

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

CONCEPTION ET MODELE DE STAGES CLINIQUES EN SOINS INFIRMIERS

**PAR
MONIQUE BÉLISLE**



DANS LE CADRE DE MAÎTRISE EN ÉDUCATION

U.Q.A.R.-U.Q.A.T.

Rouyn-Noranda, janvier 1991



Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

REMERCIEMENTS

Cette recherche aurait été impossible sans la collaboration de plusieurs personnes tant du milieu collégial, clinique qu'universitaire.

Soulignons la participation des professeures et de plusieurs étudiantes en soins infirmiers du Collège de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi que la contribution importante de nombreuses infirmières praticiennes du Centre hospitalier de Rouyn-Noranda.¹

Les actions auprès de ces intervenantes dans la formation en soins infirmiers ont pu se réaliser grâce à l'approbation de directeurs et directrices de ces mêmes centres.

Finalement, nous exprimons notre reconnaissance à M. Paul-André Martin qui nous a constamment et patiemment éclairées durant cette expérience de recherche fort enrichissante.

¹ Afin d'alléger la lecture de ce texte, le féminin sera utilisé pour les infirmières praticiennes, les enseignantes, les étudiantes infirmières et la chercheuse.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	i
Table des matières.....	ii
Terminologie.....	v
Sigles utilisés.....	vii
Liste des schémas et tableaux.....	ix
 INTRODUCTION.....	 1
 1. LA RECONNAISSANCE DU TERRAIN.....	 4
INTRODUCTION.....	4
1.1 La situation problématique.....	5
1.1.1 Historique.....	5
1.1.2 Structures organisationnelles.....	7
1.1.3 Programme de techniques infirmières.....	10
1.1.4 Rôle des infirmières praticiennes.....	17
1.1.5 Rôle des infirmières enseignantes.....	19
1.1.6 Rôle des étudiantes infirmières.....	22
1.2 Le problème de recherche.....	25
1.3 Le cadre de référence.....	29
1.3.1 Définition de stage clinique.....	30
1.3.2 Modèle de communication.....	32
1.3.3 Modèle de McKinsey, les sept clés de l'organisation.....	35
1.3.4 Modes d'intervention.....	39
 2. PLANIFICATION DU PROCESSUS DE RECHERCHE.....	 43
INTRODUCTION.....	43
2.1 But et objectifs de la recherche.....	44
2.2 Orientation méthodologique de la recherche de type participative.....	45
2.2.1 Modèle de Kemmis et McTaggart.....	48
2.2.2 Moyens et outils de recherche.....	53
2.2.3 Implications de la chercheuse.....	57
2.2.4 Niveaux d'interventions et implications des participantes.....	59
2.2.5 Contraintes influençant la recherche.....	63
2.2.6 Limite méthodologique de la recherche.....	65

3. EXPÉRIMENTATION DU PLAN D'ACTION.....	67
INTRODUCTION.....	67
3.1 Présentation de la démarche de recherche auprès des intervenantes.....	69
- Niveau organisationnel.....	70
- Niveau pédagogique.....	70
3.2 Les entrevues.....	72
3.2.1 Plan.....	72
3.2.2 Entrevues avec les infirmières praticiennes.....	76
3.2.2.1 Action.....	76
3.2.2.2 Observation.....	77
3.2.2.3 Réflexion.....	79
3.2.3 Entrevues avec les étudiantes infirmières.....	81
3.2.3.1 Action.....	81
3.2.3.2 Observation.....	81
3.2.3.3 Réflexion.....	84
3.2.4 Les infirmières enseignantes.....	85
3.2.4.1 Action.....	85
3.2.4.2 Observation.....	85
3.2.4.3 Réflexion.....	87
3.3 Analyse et interprétation des données.....	89
3.3.1 Plan.....	89
Niveau organisationnel.....	90
Niveau pédagogique.....	91
3.3.2 Action.....	92
Niveau organisationnel.....	92
Niveau pédagogique.....	93
3.3.3 Observation.....	93
a) Stratégies.....	95
b) Structures.....	96
c) Systèmes.....	98
d) Personnel.....	99
e) Style.....	99
f) Savoir-faire.....	100
g) Valeurs partagées, objectifs supérieurs.....	101
3.3.4 Réflexion.....	102
3.4 Plan d'action.....	105
Idée générale.....	105
a) Planification politique.....	105
b) Planification stratégique.....	107
c) Planification tactique.....	113
Conclusion.....	118
4. RÉFLEXIONS SUR L'ENSEMBLE DU PROCESSUS DE RECHERCHE.....	120

CONCLUSION.....	131
BIBLIOGRAPHIE.....	135
ANNEXES.....	137

TERMINOLOGIE²

Établissement de santé ou de services sociaux : Centre hospitalier, centre de services sociaux ou centre local de services communautaires.

Établissement d'enseignement : Collège d'enseignement général et professionnel, commission scolaire ou institution d'enseignement privée.

Champ clinique : Tout département ou service connexe d'un établissement de santé ou de services sociaux dans lequel les étudiantes acquièrent une formation clinique.

Formation clinique : Apprentissage et enseignement spécifiques dans la partie du programme d'études correspondant au stage que l'étudiante doit vivre dans un milieu clinique approprié.

Stage : Période passée dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant laquelle l'étudiante, en vue d'être en mesure d'exercer sa profession ou d'acquérir une spécialité à l'intérieur de celle-ci, fait des apprentissages cliniques et, s'il y a lieu, reçoit des enseignements conséquents à ses apprentissages cliniques.

² GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Contrat d'affiliation entre le M.E.Q. et le M.A.S.*, mars 1982.

Apprentissages cliniques : Formation des étudiantes découlant d'une situation d'un milieu clinique. Chaque situation de stage est composée soit d'observation, soit d'exécution d'actes professionnels indispensables à l'exercice éventuel d'une profession, soit de l'une ou l'autre, sous le contrôle du personnel d'encadrement disposant d'une compétence reconnue et placé, le cas échéant, sous la juridiction de l'établissement d'enseignement uniquement pour ce qui concerne la dimension pédagogique.

Enseignement clinique : Activité faisant ressortir les liens entre les actes professionnels observés ou exécutés lors d'apprentissages cliniques et les connaissances scientifiques qui les sous-tendent, et dont est responsable le personnel de l'établissement d'enseignement.

Ressources cliniques : Tout ce qui, en termes de bénéficiaires, personnels, équipements, locaux ou autres, contribue à la formation clinique des étudiantes quel que soit le programme de formation professionnelle touchant la santé et les services sociaux.

Personnel d'encadrement : Toute personne responsable des étudiantes en stages.

Bénéficiaires : Toute personne qui reçoit des services de santé ou des services sociaux dans l'un ou l'autre des établissements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Infirmière praticienne : Infirmière qui exerce sa profession dans un établissement de santé. Elle peut exercer différentes fonctions : responsable de département, chef d'équipe dans une unité de soins, infirmière de chevet, etc...

Infirmière enseignante : Infirmière autorisée à l'emploi du Collège qui enseigne les soins infirmiers aux étudiantes infirmières.

Étudiante infirmière : Étudiante inscrite au Collège en vue de l'obtention d'un diplôme d'études en soins infirmiers.

SIGLES UTILISÉS

C.A.	:	Conseil d'administration.
C.A.T.	:	Collège de l'Abitibi-Témiscamingue.
C.A.P.I.	:	Candidate à l'exercice de la profession infirmière.
C.H.R.N.	:	Centre hospitalier Rouyn-Noranda.
C.C.C.M.C.	:	Comité de collaboration C.e.g.e.p. – milieux cliniques.
D.G.	:	Directeur général.
D.S.E.	:	Directeur du secteur de l'enseignement.
D.S.I.	:	Directrice des soins infirmiers.
D.S.P.	:	Directeur des services pédagogiques.
M.A.S.	:	Ministère des Affaires Sociales. ³
M.E.Q.	:	Ministère de l'Éducation du Québec. ⁴

³ AUJOURD'HUI : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

⁴ AUJOURD'HUI : Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science.

LISTE DES SCHÉMAS ET TABLEAUX

Schéma 1.	Structure organisationnelle des milieux concernés par la formation en soins infirmiers au niveau collégial.....	8
Schéma 2.	Interrelations entre les intervenantes impliquées dans la formation clinique en soins infirmiers.....	34
Schéma 3.	Modèle de McKinsey : les sept clés de l'organisation.....	49
Schéma 4.	Guide de planification de la recherche-action.....	40
Schéma 5.	Structures organisationnelles des niveaux d'interventions de la démarche de recherche.....	60
Schéma 6.	Organisation de la démarche de la collecte de données.....	74
Schéma 7.	Nouvelle grille de la recherche-action.....	122
Tableau 1.	Les sept clés : les définitions.....	37
Tableau 2.	Adaptation du modèle de McKinsey "Les sept clés : les définitions" au contexte de stages cliniques en soins infirmiers.....	41

INTRODUCTION

Ouvrant depuis plus de quinze ans comme infirmière enseignante auprès d'une clientèle étudiante en techniques infirmières, notre préoccupation s'oriente vers la formation clinique. Ce domaine retient une part importante du programme de techniques infirmières 180.00 devenu, depuis 1985, le programme de soins infirmiers 180.01. De plus, le stage dans le milieu constitue un moyen d'apprentissage privilégié dans un programme de formation professionnelle.

Or, nous constatons qu'il existe des différences entre le milieu collégial et le milieu clinique tant au niveau structurel, fonctionnel que conceptuel. Ainsi, l'efficacité des activités d'apprentissage en milieu clinique s'en trouve diminuée.

Nous nous proposons donc, dans ce projet, d'étudier l'ensemble des activités reliées à l'apprentissage clinique. Cette étude permettra de mieux situer la problématique, d'en identifier les composantes et de proposer un processus de recherche qui vise à mieux articuler notre action dans la formation des étudiantes infirmières. Les milieux de formation retenus dans le cadre de ce projet sont le Collège de l'Abitibi-Témiscamingue et le Centre hospitalier Rouyn-Noranda.

Afin de cerner la situation problématique, nous décrivons le contexte dans lequel se déroule l'apprentissage clinique de la formation des infirmières, le programme de soins infirmiers, en tenant compte des modifications qu'entraînent le programme 180.01, la présentation d'un stage, le profil des intervenantes directement concernées dans cette problématique ainsi que les structures organisationnelles du C.A.T. et du C.H.R.N.

Après avoir situé le problème de recherche dans son contexte, nous proposons la démarche d'investigation retenue. Nous décrivons le processus de recherche issu d'une démarche de recherche–action de type participatif.

Cette démarche implique des interactions entre enseignantes, praticiennes et étudiantes infirmières en vue de trouver ensemble des moyens d'améliorer la formation pratique de ces dernières. Cette implication s'effectue à chaque étape du processus de solution du problème.

Dans cette étude, nous nous intéressons à un aspect de la formation pratique, à savoir le stage, lequel s'articule dans le programme par un ensemble d'activités. Nous précisons le sens de ces activités dans un programme de formation professionnelle. En plus, nous décrivons le contexte dans lequel se déroule cet apprentissage.

Nous retenons que ces actions doivent s'effectuer dans un esprit de concertation et de coopération.

Ainsi, au premier chapitre, nous retrouvons la situation problématique. Nous identifions les modifications qui sont survenues entre le moment de la présentation du projet de recherche et la rédaction de ce rapport.

Puis, nous présentons les éléments conceptuels qui orientent la recherche. Ainsi nous y retrouvons la description du modèle de communication sur lequel s'appuie notre démarche d'investigation inhérente à la problématique et le moyen de collecte de données utilisé, à savoir, l'entrevue semi–structurée. Ensuite, nous empruntons au modèle de McKinsey, les éléments permettant de regrouper les données recueillies auprès des participantes et de leur proposer une démarche d'interventions.

En deuxième partie, nous expliquons les buts et objectifs de la recherche. En fait, l'opérationnalisation de celle-ci, prévue dans le projet de recherche, s'enrichit du modèle de S. Kemmis et McTaggart. Ce choix explique l'organisation du travail de recherche en termes de : planification, actions, observations et réflexions.

Aussi, nous mentionnons et décrivons les choix effectués au niveau méthodologique tout en considérant ses limites. À cela s'ajoute la position de la chercheuse et des participantes dans ce processus.

Le troisième chapitre touche spécifiquement les interventions entreprises auprès des participantes. Nous partons de la collecte de données, de l'analyse et du plan d'action envisagé. Conséquemment, nous considérons les résultats de ces actions en fonction de la problématique de départ.

Finalement, nous présentons une évaluation de tout le processus de recherche, et concluons en précisant le suivi à apporter à cette action dans le domaine de la formation clinique des étudiantes infirmières de niveau collégial.

1. LA RECONNAISSANCE DU TERRAIN

Introduction

Les changements qui se sont produits depuis les dernières décades dans la formation de base des infirmières soulèvent une préoccupation en ce qui concerne la continuité des enseignements théorique et pratique des soins infirmiers.

En effet, le passage de cette formation des écoles d'infirmières au système public apporte des modifications majeures au programme en soins infirmiers. De fait, la formation collégiale assure, en plus d'une formation spécialisée en soins infirmiers, une place importante à la formation générale des étudiantes. Aussi, les institutions hospitalières et collégiales sont distinctes tant dans leur mission que dans leur structure.

En plus, l'enseignement des soins infirmiers proprement dit évolue de façon significative impliquant des orientations nouvelles et des objectifs de formation qui jusqu'à maintenant avaient une importance secondaire pour ne mentionner que le concept de "l'actualisation de soi".

Par conséquent, nous constatons un écart entre l'enseignement et la pratique des soins infirmiers, ce que plusieurs auteurs soulignent également.

