer la personne avec son doigt : l'index de l'infirmière est pointé en direction du patient, il peut être immobile ou bouger suite à un mouvement du poignet ou du bras.

39. Hauteur au plan visuel : les yeux de l'infirmière sont à la même hauteur que ceux du patient ou ils sont plus haut ou ils sont plus bas.

34 Débit verbal posé : le débit de l'infirmière est exempt d'hésitations, les mots sont prononcés clairement à un rythme normal.

35 Débit verbal rapide : Le débit de verbal de l'infirmière est rapide et les mots ne sont pas toujours prononcés clairement.

36 Distance de moins de 1,25 mètre : la distance entre l'infirmière et le patient se situe à l'intérieur d'un espace de 1,25 mètre.

37 Laisse la parole à l'autre : l'infirmière laisse au patient la possibilité de s'exprimer.

145

38 Crie : l'infirmière crie ou hausse le ton en présence du patient.

39 Invite à poursuivre : l'infirmière encourage le patient à poursuivre ce qui est en train de dire par l'utilisation de sons comme « hmm hmm; oui oui ».

40 Coupe la parole : l'infirmière interrompt le patient lorsque celui-ci parle.

41 Présence de silence : Période de plus de cinq secondes dans laquelle il n'y a pas de paroles audibles.

42 Rire : Présence de rire chez l'infirmière.



- Annexe 5 : Répartition des facteurs caratifs à travers tout le programme de baccalauréat de base en sciences infirmières de l'Université de Montréal



**Baccalauréat en sciences infirmières Année 2005-2006**

Thème	Programme	Automne				Hiver			Été	
		<u>1<sup>er</sup> au 15 sept.</u>	<u>19 sept au 24 oct.</u>	<u>26 oct. au 14 déc.</u>	<u>15 au 21 déc.</u>	09 janv-13 fév	14 fév-13 mars	14 mars-19 avril	29 mai-02 juin	
Individu – Famille - Communauté	1-630-1-1	SOI 1802 Initiation aux Sc. inf. 2 cr.	SOI 1605 Personne et santé 5 cr.  Facteurs caratifs :1, 3	SOI 1615 Expériences de maladie chronique I 5 cr. Facteurs caratifs : 3, 4, 1,2,5, 8,9  <b>06 nov-09 déc</b> SOI 1702 Pratique de soins – maladie chronique I 2 cr.	SOI 1901 Intégration apprent. I 1 cr.	SOI 1603 Expériences de maladie chronique II 3 cr. Facteurs caratifs : 5,8, 3,4,9  <b>09 janv–10 fév</b> SOI 1712 Pratique de soins – maladie chronique II 2 cr.	SOI 1803 Discipline infirmière et profession I 3 cr.	SOI 1625 Expériences relatives à la chirurgie 5 cr.  Facteurs caratifs : <b>2,7,9,5,6,8</b>  <b>20 avril–25 mai</b> SOI 1705 Pratique de soins – chirurgie 5 cr.	SOI 1911 Intégration apprent. II 1 cr.	
		SOI 2802 Discipl. inf. et prof. II 2 cr.  Gr. A 01-15 sept Gr. B 24 oct-04 nov	SOI 2602 Exp. santé - périn. 2 cr.  Gr. A 19-30 sept Gr. B 07-18 nov F.c. : 7,8	SOI 2604 Exp. santé mentale 4 cr.  Gr. A 25 oct-21 nov Gr. B 01-29 sept F.c. : 6, 10,4,5	13-16 déc 21 déc  SOI 2901 Intégration apprent. III 1 cr.	09-27 janv  SOI 2613 Famille et santé 3cr.  Facteurs caratifs : 2,6,7, 8	30 janv- 30 avr SOI 3606 Communauté et santé 6 cr. F.C. : 7,8,2  SOI 3706 Pratique de soins-santé communautaire 6 cr.	03-26 mai  SOI 2614 Expériences de fin de vie 4 cr.  Facteurs caratifs : 2,8,10,3,5	29 mai-02 juin  SOI 2911 Intégration apprent. IV 1 cr.	

Individu – Famille - Communauté -	1-630-1-1	SOI 3802 Pratique et interdisciplinarité 2 cr.	SOI 2609 Situations critiques de santé 9 cr. <b>Facteurs caratifs : 9, 4,5</b>  SOI 2723 Pratique de soins-situations critiques 3 cr.	SOI 3901 Intégration apprent. V 1 cr	SOI 3803 Leadership et profession infirmière 3 cr.	SOI 3602 Expériences de transition dans les soins 2 cr.	<b><i>Orient. clinique</i></b> SOI 3506 Projet d'intervention infirmière 6 cr.  SOI 3716 Pratique de soin – clientèle spécifique 6 cr.  <b><i>Orient. Honor</i></b> SOI 4706 Practicum de recherche 6 cr.  SOI 6103 Recherche en sciences infirmières 3 cr.  STT 6971 Méthodes de biostatistique 3 cr.	SOI 3812 Leadership et prof. Inf. II 2 cr.
	2 programmes	Portfolio Club de lecture						

- Examen de l'OIIQ : 17-18 sept 2006 **Facteur caratif : en gras = dominant** Semaine de relâche : 27 fév-03 mars 2006