Dans ce travail de recherche, nous considérons que le stage clinique constitue un trait d'union privilégié entre le domaine de l'enseignement et celui de la pratique des soins infirmiers. Dans ce contexte, nous utilisons un modèle de communication nous permettant de décrire la dynamique entre les intervenantes concernées par la formation infirmière.

En plus, nous nous référons à un modèle organisationnel qui, au-delà d'une description de l'organisation concernée, permet de concevoir la nature de celle-ci et des modes d'interventions appropriées.

Ainsi, l'ensemble de ces concepts constitue la trame de fond de ce processus de recherche.

1.1 La situation problématique

1.1.1 *Historique*

L'intégration des écoles d'infirmières au système scolaire public.

Lorsque la formation des infirmières s'effectuait dans les écoles d'infirmières rattachées à des hôpitaux, le profil de la formation théorique et pratique était fort différent de ce que l'on retrouve aujourd'hui dans le programme de techniques infirmières offert dans le réseau collégial. Nous relevons des données intéressantes sur ce sujet, notamment, dans un rapport présenté par la coordonnatrice du Comité de coordination provinciale des techniques infirmières à la Direction générale de l'enseignement collégial.⁵

En effet, l'application du programme, quoique supervisée par l'Association des infirmières de la Province de Québec (aujourd'hui l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec), dépendait alors en grande partie des besoins de l'hôpital auquel était affiliée l'école d'infirmières. Les cours étaient donc orientés selon le modèle médical : l'aspect des soins

⁵ Cécile LAMBERT, *Historique du programme des techniques infirmières 1962-1978*, Éditeur officiel du Québec, Québec, avril 1979, p. 169.

infirmiers découlait nécessairement des pathologies médicales. Les heures d'expériences cliniques, quoique nombreuses (4 400 heures comparativement à 1 035 dans le programme 180.01 de soins infirmiers), étaient irrégulières et non planifiées.

Dès lors, il apparaît important de noter les buts et les conséquences de l'intégration des écoles d'infirmières au système collégial public durant l'année scolaire 1967-1968.

Cette intégration visait à améliorer la formation générale et scientifique, à développer l'aspect santé et prévention, à articuler un programme d'études selon des concepts de soins infirmiers, à développer des habiletés de communication et à planifier des expériences cliniques pertinentes.

Quant aux conséquences de cette intégration, le rapport Lambert en mentionne quelques-unes. Elles portent spécialement sur le rapport entre le collège et les centres de stages.

"L'intégration des écoles d'infirmières au système d'éducation se fait entre le ministère de l'Éducation et celui de la Santé. Toutefois, de cette entente nous ne pouvons présumer que le transfert subit et massif des étudiantes infirmières se fait sans heurts. Au cours de notre étude, nos interlocuteurs nous ont rappelé à maintes reprises qu'il a été difficile d'établir de nouveaux modes de communication entre les professeurs du collège et le personnel des centres hospitaliers. Plusieurs, parmi ces derniers, ont ressenti une perte de confiance, suite au transfert, et très tôt ce sentiment a fait place à "voyons ce que ces petits génies vont faire."

Cette séparation entre les éducateurs et les praticiens de soins infirmiers donne lieu à un fonctionnement en vase clos. Conséquemment, les objectifs de formation diffèrent de plus en plus des attentes des milieux cliniques. Plusieurs problèmes suscités par cette situation ont été étudiés. Mais l'application des solutions tarde à venir car le collège et le centre de stage poursuivent des buts différents et jouissent de part et d'autre d'une autonomie totale.⁶

⁶ *Ibid*, p. 102.

Ce contexte ou situation conflictuelle dans les relations entre le milieu de stage et le milieu d'enseignement est toujours d'actualité et semble impliquer l'organisation même des milieux de formation.

1.1.2 Les structures organisationnelles des milieux de formation

En fait, il existe une entente type provenant du ministère de la Santé et des Affaires sociales et du ministère de l'Éducation. Elle se résume en un contrat d'affiliation qui reprend les responsabilités des deux milieux de formation et établit les modalités et les procédures à suivre pour en assurer une bonne collaboration. Entre autre, ce contrat négocie le nombre de places-étudiants en accord avec le plan de ressources et de champs cliniques présentés par l'établissement d'enseignement.

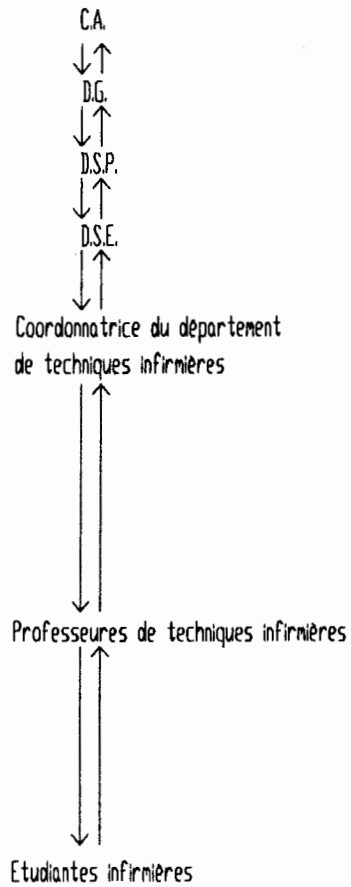
En plus, s'y retrouvent des ententes qui s'appliquent à l'organisation des stages concernant l'infirmière responsable de la formation du Centre hospitalier et la coordonnatrice du département de techniques infirmières du C.A.T. Ainsi, les grilles de stage sont discutées et acceptées par ces deux responsables. Ensuite, les exigences du Centre hospitalier sont émises. Toute résolution de problème et tout changement reliés aux stages cliniques interviennent à ce niveau.

En somme, il existe plusieurs niveaux d'intervention qui encadrent la formation clinique des étudiantes infirmières : le schéma 1 "Structure organisationnelle des milieux concernés par la formation en soins infirmiers au niveau collégial", que nous retrouvons à la page suivante, permet de les regrouper et de mieux les situer.

SCHEMA 1

Structure organisationnelle des milieux concernés
par la formation en soins infirmiers au niveau collégial

Collège de l'Abitibi-Témiscamingue



Ententes au sujet des milieux de stages

Contrat d'affiliation

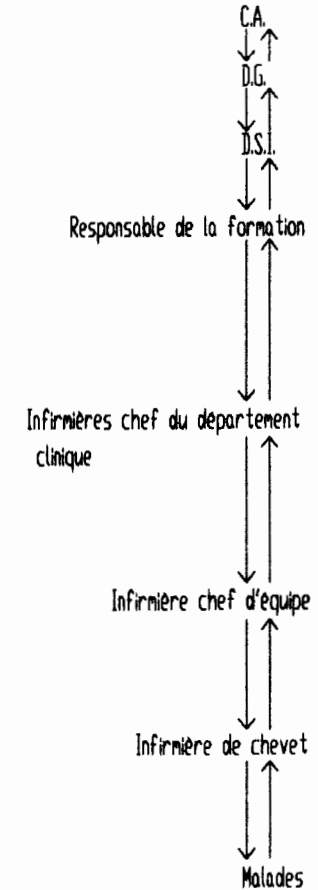
Organisation globale des stages

Supervision des stages
Exigences et attentes du département

Choix et sélection des clients
Particularités des malades

Apprendre à soigner
Recevoir des soins

Centre Hospitalier Rouyn-Noranda



Au niveau des Conseils d'administration, les décisions visent le choix définitif des milieux de stages. Leurs directeurs négocient les ententes entre les établissements selon des conditions précises. La coordonnatrice du Département de techniques infirmières du C.A.T. et la responsable de la formation du Centre hospitalier organisent le déroulement des stages, reçoivent et donnent suite aux besoins manifestés par chaque établissement. Les professeures préparent le stage, en considérant les attentes des infirmières praticiennes par rapport aux exigences du département clinique selon les particularités des clients malades. Ceux-ci, en acceptant d'être soignés par des étudiantes, collaborent à leur formation. Les étudiantes, sous la responsabilité des professeures, dispensent des soins aux clients en tenant compte du plan de travail de l'équipe. En outre, elles rendent compte de leurs actes aux infirmières chefs d'équipe et aux infirmières enseignantes.

Ainsi, peuvent être identifiés des niveaux décisionnels, qui permettent, selon les ententes possibles, de donner suite à des initiatives. Lorsqu'il s'agit de projet visant l'ensemble de la formation, la responsable de la formation et la directrice des soins infirmiers du C.H.R.N., d'une part, la coordonnatrice du Département de techniques infirmières et le directeur des Secteurs de l'enseignement, d'autre part, peuvent donner suite à des demandes. En ce qui concerne l'intervention immédiate auprès des étudiantes, les interlocutrices privilégiées sont les enseignantes et les infirmières praticiennes.

Une nouvelle structure organisationnelle est apparue depuis l'automne 1989. Il s'agit du C.C.C.M.C.⁷ La formation de ce Comité de collaboration collègue-milieu clinique s'est avérée nécessaire en raison de l'implantation du nouveau programme en soins infirmiers et, conséquemment, de l'utilisation accrue des milieux cliniques. Nous remarquons que la priorité

⁷ Compte rendu de la rencontre des membres du C.C.M.C., Centre hospitalier de Malartic, mai, 1990.

des interventions est d'ordre administrative. Ce comité est composé de représentantes (directrice des soins ou responsable de formation) de quatre centres hospitaliers désignés milieux cliniques et de professeures du département de soins infirmiers du collège, incluant les coordonnatrices.

Donc, nous devons convenir que ce niveau décisionnel est encore davantage de type administratif que pédagogique, tel que défini dans le projet de recherche et qu'il peut influencer la mise en application du plan d'action proposé par le niveau pédagogique.

Toutes ces actions visent ultimement l'atteinte des objectifs de formation contenus dans le programme de techniques infirmières. Toutefois, les interventions entre les infirmières praticiennes et les enseignantes demeurent strictement au niveau de l'organisation et ne concernent pas la dimension de l'enseignement des soins infirmiers proprement dit. Nous verrons plus précisément en quoi ce facteur s'intègre à la définition de la problématique.

1.1.3 *Le programme de formation en techniques infirmières*

Le programme d'études en techniques infirmières du Collège de l'Abitibi-Témiscamingue offre aux étudiantes, pendant six sessions, un cheminement permettant d'accéder au statut d'infirmières généralistes.

Plus précisément, il comprend des cours généraux (philosophie, français et éducation physique), des cours complémentaires (sociologie, psychologie, biologie), et des cours de spécialisation, c'est-à-dire en soins infirmiers.

En ce qui a trait aux cours en soins infirmiers, ils se présentent sous trois aspects : des cours théoriques, des cours laboratoire-collège et des cours laboratoire-clinique que nous appellerons stages cliniques.

Ces derniers retiennent notre attention en raison du pourcentage relativement élevé consacré à cette forme d'apprentissage et de son importance primordiale comme moyen d'enseignement. Et ce, même si, au dire de Philippe Dupuis et de Jean-François Dion :

"on ne se questionne jamais, ou si peu et si timidement, sur l'à-propos d'une formation pratique dans un programme de formation professionnelle".⁸

Ces dires sont renforcés dans le rapport de Linda Bourget qui mentionne que, dans le cas du programme en soins infirmiers, entre autre, "*on retrouve un stage dont le rôle est réduit et la richesse éducative beaucoup moins évidente*".⁹

Pourtant, des neuf cents heures consacrées aux stages cliniques du programme 180.00, nous sommes passées à mille trente-cinq depuis 1985.

De plus, le programme d'études collégiales prévoit l'utilisation de champs cliniques et de collaboration de différents intervenants qui agissent à titre de personnel d'encadrement et de personnes ressources.

⁸ Philippe DUPUIS, J.-F. DION, *La formation pratique en milieu universitaire*, Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal, Montréal, 1982, p. 264.

⁹ Linda BOURGET, *La richesse éducative des stages*, Rapport de recherche sur les quatre programmes professionnels, Coll. études et réflexions sur l'enseignement collégial, 1985-1986, Commission de l'enseignement professionnel, Conseil des collèges, Gouvernement du Québec, Québec, janv. 1986, p. 101.

Aussi, l'enseignement des soins infirmiers s'effectue dans plusieurs milieux : le Collège de l'Abitibi-Témiscamingue et les quatre centres hospitaliers de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Étant donné que le Centre hospitalier de Rouyn-Noranda est le principal lieu de stage utilisé, nous le retiendrons comme objet de préoccupation dans cette recherche.

Somme toute, traiter de centres de soins et de centres d'enseignement, c'est traiter d'objectifs, de structures administratives, d'intervenants, de ressources, d'ententes et de climat. Tout cela, croyons-nous, doit être considéré dans la formation de l'étudiante-infirmière. Nous postulons également qu'une meilleure compréhension de ces éléments et de leurs relations dynamiques devrait faciliter le choix et l'application de moyens susceptibles de favoriser l'atteinte des objectifs que vise le programme d'études en techniques infirmières.

Par ailleurs, les stages en milieu hospitalier ont pour but d'apprendre à l'étudiante à intervenir auprès de la clientèle dans un contexte réel, afin qu'au terme de sa formation elle soit capable d'assumer les responsabilités inhérentes à l'exercice de sa profession, que la loi définit en ces termes :

"(...)36- constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale.

37- L'infirmière et l'infirmier peuvent, dans l'exercice de leur profession, renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaires.(...)"¹⁰

¹⁰

Gouvernement du Québec, "Loi sur les infirmières et infirmiers", L.R.Q., chap. 1-8 section vii, art. 36-37, Éditeur officiel, Québec, 1985.

La planification des stages cliniques demeure sous l'entière responsabilité des infirmières enseignantes du Département de soins infirmiers du C.A.T.

Au fur et à mesure que les étudiantes progressent, leur présence dans les milieux cliniques est de plus en plus longue et les situations cliniques sont de plus en plus complexes. Ainsi, en première année, avec le programme 180.01, il y a cent vingt heures de prévues pour initier les étudiantes au milieu clinique sur les unités de médecine et de chirurgie. En deuxième, une présence est exigée sur les unités de médecine et de chirurgie, de pédiatrie et d'obstétrique. Finalement, en troisième année les stagiaires effectuent leurs stages encore une fois dans les unités de médecine et de chirurgie et, en plus, de psychiatrie, de soins prolongés, et enfin, dans les milieux dits spécialisés : salle d'urgence, soins intensifs, salle d'opération, clinique externe.

Les expériences consistent en grande partie à prodiguer des soins aux malades selon le niveau d'apprentissage, c'est-à-dire du plus simple et général au plus complexe et spécifique, et ce, en respectant les normes de compétence prescrites par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

En ce qui concerne les exigences du programme en formation clinique, la performance des étudiantes est évaluée à chaque session par les infirmières enseignantes qui les supervisent. L'évaluation des stages est un facteur de promotion : indépendamment de la moyenne globale, les résultats obtenus lors du stage déterminent la réussite ou l'échec du cours. Il est important que les étudiantes démontrent une compréhension de la démarche de soins, fassent preuve d'habiletés dans l'exécution des soins, manifestent des attitudes aidantes envers les malades et affichent des comportements qui manifestent un engagement envers sa profession. Elles se doivent de connaître les principes qui sous-tendent leurs décisions et

leurs actes. L'ensemble de ces objectifs constituent l'objet de la formation clinique décrit dans le programme 180.01.

En fait, dans le contexte qui nous intéresse, les stages de formation clinique sont des activités pratiques qui se déroulent dans un milieu hospitalier (C.H.R.N.) sous la supervision d'infirmières employées par un collège (C.A.T.).

Les séquences d'une activité de stage clinique comportent la préparation du stage, l'activité de l'étudiante en milieu clinique et le suivi de l'expérience.

Déroulement d'une activité de stage.

a) *Préparation*

À partir des objectifs établis à l'intérieur du plan de cours, les enseignantes se présentent à l'unité de soins, afin de sélectionner les malades auxquels les étudiantes prodigueront des soins. Ce choix s'effectue à partir des caractéristiques que présentent les malades par rapport au cheminement et aux besoins des étudiantes tout en considérant les objectifs visés. Une infirmière nous communique les caractéristiques générales des malades de l'unité de soins (maladie, degré d'autonomie, soins à prodiguer...).

Lorsque nos décisions sont prises quant au choix des malades, nous recueillons les renseignements spécifiques à leur sujet dans le plan de soins et au dossier du bénéficiaire. À ce moment, nous devons à nouveau nous informer auprès de l'équipe de soins du département afin de valider les informations qui ne sont pas à jour dans le plan de soins et qui sont indispensables à l'administration des soins. Nous nous référons aussi au personnel

infirmier de l'unité de soins afin de connaître les politiques et le mode de fonctionnement du département.

Les étudiantes, une fois avisées des clients qu'elles soigneront, recueillent les informations dont elles auront besoin aux mêmes sources, sauf qu'elles communiquent moins avec le personnel infirmier. Les échanges se font surtout avec les enseignantes.

b) *Application*

Les étudiantes, informées des objectifs du stage, se présentent à la salle d'enseignement clinique située à l'unité de soins. À cette rencontre, nous expliquons aux stagiaires le déroulement de la journée, nous tentons de clarifier leurs interrogations et nous précisons les points sur lesquels elles devront porter leur attention.

Par la suite, nous nous rendons au poste des infirmières afin de recevoir le rapport de nuit. À ce moment, nous recueillons les renseignements au sujet du comportement des malades durant la nuit. Une réunion d'équipe suit ce rapport durant laquelle l'infirmière chef d'équipe fait part aux membres de l'équipe, incluant les étudiantes, des particularités relatives aux soins de chaque client. À ce moment, les étudiantes peuvent préciser ou enrichir leurs informations concernant leur(s) malade(s).

Dès lors, les étudiantes commencent à prodiguer des soins selon le protocole établi par l'unité de soins et en respectant les principes qu'elles ont acquis dans leurs cours théoriques et en laboratoires au collège. Nous les supervisons en évaluant ou en répondant à leurs besoins, qui sont surtout d'ordre technique, en prodiguant des soins avec elles ou en leur démontrant comment procéder. À l'occasion, nous demandons à l'infirmière praticienne

d'effectuer certains traitements en présence des étudiantes, ce que la grande majorité accepte de faire, en s'excusant à l'avance de la possibilité de déroger aux procédures techniques idéales.

Nous nous référons aussi aux infirmières praticiennes lorsqu'il y a une information immédiate à transmettre ou qu'il y a une décision à prendre au sujet des malades dont elles gardent l'entière responsabilité.

Au cours de la journée, nous regroupons les étudiantes dans la salle d'enseignement clinique pour faire le point sur ce qui s'est déroulé et recevoir leurs commentaires. Ces derniers, la plupart du temps, concernent leurs émotions par rapport à ce que représente(nt) leur(s) malade(s), les difficultés rencontrées, les moyens qu'elles ont utilisés pour effectuer leurs soins, ainsi que les commentaires sur ce qu'elles ont vu. Plusieurs commentaires correspondent aux activités que les infirmières praticiennes de l'établissement hospitalier effectuent auprès des malades. Les étudiantes comparent ces procédés aux enseignements qu'elles ont reçus et, plus souvent qu'autrement, elles constatent des écarts ou des différences.

Un autre volet de l'enseignement clinique consiste à utiliser des expériences cliniques vécues par les étudiantes pour y greffer des principes. Par exemple, lorsqu'une étudiante est concernée par un client souffrant, nous tentons de faire appliquer la démarche de soins, les principes de relation d'aide (objectifs de stages), etc. En même temps, les autres étudiantes peuvent s'approprier les éléments de base de l'activité de l'infirmière praticienne.

À la fin de la journée, les étudiantes écrivent leurs observations aux dossiers et les transmettent verbalement ou par écrit au chef d'équipe.

c) *Suivi*

Après la journée de stage, les étudiantes effectuent une auto-évaluation de leur journée en se référant à une grille d'analyse. Elles complètent une collecte de données, écrivent un plan de soin au sujet de leur(s) malade(s). Les infirmières enseignantes émettent leurs commentaires à propos des activités effectuées par les étudiantes; elles les rencontrent pour en discuter et pour finalement évaluer l'atteinte des objectifs.

Encore là, il n'y a pas d'interventions spécifiques nous indiquant une préoccupation réciproque au sujet de l'enseignement des soins infirmiers. Chacune se limite à son rôle respectif.

1.1.4 *Le rôle des infirmières praticiennes*

Plusieurs aspects sont à considérer lorsque nous parlons des infirmières praticiennes : leur rôle par rapport à la formation pratique, leur conception de l'enseignement et de la pratique des soins infirmiers et leur influence sur l'apprentissage des étudiantes.

Les responsabilités des infirmières praticiennes par rapport à la formation consistent à s'assurer que les malades reçoivent les soins adéquats de la part des étudiantes. Elles transmettent à celles-ci des informations à propos des malades, recueillent les observations de l'étudiante, prennent les décisions finales en ce qui a trait aux soins. Elles demeurent peu ou pas informées des objectifs visés par ce stage, ceux-ci étant sous la responsabilité des professeures.

Lors des stages, les infirmières chef d'équipe et de chevet sont des intervenantes qui ont une part importante dans l'apprentissage des stagiaires. Combien de fois les étudiantes nous rapportent ce que les unes ont dit, ce que les autres ont fait ou n'ont pas fait, comment celles-ci ont réagi devant une situation! Les étudiantes confrontent régulièrement ces observations aux informations transmises par les professeures.

Par contre, les infirmières praticiennes et l'infirmière enseignante n'ont pas de rencontres régulières, pour discuter des différents aspects de la formation et de la pratique des soins. Les échanges visent à sélectionner les malades qui pourraient, avec leur consentement, permettre aux étudiantes d'enrichir leurs connaissances et leurs habiletés. Les infirmières praticiennes informent les infirmières enseignantes des particularités du malade ainsi que de certaines exigences du département. De leur côté, les enseignantes font part brièvement aux infirmières, des objectifs qui sont visés par le biais des stages. Elles demeurent, chacune de leur côté, cloisonnées, dans leurs fonctions et leurs tâches respectives sans qu'il y ait de véritables échanges au sujet de la pratique infirmière.

Quelques raisons peuvent possiblement expliquer cet état de fait. De plus en plus d'infirmières praticiennes travaillent sur des équipes volantes et à temps partiel. Par conséquent, il devient difficile d'assurer une continuité dans les relations avec les malades et les intervenantes agissant auprès des malades. De leur côté, les professeures et les étudiantes sont présentes au maximum trois jours semaine dans le programme 180.00. La situation s'est un peu modifiée avec l'application du programme 180.01, car celui-ci impose l'utilisation des unités de soins de médecine et de chirurgie par des étudiantes de niveaux différents à chaque session. Ainsi, il peut y voir des étudiantes de première année le mardi et le vendredi, et des étudiantes de deuxième année les mercredi, jeudi et vendredi.

Ainsi, le manque de présence continue, des fonctions très cloisonnées, des distances physiques (Centre hospitalier–Collège) contribuent à maintenir un éloignement entre les trois groupes d'intervenantes impliquées directement dans la formation de l'infirmière.

D'autre part, nous avons pu recueillir assez précisément les attentes des infirmières praticiennes vis-à-vis de la formation infirmière. Lors d'une enquête effectuée par le département de techniques infirmières dans le cadre de la révision du programme en techniques infirmières, auprès des infirmières formées au C.A.T. et pratiquant dans la région de l'Abitibi–Témiscamingue, nous avons relevé des améliorations qu'elles souhaitaient voir apparaître.¹¹ Elles désirent que les cours correspondent davantage à la réalité du milieu de travail, que les étudiantes soient mieux préparées à administrer des unités de soins, car ces infirmières, dès leur arrivée sur le marché du travail, ont des responsabilités importantes, se doivent d'exécuter des techniques peu maîtrisées et faire face à une charge de travail subitement augmentée par rapport à leur vécu d'étudiante. Elles considèrent donc les démarches d'apprentissage valables mais peu adéquates.

Nous nous retrouvons donc en présence d'intervenantes qui ne partagent pas la même vision de la pratique infirmière.

1.1.5 *Le rôle des infirmières enseignantes*

Celles-ci sont des infirmières autorisées à l'emploi du Collège. À ce titre, elles assurent l'enseignement des soins infirmiers aux étudiantes et demeurent entièrement respon-

¹¹

Monique BOULANGER–BÉLISLE, *Le Milieu*, Département de techniques infirmières, Collège de l'Abitibi–Témiscamingue, Rouyn–Noranda, 1985, p. 65–102.

sables de toutes les activités des stagiaires qu'elles accompagnent constamment dans les milieux de stages.

La plupart des professeures supervisent les stages sur les mêmes unités durant une session. Elles planifient les expériences cliniques en prenant entente avec le personnel infirmier de l'unité de soins du Centre hospitalier. Elles doivent y connaître les malades et les exigences du milieu dans lequel elles interviennent.

L'objectif principal que visent les professeures est de permettre aux étudiantes d'exécuter des soins avec compétence en utilisant des connaissances acquises tant dans les cours de concentration que de spécialité. Il s'agit d'établir un lien constant entre la théorie et la pratique.

Enfin, les professeures évaluent les étudiantes en tenant compte de la capacité de celles-ci d'établir un plan de soins réaliste, d'initier et de maintenir, s'il y a lieu, une relation d'aide avec les malades, d'exécuter des soins avec dextérité, finalement de manifester des comportements démontrant un engagement envers sa profession. À cela s'ajoute l'acquisition des connaissances de l'individu et de sa famille en tenant compte de ses problèmes de santé et de leurs répercussions familiales.

Ainsi, les professeures demeurent les personnes auxquelles se réfèrent continuellement les étudiantes durant leurs stages.

À titre de personnel d'encadrement, elles assument les fonctions d'enseignement suivantes :

- Planification de l'apprentissage clinique.
- Organisation et suivi des stages effectués par chaque étudiante.
- Évaluation des apprentissages réalisés par les stagiaires.
- Enseignement clinique dans une discipline.

Dans le cadre de ce projet de recherche, une démarche a été entreprise à l'hiver 1987 auprès de quelques professeurs du Département de techniques infirmières, afin de recueillir leurs commentaires au sujet des stages qu'elles effectuaient en milieu clinique ajoutant ainsi les perceptions de personnes directement impliquées dans des activités de stages cliniques.¹²

De l'avis des professeurs, les pratiques infirmières sont beaucoup mieux acceptées et retenues par les étudiantes lorsqu'elles correspondent aux enseignements. Elles mettent en évidence certaines perceptions des étudiantes à l'égard des praticiennes et des enseignantes : les premières sont perçues comme étant habituées à donner des soins, les secondes comme étant plus théoriciennes.

De plus, elles affirment que les enseignantes et les praticiennes vivent une dynamique qui se traduit par une meilleure collaboration de la part de ces dernières en milieu clinique si l'enseignante est bien acceptée par l'équipe. C'est le cas de professeurs qui travaillent depuis longtemps dans cette unité de soins et qui ont de l'expérience. Dans ces conditions, les praticiennes informeront les professeurs de situations cliniques intéressantes et manifesteront une plus grande compréhension à l'égard des professeurs et des stagiaires.

¹²

Rapport non-publié de commentaires recueillis auprès de quelques professeurs du Département de soins infirmiers du Collège de l'Abitibi-Témiscamingue.

En outre, les étudiantes sont généralement bienvenues dans les départements pour deux motifs : la présence des stagiaires est stimulante car, aux dires des praticiennes, celles-ci désirent présenter aux étudiantes une pratique infirmière compétente. La participation des étudiantes infirmières aux soins des malades allège aussi partiellement la tâche des infirmières praticiennes.

En conséquence, les enseignantes doivent avoir selon elles, en plus de leurs préoccupations pédagogiques, celles de maintenir un lien étroit avec les praticiennes afin d'assurer une collaboration efficace en milieu clinique. Rappelons que les enseignantes et les praticiennes travaillent dans des milieux distincts ce qui explique que les rapprochements ne sont pas spontanés et permanents.

1.1.6 *Le rôle et les caractéristiques des étudiantes infirmières*

La raison d'être des stages cliniques est à toute fin pratique la formation des étudiantes infirmières. Considérons maintenant les caractéristiques de la clientèle étudiante qui peuvent apporter une dimension spécifique à la problématique.¹³

Les étudiantes infirmières que nous accueillons au Département de soins infirmiers sont âgées de dix-huit ans et plus, dans la plupart des cas. La moitié d'entre elles ont une formation antérieure de secondaire v, les autres proviennent d'un autre programme collégial ou du marché du travail.

¹³

Monique BOULANGER-BÉLISLE, *Le profil étudiant au département de techniques infirmières*, Département de techniques infirmières, Collège de l'Abitibi-Témiscamingue, 1981, p. 70.

Leur intérêt pour la profession infirmière est basé sur leur goût, leurs aptitudes et leur désir d'aider les autres.

Elles désirent au terme de leur formation exercer une fonction d'infirmière soignante et, après quelques années d'expérience, elles aspirent à être, dans une proportion de 22 % à 44 %, infirmière chef d'équipe et responsable d'une équipe de soins.

Le travail de l'infirmière exige, selon les étudiantes consultées, des qualités telles que : la compréhension, la facilité à communiquer, la patience, le respect, le dévouement, le sens des responsabilités et, prioritairement, un souci de compétence.

Elles prévoient du perfectionnement durant leur carrière. Leurs perceptions des conditions de travail sont réalistes en ce qui concerne les horaires de travail, le salaire et les milieux de travail disponibles.

Lors des stages, les étudiantes infirmières s'efforcent d'appliquer ce qu'elles ont appris en classe et en laboratoire-collège. Elles réalisent régulièrement qu'il y a beaucoup d'adaptation à effectuer; ce ne sont plus des mannequins, ce sont des malades; ce ne sont plus des simulations, c'est la réalité. Elles écrivent dans les dossiers des bénéficiaires, recueillent des données auprès de leur(s) malade(s), communiquent avec l'équipe de soins au sujet des soins à prodiguer.

Elles comparent ce qui est dit et démontré au collège et ce qui est fait à l'hôpital. Leurs commentaires indiquent qu'elles considèrent les objectifs de stages loin de la réalité du milieu de travail, que ce soit dans la démarche de soins, les techniques de soins, la communication avec les malades, voire même les exigences professionnelles. Plusieurs dis-

cussions que nous avons avec elles se concentrent autour de ce qu'elles observent en milieu clinique. Elles peuvent reproduire un geste sans connaître la raison, uniquement parce qu'il est fait d'une telle manière, comme le mentionne Cecily Lynn Betz :

"(...)Often times in clinical settings students are perplexed by the varieties of behaviors they observe in nursing practionner. For example, a student may comment about the paucity of nursing care plans written for patients on the floor to which the student is assigned to work.(...)"¹⁴

En plus, elles doivent répondre aux exigences du programme et, plus spécifiquement, aux exigences de plusieurs professeures qu'elles ont eues au cours des six sessions que dure actuellement la formation clinique.

Ces quelques caractéristiques concernant les étudiantes en techniques infirmières, à savoir leur âge, leur scolarité et leurs aspirations viennent jeter un éclairage supplémentaire sur les facteurs qui peuvent influencer l'apprentissage de la profession d'infirmière. Le plus important, à notre avis, est l'influence des attitudes et des comportements des praticiennes en milieu clinique. D'autant plus que selon les informations recueillies, elles constatent des divergences entre ce qui est enseigné au collège et pratiqué en stage.

Plusieurs éléments sont considérés dans cette description : le passage des écoles traditionnelles d'infirmières au système public d'enseignement, avec les conséquences que cela engendre sur les intervenantes impliquées dans la formation des étudiantes infirmières, le contenu du programme collégial de techniques infirmières, la place qu'occupent les intervenantes (l'infirmière praticienne, l'infirmière enseignante, l'étudiante infirmière) au cours

¹⁴

Cecily L. BETZ, "Students in Transition : Imitators of Role Models", *Journal of Nursing Education*, sept. 1985, p. 301-302.

des expériences d'apprentissage en milieu clinique. Nous nous préoccupons de leur conception de l'enseignement et de la pratique des soins infirmiers.

1.2 Le problème de recherche

À la lumière de ce qui précède, nous remarquons, tant au niveau organisationnel, qu'au niveau des responsabilités et attentes des intervenantes, qu'il existe un frein à l'utilisation maximale d'une ressource pédagogique qu'est le stage clinique.

D'abord, il est nécessaire d'approfondir ce que nous entendons par le mot "stage". Philippe Dupuis et Jean-François Dion mentionnent plusieurs significations à propos de ce terme; ils rapportent que

"toute activité ou partie d'activité associée à un programme de formation et effectuée soit avant l'obtention du grade soit après et qui se déroule sous la responsabilité de l'université dans un milieu de travail (...) le stage est un ensemble d'activités et non pas une formule pédagogique."¹⁵

Par ailleurs, on souligne cette description du Vice-Rectorat à la recherche de l'Université Laval :

"Les stages de formation permettent le plus souvent à l'étudiant de se sensibiliser avec le milieu où il devra oeuvrer à sa sortie de l'établissement d'éducation, de faire le lien entre la formation théorique qui lui a été donnée et leurs implications, de s'initier aux principaux gestes professionnels qu'il devra poser. Ces stages sont sous la responsabilité de l'établissement d'éducation, mais se font le plus souvent en collaboration avec un groupe professionnel ou un employeur important."¹⁶

¹⁵ DUPUIS et DION, *op. cit.*, p. 75-79.

¹⁶ *Ibid.*, p. 79.

Si nous nous reportons au nombre d'heures consacrées au stage dans le programme de soins infirmiers, nous y retrouvons déjà une raison valable de nous pencher sur cette pratique. En nous référant aux définitions précédentes, nous réalisons la pertinence de notre questionnement antérieur. En effet, le stage doit permettre à l'étudiante d'acquérir des gestes que l'infirmière pose dans sa pratique professionnelle. Plus est, il s'agit de définir le terme "geste" car dans la pratique infirmière, cela va au-delà d'un acte purement technique quoique primordial. Il se traduit aussi par l'acquisition de compétences d'ordre cognitif, relationnel voire éthique. Par contre, nous sommes d'avis que plusieurs événements viennent atténuer l'efficacité de ces activités d'apprentissage.

Tout d'abord, nous avons remarqué une divergence entre ce qui s'enseigne et ce qui se fait dans les milieux cliniques. Ceci aurait comme conséquence que les étudiantes recevraient un double message.

D'une part, les professeures croient que l'exercice professionnel infirmier s'appuie sur une démarche de soins qui permet d'identifier les besoins d'aide des malades, de proposer des moyens pour faciliter la satisfaction de leurs besoins, d'exécuter des interventions préalablement déterminées et d'en évaluer l'efficacité. L'accomplissement de ces étapes exige que les étudiantes infirmières acquièrent des connaissances, des habiletés et des attitudes afin de pouvoir recueillir des données, les analyser et les interpréter, planifier des interventions visant à aider les malades, les exécuter adéquatement et enfin, évaluer ces interventions. Pour atteindre ces objectifs d'apprentissage, les professeures doivent planifier des stages favorisant l'appropriation de cette démarche et des habiletés sous-jacentes, sans oublier que cette future infirmière aura à répondre à des exigences spécifiques du milieu de travail.

D'autre part, les infirmières praticiennes se trouvent confrontées à une réalité qui est tout autre. Elles doivent composer avec le facteur temps, le nombre de malades, la polyvalence, ce qui se reflète dans leur type de pratique. Elles consacrent prioritairement leur temps soit à l'exécution des interventions, soit à l'administration d'une unité de soins. Par exemple, il y a peu ou pas de temps consacré aux entrevues de collectes de données ou aux réunions d'équipes traitant de problèmes reliés à l'état d'un malade. Les plans de soins sont souvent inexistant, périmés ou incomplets.

Ainsi, le contexte dans lequel les étudiantes vivent leurs stages les oblige à envisager deux types d'exigences : celles reliées aux objectifs de formation, celles inhérentes aux milieux de travail. Ce que nous devons souligner ici, c'est que les étudiantes désirent être des infirmières praticiennes et nous constatons souvent que plusieurs activités d'apprentissage demeurent des travaux scolaires. Les étudiantes constatent qu'il y a une différence importante entre ce qui est enseigné et pratiqué : communication avec les malades, exécution de techniques de soins, principes à la base des soins...

Cet état n'ira pas en s'amenuisant, si la situation demeure telle quelle, considérant que l'implantation du programme 180.01 depuis l'automne 1988 introduit de nouveaux concepts et amène une utilisation accrue des milieux cliniques.

En effet, le constat de cet écart entre l'enseignement et la pratique des soins infirmiers ne nous indique pas les facteurs clés qui permettraient d'apporter des solutions aux problèmes précités. S'ils sont maintenus ainsi, ils garderont la situation telle qu'elle est présentement. En se référant à la description du contexte de la formation clinique, nous remarquons que les intervenantes concernées par la formation infirmière fonctionnent de façon parallèle. Plus encore, leurs fonctions demeurent très cloisonnées : les enseignantes se mêlent peu aux af-

fares de l'unité de soins, les infirmières praticiennes interviennent peu dans la formation. Toutefois, rappelons-le, nous croyons que celles-ci exercent une influence très forte sur les étudiantes infirmières en tant que modèles à imiter.

Ainsi, le manque de proximité entre les intervenantes en fonction de leur lieu de travail respectif, de leurs responsabilités spécifiques, de l'absence de mécanisme formel d'échanges au niveau pédagogique et même de leurs perceptions et de leurs attentes divergentes au sujet de la finalité d'un stage clinique, tout cela crée un cloisonnement.

Conséquemment, l'intégration des connaissances théoriques et pratiques chez l'étudiante est compromise par l'effet d'un message peu congruent en terme d'exercice professionnel. En plus, en raison de son jeune âge et l'absence d'une expérience antérieure en soins infirmiers, cette étudiante est, croyons-nous, plus vulnérable aux influences des praticiennes et des enseignantes, se trouvant de ce fait dans un dilemme.

Cependant, cette situation n'est pas propre au département de Soins infirmiers du Collège de l'Abitibi-Témiscamingue et au Centre hospitalier Rouyn-Noranda. Ce problème touche l'ensemble des collèges du Québec et plusieurs universités. En effet, nous retrouvons des références à ces difficultés dans plusieurs ouvrages ou articles de périodiques. Notamment, dans la revue "Nursing & Health Care", les auteures Blazeck, A.M., Selekman, J., Timpe, M., Wolf, Z.R. soulignent qu'il y a plusieurs problèmes qui affaiblissent les liens entre l'éducation et la pratique chez les étudiantes, les éducatrices et les praticiennes en soins infirmiers.¹⁷ Un problème auquel sont confrontées les étudiantes est la diversité des conceptions et des pratiques professionnelles et des pratiques elles-mêmes. Selon les auteu-

¹⁷

Alice Maus BLAZECK, *et al.*, "Unification : Nursing Education and Nursing Practice", in *Nursing Health Care*, janv. 1982, s.l., p. 18-24.

res, les étudiantes voient trop souvent les théoriciennes incapables de pratiquer et les praticiennes incapables de relier la théorie à la pratique. D'autres problèmes sont soulevés dans cet article qui correspondent à notre réalité : développement inadéquat de notre identité professionnelle, incapacité d'intégrer des concepts de l'école à la pratique, d'évaluer le travail de l'infirmière praticienne, enseignantes mal à l'aise dans la pratique des soins, communications sporadiques avec le personnel infirmier clinique, absence d'influence dans les milieux cliniques, statut "d'invité" plutôt que de collègues dans ces milieux. Tous ces faits relatés fréquemment dans les écrits sur cette pratique professionnelle indiquent, selon Blazek et autres, que ce manque d'unité est réel et chronique. Certains y voient une relève inadaptée aux exigences du milieu de travail, d'autres considèrent cet écart entre l'éducation et la pratique comme un frein à l'évolution professionnelle.

En définitive, nous pouvons conclure qu'il existe un écart entre l'enseignement et la pratique des soins infirmiers au niveau de la conception et de l'application. Cet écart, croyons-nous, est maintenu en bonne partie par un manque de communication entre les intervenantes des milieux concernés. Cette situation nuirait considérablement à la qualité de la formation des étudiantes infirmières, notamment la qualité de leur formation pratique en milieu clinique. Compte tenu de l'importance que nous accordons à cette formation dans le programme de soins infirmiers, nous nous attardons plus spécifiquement à cette dimension de l'enseignement des soins infirmiers.

1.3 Cadre de référence

Lors de la recension des écrits nous avons constaté que plusieurs s'intéressaient à cet écart qui existe entre le milieu d'enseignement et le milieu pratique pour divers motifs. Nous

partageons cette préoccupation d'autant plus que le contexte d'apprentissage des soins infirmiers se situe en grande partie dans le cadre de ces deux milieux.

Par conséquent, nous déterminerons à partir des définitions précédentes notre conception d'un stage clinique afin d'en décrire le but, les objectifs, le rôle des intervenantes ainsi que les liens qui s'établissent entre celles-ci. Nous tenterons de décrire ces liens en utilisant un modèle de communication. En plus, nous utiliserons un modèle spécifique aux organisations afin de regrouper les données et d'éclairer certaines orientations au niveau des interventions.

1.3.1 *Définition de "stage clinique"*

Dans le contexte de ce projet de recherche, nous apportons d'autres éléments à la définition relevée par Philippe Dupuis et Jean-François Dion¹⁸ qui mentionnent que le stage est "toute activité ou partie d'activité associée à un programme de formation et effectuée soit avant l'obtention du grade soit après et qui se déroule sous la responsabilité de l'université dans un milieu de travail".

En fait, nous distinguons le stage de formation du stage d'entraînement.

Le stage de formation s'inscrit dans un programme d'étude en vue de l'obtention d'un diplôme et a essentiellement un objectif pédagogique tandis que le stage d'entraînement s'effectue lorsque le candidat a une base suffisante pour pratiquer sa profession sans avoir suffisamment d'expérience pour le faire de façon autonome ou avec l'habileté voulue.

¹⁸ Philippe DUPUIS, *op. cit.*, p. 78.

Ainsi, l'activité des étudiantes infirmières en milieu de travail vise avant tout à lui procurer des expériences réelles et des moyens de découvrir un mode de pratique qui lui est propre. Le stage permet de transférer des connaissances dans des situations dynamiques auprès des clients malades. Les étudiantes sont actives dans le processus de résolution de problèmes et elles sont assistées par l'infirmière enseignante.¹⁹

Celle-ci aide les étudiantes dans l'investigation de leur propre pratique. Elle guide, supporte et stimule. Elle facilite l'apprentissage en déterminant des activités appropriées au cheminement et aux objectifs des étudiantes.

De plus, les étudiantes bénéficient de l'expertise des infirmières praticiennes en clinique. Ces dernières peuvent servir de modèle de pratique auquel les étudiantes aspirent.

Donc, nous constatons que des relations étroites doivent être assurées entre les différentes intervenantes dans le cadre de la formation des étudiantes infirmières. Nous croyons aussi, que la participation de ces mêmes intervenantes est essentielle pour tenter de réduire l'écart qui existe entre celles-ci.

Cette participation implique, selon nous, des interactions entre les intervenantes que nous tenterons de décrire en utilisant un modèle de communication.

¹⁹

Mary Sue INFANTE, *The Clinical Laboratory*, Toronto, éd. John Wiley & Sons, 2e éd., 1985, p. 34.

1.3.2 *Modèle de communication*

Lors de la définition du problème de recherche que nous retrouvons à la page 29 de ce travail, nous avons conclu que l'écart qui existe entre l'enseignement et la pratique des soins infirmiers est maintenu en bonne partie par un manque de communication véritable, nous établissons les éléments sur lesquels se fondent notre investigation, voire notre action.

Ainsi, à partir des références empruntées à Kozier et Erb, nous recherchons les limites et les contraintes à une communication efficace entre les intervenantes concernées par la formation des étudiantes infirmières. Afin d'appuyer nos échanges, nous définissons la communication comme étant : *"tout moyen d'échange d'informations ou de sentiments entre deux ou plus, et est considéré comme une composante fondamentale des relations humaines"*.²⁰ Nous associons cette définition au contexte de l'enseignement des soins infirmiers en mentionnant que la communication est un système d'interrelations entre les intervenantes en vue de faciliter, chez l'étudiante infirmière, l'atteinte des objectifs proposés lors des stages cliniques.

De plus, en nous référant à nouveau au texte au manuel de Kozier et Erb, nous retenons aussi les catégories de communication : verbale et non-verbale, le type : formelle et informelle, les facteurs qui nuisent et qui favorisent la communication, le contexte qui existe entre chacune des intervenantes, les situations qui concourent à une communication plus ou moins efficace, plus ou moins facile entre les intervenantes.²¹

²⁰ Barbara KOSIER, G. ERB, *Soins infirmiers, une approche globale*, Éd. du Renouveau pédagogique inc., Montréal, 1983, p. 253–266.

²¹ *Ibid*, p. 253–266.

Par conséquent, nous nous intéressons au contenu des messages, aux moyens de communications utilisés, aux interlocutrices concernées, aux moments réservés aux échanges formels et informels. Nous considérons le caractère obligatoire ou spontané des interactions et leur importance dans un contexte de formation. Nous tenons compte des facteurs qui peuvent nuire ou favoriser cette dynamique entre les intervenantes tant au niveau physique, social, organisationnel et pédagogique.

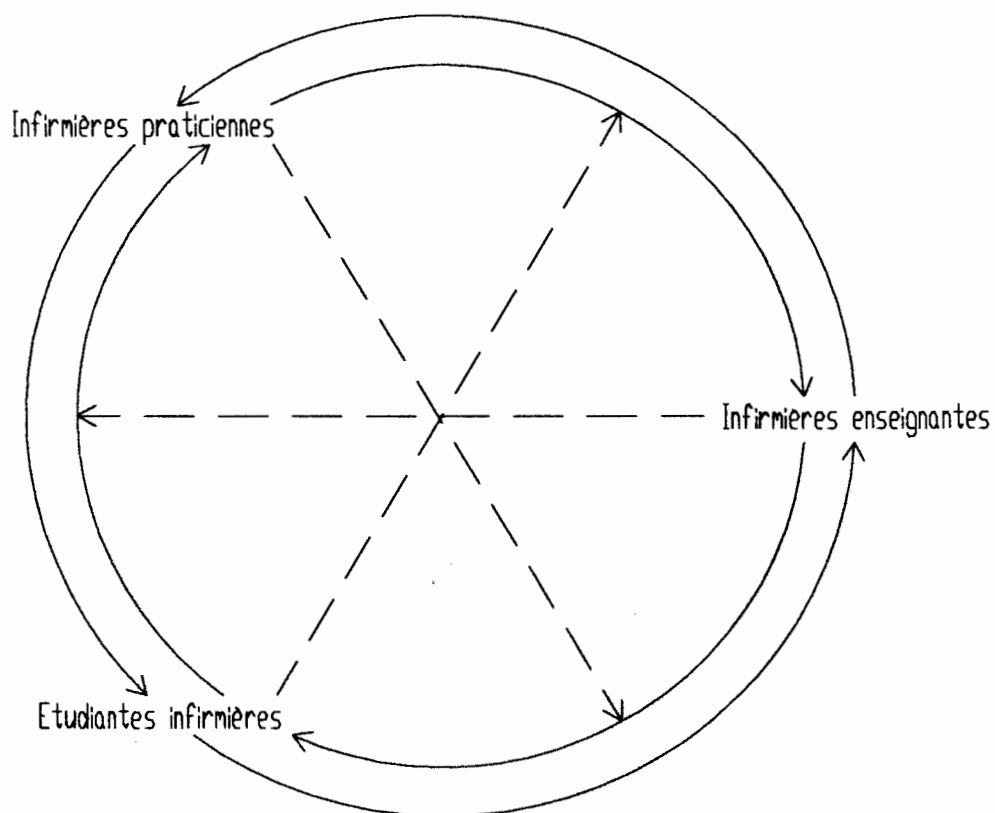
La chercheuse a choisi de présenter l'aspect fonctionnel de la communication entre les intervenantes tel qu'elle le perçoit c'est-à-dire sous forme de cercles qui illustrent les liens entre les intervenantes. Lorsque nous consultons le schéma 2 "Interrelations entre les intervenantes impliquées dans la formation clinique en soins infirmiers" à la page suivante, nous remarquons les lignes continues qui illustrent les communications directes entre les collègues et les lignes pointillées qui indiquent la perception au sujet de la communication qu'entretiennent les deux autres catégories d'intervenantes par rapport à la troisième.

Par exemple, lors de situations cliniques, nous constatons que l'infirmière praticienne entretient des communications directes avec l'enseignante et l'étudiante pour diverses raisons : choix de malades, traitements à modifier etc... Il en est de même pour les deux autres intervenantes à savoir l'infirmière enseignante et l'étudiante. Ces liens sont représentés par les cercles.

En plus, nous observons qu'une intervenante possède une vision de ce qui existe en terme d'interrelations entre les deux autres catégories d'intervenantes. Par exemple, l'infirmière praticienne connaît l'aspect informatif et évaluatif des interactions entre l'enseignante et l'étudiante. Il en est de même pour les deux autres soient l'enseignante et l'étudiante. Ce réseau de relations sert de base aux questions présentées à l'étape collecte de données.

SCHEMA 2

Interrelations entre les intervenantes impliquées
dans la formation clinique en soins infirmiers.



Schema illustrant, d'après la chercheuse, les liens entre les intervenantes concernées par la formation des étudiantes infirmières.

1.3.3 *Modèle de McKinsey : les sept clés de l'organisation*

À partir du moment où nous avons obtenu des données caractérisant la communication entre les intervenantes, nous nous intéressons à un autre aspect de la recherche, à savoir, le modèle que nous utilisons pour traiter les données à l'étape analyse et interprétation celui-ci étant présenté aux participantes lors de l'étape de l'analyse et interprétation.

En fait, ce modèle sert à donner une forme particulière aux informations obtenues lors de l'étape collecte de données et correspond à la définition d'une organisation telle que soulignée dans l'ouvrage de Bertrand et Guillemet.²²

À ce titre, il est nécessaire de souligner la pertinence de "l'aspect organisationnel" dans le cadre de cette recherche et aussi de considérer le type de structure que nous souhaitons lui donner sans pour autant le développer de façon approfondie.

Nous retrouvons dans les années 1950–1980, des méthodes analytiques dans le domaine des organisations; celles-ci prônent les trois S : stratégies, structures, système. Selon Pascale et Athos, ces termes correspondent à des "*<<leviers>> pour contrôler de grandes organisations complexes*".²³

En 1978, un groupe de conseillers affiliés à l'entreprise McKinsey propose un nouveau schéma d'analyse des organisations, appelé le cadre des sept S. Ces conseillers, Pascale et Athos "décrivent avec leur modèle des sept S des cultures organisationnelles dont la qualité

²² Yves BERTRAND, P. GUILLEMET, *Les organisations, une approche systémique*, Les Éditions Agence d'Arc inc., Montréal, 1988, p. 115.

²³ Richard T. PASCALE, A.G. ATHOS, *Le management est-il un art japonais?*, Les Éditions d'organisation, Paris, 1984, p. 168.

de l'interdépendance entre les sept éléments contribue à déterminer l'efficacité du septième (culturel)".²⁴ Ce sont : Stratégie, Structure, Système, Personnel (Staff), Style, Savoir-faire, Objectifs supérieurs (Superordinate goals). Le tableau 1 de la page suivante : "Les sept clés : les définitions" présente le sens de chacune de ces dimensions.

En 1982, Peters et Waterman, déjà conseillers chez McKinsey, établissent l'importance d'une culture organisationnelle. Ainsi, "ils promulgaient une nouvelle loi organisationnelle". Ce sont ces mêmes valeurs partagées par les membres d'une organisation, c'est-à-dire sa culture, qui font la force de cette organisation.

Voici comment ils la définissent :

"La culture organisationnelle est un ensemble de présuppositions inventé, découvert ou développé par un groupe donné lorsqu'il apprend à régler les problèmes de l'adaptation à son environnement externe; cet ensemble est assez efficace pour être considéré comme valide et susceptible d'être enseigné aux nouveaux membres comme la façon correcte de percevoir et de sentir en fonction de ces problèmes.

L'ensemble des objectifs, des buts, des valeurs, des convictions indiscutables partagés par les personnes, membres d'une organisation, peut être défini comme la culture organisationnelle..."²⁵

Parmi plusieurs fonctions inhérentes à une culture organisationnelle, ces auteurs rapportent celles privilégiées par N. Lemaître :

"mobiliser les énergies et focaliser sur quelques objectifs majeurs et canaliser les comportements autour d'un certain nombre de normes d'actions."²⁶

²⁴ Yves BERTRAND, P. GUILLEMET, *op. cit.*, p. 111.

²⁵ *Ibid.*, p. 121.

²⁶ *Ibid.*, p. 127.

TABLEAU 1

Les sept clés : les définitions

1. STRATEGIE	Plan ou ligne de conduite permettant la répartition des ressources de l'entreprise dans le temps afin d'atteindre des objectifs déterminés.
2. STRUCTURE	Caractérise l'organisation de l'entreprise : organigrammes, lignes opérationnelles et fonctionnelles, décentralisation, etc.
3. SYSTEMES	Procédures : rapports, opération de routine, réunions, etc.
4. PERSONNEL	Description «démographique» des catégories principales du personnel de l'entreprise (ingénieurs, techniciens, etc.)
5. STYLE	Caractérise le comportement des dirigeants dans la poursuite des objectifs de l'entreprise (ex. avoir un style rigoureux axé sur les faits); également le style culturel de l'organisation.
6. SAVOIR-FAIRE	Qualités qui distinguent le personnel clé ou l'entreprise dans son ensemble.
7. VALEURS PARTAGEES OU OBJECTIFS SUPERIEURS	Principes, lignes de conduites ou code de valeurs qu'une organisation inculque à ses membres; ces principes ont trait aux buts vers lesquels tendent l'organisation et ses membres. Les objectifs supérieurs sont le ciment qui lie les six autres et permettent l'harmonie et l'unification interne.

Source : Yves BERTRAND et Patrick GUILLEMET, Les organisations, une approche systématique, éditions Agences d'arc, Montréal, 1989, p.120.

Dans ce modèle, il est probable que personne ne soit surpris de voir apparaître les éléments <<stratégies, structures, système>>, car ils existent dans tous les modèles organisationnels conventionnels. Par contre, des notions nouvelles apparaissent : à savoir, <<personnel, style, savoir-faire, valeurs et objectifs supérieurs>>, qui sont, selon les nouvelles approches, "ces variables essentielles à tout engagement vers une réussite durable".²⁷ Ils permettent de se référer à d'autres éléments importants de la vie des organisations. Mais le point essentiel est l'harmonie qui doit exister entre eux et parmi eux, et qui entraîne une force constante. En fait, lorsque nous modifions, ajoutons, retranchons un caractère à une de ces variables, il nous faut être conscient de l'effet engendré sur les autres variables de ce système.

Retenons, aussi, l'aspect central des objectifs supérieurs par rapport aux objectifs organisationnels. Ainsi "«offrir un service de qualité» ou «se soucier des besoins de l'employé» constituent des objectifs supérieurs. «Vendre 2 balayeuses par jour» est un objectif opérationnel." En fait, ceux-ci sont : "les valeurs qui orientent l'ensemble des réflexions, des perceptions et des actions dans une organisation."²⁸ C'est pour cette raison que nous retrouvons cette dimension au centre du modèle de McKinsey tel que présenté au schéma 3 "Modèle de McKinsey des sept clés de l'organisation" à la page 40.

Donc, cette notion de valeurs et d'objectifs partagés est, à notre avis, très appropriée dans le contexte de notre démarche qui s'intéresse à des acteurs appartenant à des organisations différentes. Ainsi, si nous tendons vers une plus grande collaboration et une meilleure concertation, il nous est permis de croire que cette organisation constituée des intervenantes participant à la formation des étudiantes infirmières, se doit de développer une

²⁷ Richard T. PASCALE, A.G. ATHOS, *op. cit.*, p. 78.

²⁸ Yves BERTRAND, *op. cit.*, p. 114.

culture supportant des conceptions, des valeurs et des principes communs dans le sens d'une mission collective.

Ainsi, les "Sept clés" de l'organisation que nous adaptons à notre problématique, voir tableau 2 à la page 41 "Adaptation du modèle de McKinsey "Les sept clés : les définitions" au contexte des stages cliniques en soins infirmiers", sont utilisés par les participantes qui sont invitées à analyser et interpréter les données provenant de l'étape collecte de données de la recherche. En plus, ce modèle nous permet de situer le levier de l'organisation impliqué dans les orientations que le groupe priorise en terme de plan d'actions. Finalement, ce modèle facilite la réflexion au sujet de l'impact possible des décisions sur les autres "leviers" de l'organisation en fonction de la problématique de cette recherche.

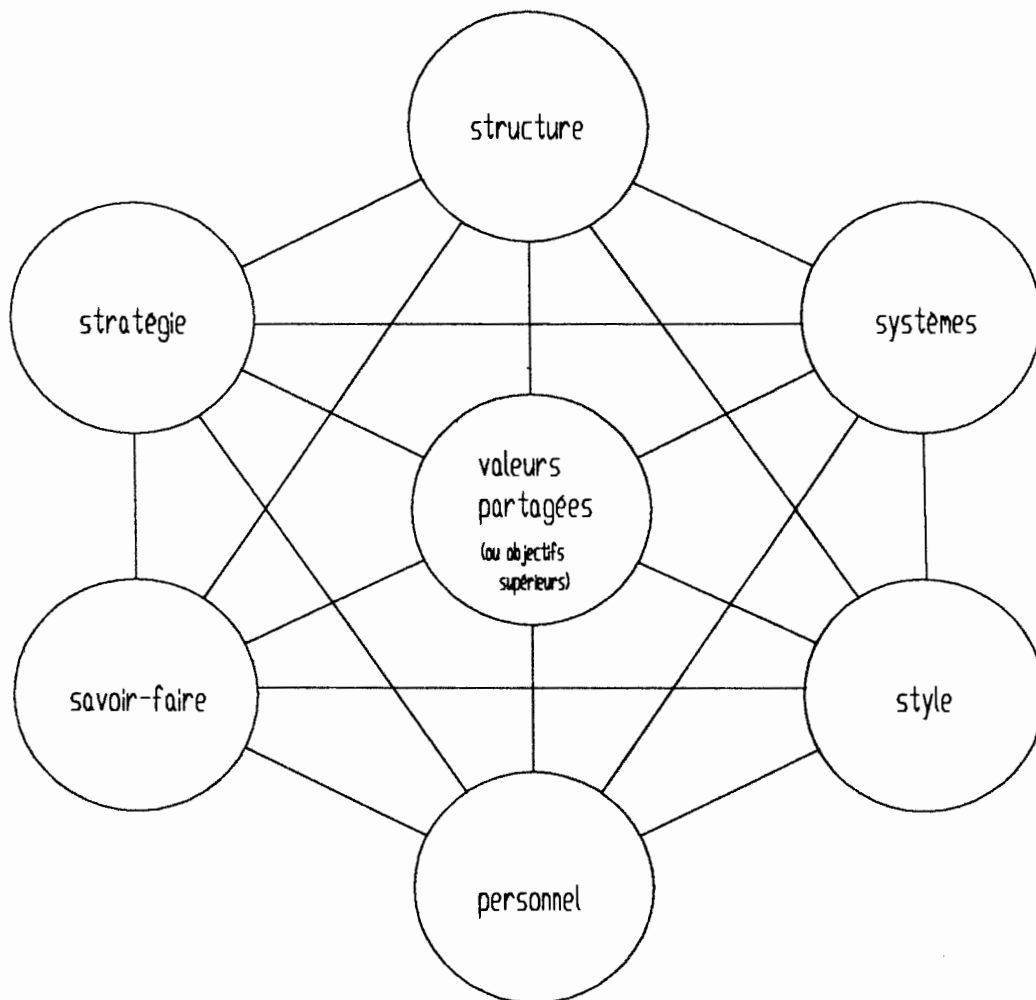
1.3.4 Mode d'interventions dans le processus de recherche

L'implication de deux milieux indépendants mais comprenant diverses intervenantes concernées par cette formation, incite la chercheuse à proposer des modalités d'actions favorisant l'atteinte d'objectifs partagés par les deux milieux concernés par la formation des infirmières, tout en respectant les caractéristiques de chaque entité institutionnelle.

C'est dans ce contexte que nous introduisons la notion de concertation entre les participantes. À ce titre, nous adhérons à la définition de Roger Mucchielli dans *La formation à la concertation* :

SCHEMA 3

Modèle de MCKINSEY des sept clés de l'organisation



Source : Yves BERTRAND et Patrick GUILLEMET, Les organisations, une approche systématique, éditions Agences d'arc, Montréal, 1989, p.119

TABLEAU 2

Adaptation du modèle de MCKINSEY "Les sept clés : les définitions"
au contexte des stages cliniques en soins infirmiers.

1. STRATEGIE	Elaboration d'une tactique permettant aux intervenantes concernées par la formation des étudiantes d'établir une meilleure communication.
2. STRUCTURE	Planification d'une structure organisationnelle dans un contexte de stages cliniques identifiant un mode d'interrelation formel et efficace.
3. SYSTEMES	Etablissement d'un plan formel de communication entre les intervenantes incluant des politiques et des procédures.
4. PERSONNEL	Identification de catégories d'intervenantes et leur rôle dans un contexte de stage clinique.
5. STYLE	Expression des manières d'agir entre les diverses intervenantes dans un contexte de stages cliniques.
6. SAVOIR-FAIRE	Clarification des compétences nécessaires à l'établissement d'interrelations visant l'atteinte d'objectifs communs en stages cliniques.
7. VALEURS PARTAGEES OU OBJECTIFS SUPERIEURS	Identification des valeurs qui orientent les comportements en terme d'interrelations entre les intervenantes.

Note : Le terme "intervenantes" comprend : les infirmières praticiennes, les infirmières enseignantes et les étudiantes infirmières.

"le mot concertation dans son sens actuel est apparu vers 1970, forgé à partir du verbe <<se concerter>> et de l'expression adverbiale <<de concert>> pour désigner toute action impliquant une synergie, une coordination, une synchronisation et une harmonie."²⁹

Il indique cette volonté d'identifier, de respecter les besoins, de considérer les contraintes et les attentes de chacune des intervenantes et cette intention d'agir en vue de l'amélioration de la situation. En fait, cette attitude, selon nous, prévaut dans le processus de changement envisagé où nous devons agir afin d'améliorer la communication entre le milieu de l'enseignement et celui de la santé.

Ce concept, tout en étant très large dans son application, car il sous-tend information, consultation, participation, laisse place à des modes d'action divers que nous proposons dans la section suivante de ce rapport. Il rejoint la pensée du docteur Carol Lindemen³⁰, doyenne de l'École d'infirmière de "Oregon Health Sciences University in Portland". Lors d'un discours qu'elle a prononcé à la 2e Conférence Nationale conjointe des infirmières en administration, en formation initiale et en formation continue, elle déclare que la qualité de la prochaine génération d'infirmières dépend de la formation et que les enseignantes dépendent des soins infirmiers pour la création de ressources de qualité. De plus, les infirmières et les enseignantes sont dépendantes les unes des autres.

Cette alliance, en grande partie tacite, mérite qu'on s'y arrête pour découvrir et préciser davantage la problématique qui en découle et finalement proposer un mode de communication plus formel et plus efficace.

²⁹ Roger MUCCHIELLI, *La formation à la concertation*, Entreprise Moderne d'édition, Paris, 1977, p. 15.

³⁰ Association des infirmières et des infirmiers du Canada, "*Partenaires dans l'action*", Délibérations, 1986, p. 6-19.

2. PLANIFICATION DU PROCESSUS DE RECHERCHE

Introduction

À partir des éléments qui ressortent de la problématique soulevée précédemment à savoir qu'il existe un écart entre l'enseignement et la pratique des soins infirmiers au niveau de la conception et de l'application et que cet écart est maintenu en bonne partie par un manque de communication entre les intervenantes des milieux concernés, nous sommes en mesure de déterminer le but et les objectifs de la recherche.

En plus, lorsqu'il s'agit d'un contexte dans lequel les intervenantes c'est-à-dire, les infirmières praticiennes, les infirmières enseignantes et les étudiantes infirmières, sont directement concernées par cette problématique, nous convenons que celles-ci soient activement associées tant à l'étape de la collecte de données par le biais d'entrevues semi-structurées qu'à l'étape de l'analyse et de l'interprétation par le moyen d'une discussion de groupe; cette dernière activité nous permettant de proposer des interventions menant vers l'amélioration de la situation. C'est dans ce sens que nous utilisons une recherche-action de type participative.

Les étapes de la recherche sont organisées en fonction d'un modèle emprunté à Kemmis et McTaggart³¹. Nous utilisons ce modèle car il permet, entre autre, une réflexion à la fois sur l'ensemble du processus de recherche et sur chaque étape de la démarche entreprise.

³¹

Stéphen KEMMIS, Robin McTAGGART, *The action research planner*, Sydney, Australia : Deakin University Press, Victoria, 1982, rev. 1988.

Aussi, cette recherche qui est principalement d'ordre qualitative nous oriente vers un mode de collecte de données par entrevue de type semi-structurée. Les données recueillies doivent être crédibles, ce dont nous nous assurons en utilisant les critères de la recherche qualitative de Savoie-Zajc³². La crédibilité, la transférabilité, la fiabilité, la confirmation.

Toute cette démarche nécessite des actions auprès d'intervenants(es) du Collège de l'Abitibi-Témiscamingue et du Centre hospitalier Rouyn-Noranda. Nous nous référons aux intervenants(es) du niveau organisationnel ou pédagogique selon les objectifs visés.

2.1 But et objectifs de la recherche

But

Au cours de la formation des étudiantes infirmières, nous évoluons dans un contexte qui présente certains obstacles à l'apprentissage de l'exercice de la profession infirmière. Que ce soit chez les intervenantes qui expriment des divergences à propos de la conception et de la pratique des soins infirmiers, que ce soit dans les structures physiques et organisationnelles qui présentent des limites à la communication, nous considérons qu'il y a intérêt à agir ensemble afin d'améliorer le contexte d'apprentissage permettant l'acquisition d'habiletés professionnelles. Sachant qu'une grande partie de cette formation s'effectue au moyen des stages et croyant que ceux-ci devraient être le lieu privilégié de l'intégration entre la théorie et la pratique, il nous apparaît nécessaire de chercher à construire un modèle de formation pratique basé sur une meilleure communication et une meilleure concertation entre les milieux concernés par la formation. L'élaboration de ce modèle constitue l'objectif général de la re-

³²

Lorraine SAVOIE-ZAJC, *Les critères de rigueur de la recherche qualitative*, La pratique de la recherche qualitative, Actes du Colloque, avril 1989, U.Q.A.T.

cherche. Il visera à diminuer l'écart entre l'enseignement et la pratique des soins infirmiers et conséquemment tendra vers l'amélioration de la formation des étudiantes infirmières par une plus grande intégration entre la théorie et la pratique.

Objectifs spécifiques de la recherche

- Identifier et assurer la participation des intervenantes concernées.
- Établir un cadre de fonctionnement participatif entre les deux organismes concernés soient le collège et le centre hospitalier qui permet des échanges entre les différentes participantes aux cours des différentes étapes du processus de recherche.
- Partager la définition du problème relié à l'écart identifié entre les intervenantes concernées par la formation des soins infirmiers par une cueillette de données propre à préciser la problématique.
- Déterminer ensemble des solutions afin d'améliorer le contexte d'apprentissage.
- Formuler des commentaires relatifs aux activités de recherche effectuées.

2.2 Orientation méthodologique de la recherche-action de type participative

Compte tenu du problème de recherche identifié et des objectifs poursuivis, notre démarche d'investigation sera une recherche-action de type participative; elle mise sur la concertation de diverses intervenantes des milieux concernés à savoir le collège et le centre hospitalier.

Dans le cadre d'une recherche commune, il nous semble nécessaire de prendre conscience du même problème et de partager un intérêt commun à améliorer la situation.

De plus, cela permet aux participantes d'agir directement à toutes les étapes de la recherche et d'en influencer le déroulement.

Sans avoir la prétention d'élaborer l'aspect épistémologique de ce type de recherche, nous jugeons pertinent de relever quelques éléments telles la définition et certaines constituantes de la recherche-action pouvant éclairer le lecteur et la lectrice sur l'orientation de notre démarche. Car, nous convenons que ce choix annonce des types d'interventions retenues.

En nous référant à A. Morin³³, la recherche-action correspond "à un idéal à atteindre pouvant permettre aux chercheurs et aux acteurs de lier leur pratique à la théorie et de rendre plus humains les développements techniques. Il tient l'intervenant responsable de régler des problèmes concrets et actuels enrichissant ainsi leur sens critique."

Voici la définition qu'il retient :

"La recherche-action vise un changement par la transformation réciproque de l'action et du discours, c'est-à-dire d'une action individuelle à une pratique collective efficace et incitatrice, et d'un discours spontané à un dialogue éclairé voire engagé. Elle exige qu'il y ait un contrat ouvert, formel (plutôt non structuré) impliquant une participation coopérative pouvant aller jusqu'à la cogestion."

Brièvement, car ces éléments seront repris au chapitre 4 : "Réflexion sur l'ensemble du processus de recherche", Morin³⁴ indique que la recherche-action nécessite un contrat

³³ André MORIN, *"La recherche-action en éducation : de la pratique à la théorie"*, Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal, Section de technologie éducationnelle, Montréal, 1986, p. 232.

³⁴ *Ibid*, p. 331.

qui se définit par une négociation entre les parties en cause, une qualité de participation qui dépend des relations établies entre le chercheur et les acteurs, un changement qui commence lorsque les praticiens réalisent des actions concrètes, un discours marqué par le sceau de l'implication qui doit conserver sa forme la plus spontanée et être enrichi des expériences humaines vécues, et finalement, une action avant tout collective et dont l'efficacité vise particulièrement le consensus de tous.

Dans la recherche qui nous occupe, nous constatons une situation que nous jugeons insatisfaisante et nous désirons nous associer les intervenantes directement concernées pour tendre vers une meilleure condition dans le cadre de la formation des étudiantes infirmières.

Il s'agit d'une recherche sur le terrain, dans la pratique quotidienne des personnes. Elle ne veut pas uniquement se centrer sur la confirmation du problème soulevé par la chercheuse mais vise aussi à identifier des moyens pertinents d'améliorer la situation.

Cette approche au niveau de la recherche n'indique pas à la chercheuse des moyens spécifiques et déterminés. Comme le citent Goyette et Lessard-Hébert : *"il faut bien reconnaître que les écrits analysés ne nous amènent pas non plus à conclure à une unité méthodologique et instrumentale de la recherche-action"*³⁵.

Toutefois, dans la conclusion de leur ouvrage, *"ils indiquent que l'ensemble des positions identifiées se caractérisent par une souplesse méthodologique et une ouverture à une conception spirale du temps qui, sans rejeter le temps linéaire (associé à la démarche expérimentale "pure"), intègre la notion de temps cyclique."*³⁶

³⁵ Gabriel GOYETTE, M. LESSARD-HÉBERT, *op. cit.*, p. 196.

³⁶ *Ibid.*, p. 238.

Pour nous, il s'avère nécessaire de prévoir des moyens qui répondent à la dimension systémique de la situation. Nous prenons en compte plusieurs considérations d'ordre historique, organisationnel et fonctionnel inhérentes à la dynamique clinique des étudiantes infirmières.

C'est en tenant compte de ces considérations que nous abordons la description de moyens spécifiques de recherche.

2.2.1 *Modèle de Kemmis et McTaggart*

Il nous apparaît nécessaire de présenter en quelques mots le guide de procédure proposé par Kemmis et McTaggart³⁷ car il constitue, selon nous, un moyen privilégié de mener à terme une démarche de recherche-action de type participative.

De façon plus précise, le modèle de planification développé par ces auteurs procède selon des étapes en spirales. Chacune de ces étapes étant composée de phases de planification, action, observation et réflexion. Cela rejoint cette affirmation de Lessard-Hébert qu'*"en recherche-action, les méthodes s'ouvrent sur une conception non linéaire du temps."*³⁸

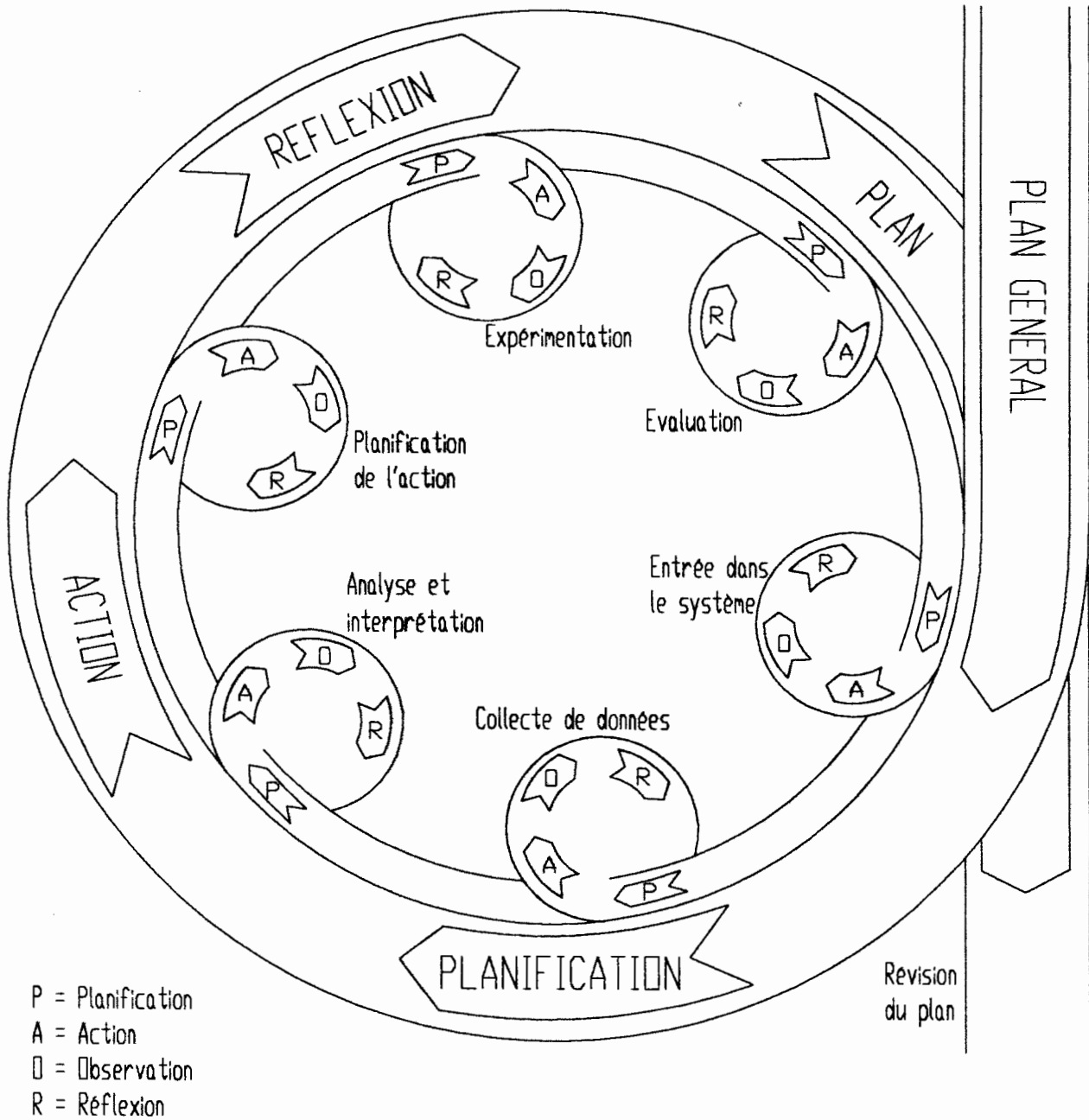
Ce modèle inspiré par l'approche de Lewin³⁹, nous présente un processus illustré à la page suivante du schéma intitulé "Guide de planification de la recherche-action" dont la première étape se traduit par l'identification du genre de changement à apporter ou désirable déterminant ainsi la limite du champ d'action. Nous appelons cette étape "reconnaissance du

³⁷ Stéphen KEMMIS, Robin. McTAGGART, *op. cit.*

³⁸ Gabriel GOYETTE, M. LESSARD-HÉBERT, *op. cit.*, p. 215-216.

³⁹ Stéphen KEMMIS, Robin McTAGGART, *op. cit.*, p. 6-7.

Guide de planification
de la Recherche-Action



Source : inspiré de Stephen KEMMIS et Robin McTAGGART, The action research planner, Deakin University, Victoria, 1982.

terrain" et elle correspond à la phase initiale de recherche ainsi qu'à l'orientation de la démarche de réflexion du praticien intéressé à intervenir sur une dimension de sa pratique professionnelle; sa description constitue le premier chapitre de ce travail.

Les autres étapes du processus de recherche sont : la planification, l'action, l'observation et la réflexion.

- la planification : C'est une action construite qui doit être prospective. Elle doit être flexible et stratégique, c'est-à-dire, tenir compte des risques dans tout changement social. Elle vise l'efficacité du praticien et invite à agir avec prudence et sagesse. Elle consiste à établir les modes de réalisation de la chercheuse, une reconnaissance du contexte des objectifs et des contraintes. Finalement, le champ d'action correspond aux niveaux d'interventions où s'effectueront les actions;

- l'action : C'est une intervention délibérée et contrôlée dans une intention éducative. Elle est guidée par un plan mais tient compte de la situation. Elle est rétrospective en tenant compte de ce qui a été fait antérieurement. Elle exige des décisions rapides et demande du jugement pratique. Elle vise l'amélioration de la situation dans laquelle se produit l'action. Cette phase consiste en interventions rendant possible l'atteinte des objectifs et les interventions proprement dites;

- l'observation : Ce sont des actions qui consistent à recueillir les effets de l'action. Elle est prospective à la réflexion et doit être planifiée. Elle correspond à la collecte de l'information au sujet des démarches effectuées et comprend tant les circonstances que le contexte, le processus et les conséquences;

- la réflexion : C'est une étape qui vise à faire un retour sur les données recueillies lors de l'observation. Elle porte sur le processus, sur les effets de l'action, sur les circonstances et les contraintes. Elle permet au groupe de poser un jugement sur l'action posée et aussi de proposer des actions de consolidation ou de correction par rapport à l'étape suivante du processus de recherche.

Lorsque nous concilions les étapes de ce modèle au processus de recherche qui nous intéresse, l'étape planification présentée au chapitre 2 correspond au but et aux objectifs de la recherche, aux choix effectués en fonction du type de recherche, aux modes et aux niveaux d'interventions, aux moyens utilisés, à l'implication de la chercheuse et des participantes et finalement aux limites de la recherche.

Au sujet de l'étape "action", qui se traduit dans ce travail par l'expérimentation du plan d'action que nous retrouvons au chapitre 3, nous nous limitons à la collecte de données, à l'analyse et l'interprétation de ces données et à des propositions d'actions.

Afin de mieux circonscrire cette étape, nous choisissons de reproduire les étapes du processus de recherche présenté préalablement à savoir : le plan, l'action, l'observation et la

réflexion à chaque phase de l'expérimentation. Nous croyons que chacune de ces interventions dans le milieu est en soit un processus qui mérite d'être disséqué afin de mieux retenir les éléments significatifs et de les traiter en tenant compte du contexte dans lequel se déroule l'activité. Nous représentons ces démarches à l'aide du schéma 4, page 49, "Guide de planification de la recherche-action". Ces phases sont mises en évidence par les cercles greffés à l'intérieur de la démarche globale de recherche illustrée par la grande spirale.

Ainsi, à partir de la connaissance que nous avons de la situation, nous planifions l'étape de la collecte de données, nous recueillons les données auprès des trois types d'intervenantes séparément en tenant compte de leurs spécificités, nous considérons le contexte et les circonstances dans lesquels se déroulent ces actions et finalement nous examinons les résultats de ces démarches.

Cette étape étant franchie, nous planifions la suivante qui correspond à l'analyse et à l'interprétation des données tout en se référant aux éléments qui découlent de la phase précédente c'est-à-dire la collecte de données. Nous effectuons les actions envisagées et nous situons le contexte et les circonstances dans lesquels se sont effectués les échanges avec un groupe constitué, à ce moment, d'infirmières praticiennes, d'infirmières enseignantes et des étudiantes infirmières. Il s'ensuit des propositions d'interventions dans les milieux concernés par la formation clinique des étudiantes infirmières.

Finalement, nous regardons les effets de ces actions qui, selon nous, déterminent l'étape subséquente de la démarche de recherche à savoir : "le plan d'action", étape à laquelle nous nous limitons dans ce travail.

Suite à l'expérimentation du plan d'action, nous posons une réflexion sur l'ensemble du processus de la démarche de recherche.

Précisons qu'à chaque étape de ce processus de recherche, nous nous assurons de la collaboration et de la participation des acteurs du milieu comme le soulignent Kemmis et McTaggart : *"...une condition essentielle de la recherche-action : le développement d'une réflexion collective du groupe et d'une réflexion individuelle de chaque individu dans le groupe et prenant sa source dans l'action."*⁴⁰

Dans ce contexte, nous référons à la notion de concertation entre les intervenantes compte tenu qu'il s'agit d'activités de recherche se déroulant avec des intervenantes de deux milieux distincts. Rappelons qu'à la page 42 il est question de coordination, de synchronisation, d'harmonie. C'est dans cet esprit qu'il convient d'envisager les activités de recherche.

2.2.2 *Moyens ou outils utilisés de recherche*

L'entrevue semi-structurée s'avère l'outil le plus approprié pour recueillir des données en termes de perceptions chez les participantes principalement parce que, par ses caractéristiques, elle

"est plus accommodante et laisse la latitude nécessaire à l'interviewer de se diriger vers des avenues intéressantes et productives. L'orientation de l'entrevue est partiellement structurée par des questions et des thèmes que l'interviewer désire couvrir. Toutefois, celui-ci est libre de dévier de son plan en autant que le sujet est traité complètement dans la conclusion de l'inter-

⁴⁰

Présentation de Denise CÔTÉ-THIBAUT, *La recherche-action en éducation dans la perspective du praticien : le modèle australien*, Colloque organisé par la Société de recherche en éducation de l'Abitibi-Témiscamingue, le 3 nov., à Rouyn-Noranda, Québec, 1989.

l'interviewer. L'interview focalisée permet de s'assurer auprès des répondants la manière dont ils définissent certaines situations."⁴¹

Dans le cadre d'une recherche-action de type participative, nous adoptons une approche interactive dès l'étape de collecte de données, afin d'assurer une plus grande implication, une appropriation plus large et plus concrète de cette problématique par les personnes impliquées.

Aussi, les entrevues de groupe suscitent parmi les participantes des interactions qui permettent de confirmer, de refuter, d'enrichir les perceptions émises par le groupe. Cette dynamique a un effet synergique.

D'aucuns diront que la capacité d'expression est neutralisée par la force de certains éléments du groupe ayant pour effet de diminuer la crédibilité des résultats. Par contre, nous utilisons d'autres moyens de validation qui peuvent diminuer l'impact de cette contrainte.

Ces entrevues offrent aussi un caractère simple étant de type semi-structuré. Par l'utilisation de questions larges sur les éléments de communication tels : les catégories de communication : verbale et non-verbale, le type : formelle et informelle, les facteurs qui nuisent et qui favorisent la communication, le contexte qui existe entre chacune des intervenantes, les situations qui concourent à une communication plus ou moins efficace, plus ou moins facile entre les intervenantes, nous visons à susciter l'émergence des données qui paraissent significatives chez les intervenantes sans nécessairement essayer de confirmer les

⁴¹

Catherine H.C., SEAMAN, P.J. YERHONICK, *Research methods undergraduate students in nursing*, Appleton-Century-Crofts, Connecticut, 1982, p. 219.

préjugés de la chercheuse même si ce type d'entrevue permet à *"l'interviewer de diriger la communication dans des directions intéressantes et productives."*⁴²

Évidemment, dans cette activité nous recherchons les perceptions émises par les membres du groupe, la perception étant définie comme *"étant la vision personnelle que chacun a de ce qui l'entoure... Nos perceptions se forment à partir de notre expérience et de nos attentes."*⁴³ L'ensemble de celles-ci étant partagées, cela nous permet donc de dessiner un tableau riche d'une situation que nous désirons améliorer. C'est ainsi qu'il nous apparaît des plus pertinents de se diriger vers des méthodes reliées à la recherche qualitative, celle-ci étant selon Yan der Maren *"le modèle le plus approprié en éducation."* Ce dernier définit la recherche qualitative *"comme une démarche exploratoire à propos d'un système complexe produisant des données qualitatives et donc des échanges s'inscrivant dans le cadre de théories qualitatives, prescriptives et interprétatives."*⁴⁴

La présente recherche correspond, selon nous, à cette conception. Il s'agit de relever, auprès des acteurs, des perceptions au sujet des interactions qu'ils expérimentent entre eux; il s'agit de comprendre, d'interpréter, de dégager ce qui est significatif par rapport à la problématique pour éventuellement soumettre des propositions d'actions susceptibles d'améliorer la situation.

⁴² Patricia POTTER, *Soins infirmiers, théorie et pratique*, Éd. du Renouveau pédagogique, Montréal, 1989, p. 505.

⁴³ *Ibid.*, p. 505.

⁴⁴ Jean-Marie YAN der MAREN, *Méthodes qualitatives de recherche en éducation*, Conférences données au Cirade, U.Q.A.M., Montréal, décembre 1987, p. 21.

Les chercheurs dans ce domaine nous indiquent des critères servant "à mener à terme et communiquer avec une recherche crédible."⁴⁵

Nous retenons les critères de la recherche qualitative retenus par Lorraine Savoie-Zajc. Celle-ci décrit la recherche de type qualitatif comme étant celle qui "désigne un nouveau paradigme de recherche par lequel on tient compte, au niveau de la collecte, de l'analyse et de l'interprétation des données, de l'environnement à l'intérieur duquel interagit un ensemble de facteurs définissant et colorant le problème sans étude."⁴⁶ Ainsi nous retenons la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmation.

Alors, la crédibilité réfère au degré d'adhésion et d'assentiment du groupe. Elle s'établit au niveau de la collecte de données et de leur interprétation. Parmi les moyens suggérés, nous avons retenu le journal de bord, l'enregistrement des données et la triangulation.

Le journal de bord permet, au fur et à mesure, de noter et d'apprécier les événements, l'enregistrement sur bande magnétique permet de vérifier le contenu des informations, de considérer, dans un style d'entrevues semi-structurées, les trous et les biais qui ont pu se glisser et d'obtenir l'impression des participantes du groupe interviewé. La triangulation s'effectue par une vérification par le groupe et aussi par une personne n'ayant pas assisté à l'entrevue mais impliquée dans l'activité des acteurs.

⁴⁵ Lorraine SAVOIE, ZAJC, *op. cit.*, p. 50.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 49.

La transférabilité dans le cadre d'une recherche de type qualitatif ne cherche pas à généraliser mais plutôt à offrir des hypothèses de travail. Ainsi nous cherchons à offrir au lecteur suffisamment d'informations pour qu'il puisse faire une éventuelle application.

La fiabilité ne traduit aucunement la possibilité de transférer les résultats d'une recherche à une autre. Il *"s'agit plutôt d'une cohérence interne et le suivi logique que le chercheur communiquera dans le rapport de recherche."*⁴⁷

Ainsi, au cours de la recherche, plusieurs modes d'évaluation sont utilisés; ils sont mentionnés à chaque étape de la démarche de la recherche.

2.2.3 Implications de la chercheuse

Il convient maintenant de situer la chercheuse dans le contexte de cette recherche, ayant annoncé que cette dernière s'inscrit en terme de recherche-action de type participative.

Brièvement, mentionnons qu'une démarche de ce type suppose une implication de la chercheuse tant dans l'action sur le terrain qu'au niveau du processus de recherche. Ainsi, elle participe directement aux activités d'enseignement des stagiaires en soins infirmiers tout en intervenant au niveau du processus de recherche.

Plus précisément, elle planifie les démarches à chaque étape de la recherche, elle organise les interventions, prépare et anime les rencontres, prépare les documents utilisés lors des discussions de groupes. En plus, elle collecte, dans un journal de bord le résultat de ses observations et de ses réflexions qui sont apparues au cours du déroulement de la recherche.

⁴⁷

ibid, p. 61-65.

Au-delà d'une activité intellectuelle qui se traduit par un essai de conceptualisation de modèles d'organisation structurelle et fonctionnelle, la chercheuse se doit d'utiliser toutes les ressources nécessaires à l'établissement d'un climat de confiance visant à faciliter des échanges réels entre les intervenantes dès le début de la démarche. Cette nécessité est renforcée dans une situation qui fait appel à trois groupes distincts d'intervenantes soient les infirmières praticiennes, les infirmières enseignantes et les étudiantes infirmières.

Ainsi, la chercheuse investit dans l'établissement d'un climat de confiance, elle détermine et communique les règles de fonctionnement clairement en s'assurant qu'elles sont comprises et acceptées. Elle doit manifester une écoute empathique.

La chercheuse est consciente qu'elle a un statut d'enseignante en soins infirmiers et de ce fait véhicule ses valeurs et ses croyances au sujet de l'enseignement et la pratique des soins infirmiers. Sans faire abstraction de ses conceptions, elle s'assure de recevoir les commentaires des intervenantes avec le plus d'objectivité et de neutralité possible.

Plus encore, elle est engagée entièrement dans une démarche qui exige d'elle une volonté de poursuivre sachant qu'en ayant initié une telle démarche elle crée des attentes qui se doivent d'être respectées dans une certaine limite.

Résumons le rôle de la chercheuse comme une prise en charge du processus de recherche et de partage avec les participantes des activités reliées à la problématique.

2.2.4 *Niveaux d'interventions et implication des participantes*

Ces actions entreprises au cours de la démarche de recherche sont d'ordre : organisationnel et pédagogique. D'une part, nous envisageons des actions consultatives, décisionnelles auprès des intervenantes directement concernées, c'est-à-dire les infirmières praticiennes, les infirmières enseignantes et les étudiantes infirmières. D'autre part, nous devons nous assurer de la participation des autres acteurs indirectement touchés par cette démarche. Il s'agit de la responsable de la formation et de la responsable du département de soins infirmiers du C.A.T. Pourront s'y ajouter, selon les types d'interventions envisagées, les autres directeurs et directrices.

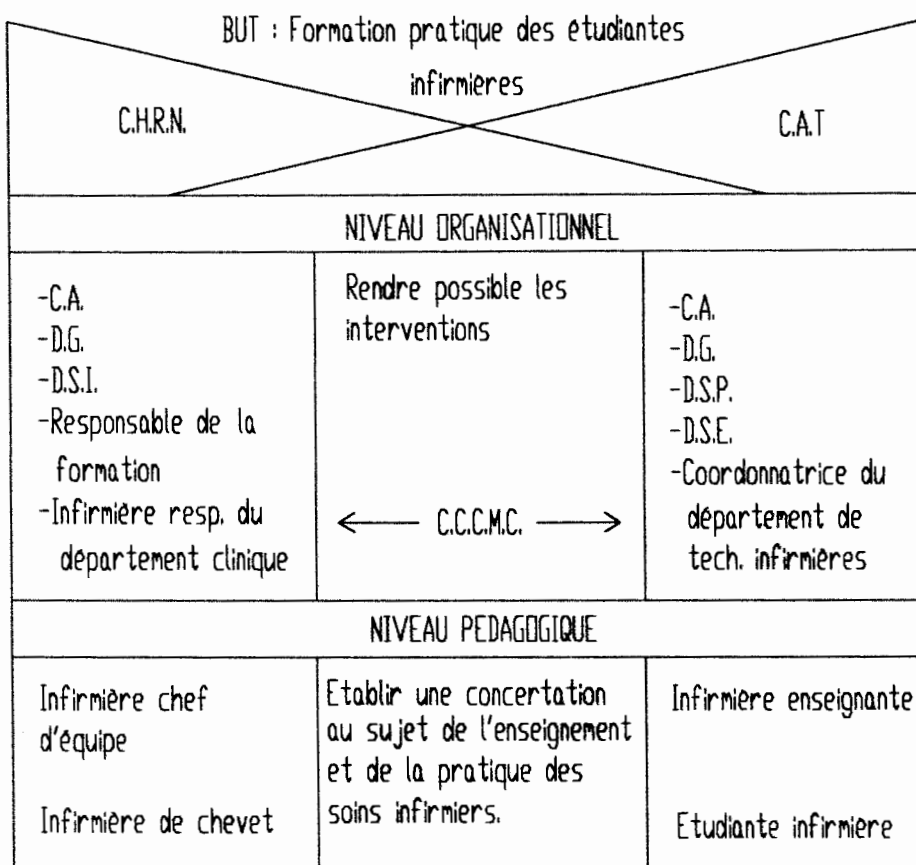
Pour mieux saisir ces niveaux d'interventions, le schéma 5 "Structures organisationnelles des niveaux d'interventions de la démarche de recherche" à la page suivante nous indique les intervenants(es) concernés(es) par le niveau organisationnel que ce soit au collège ou au centre hospitalier et les intervenantes correspondant au niveau pédagogique de ces mêmes institutions. Les interventions reliées aux différentes étapes de la recherche sont dirigées vers les dimensions respectives selon les objectifs visés.

Ainsi, dans un premier temps, il s'agit d'obtenir l'assentiment conditionnel de chacun d'eux à la mise en application du projet de recherche, conditionnel, car les infirmières praticiennes, enseignantes et étudiantes ne peuvent éventuellement acquiescer à notre démarche qu'en obtenant l'appui des administrateurs et vice versa.

C'est pourquoi, nous planifions des rencontres avec ces différentes catégories d'intervenants(es) afin de leur présenter l'objet de la recherche et d'obtenir leur assentiment et leur implication dans la démarche de recherche.

SCHEMA 5

Structures organisationnelles des niveaux d'interventions
de la démarche de recherche



1. Niveau organisationnel :

Ce niveau, tant au Collège de l'Abitibi-Témiscamingue qu'au Centre hospitalier Rouyn-Noranda, est décisionnel quant à la possibilité d'intervenir dans leurs services respectifs et quant à la possibilité d'obtenir la disponibilité des participantes durant les heures de travail pour participer à des activités visant une collecte de données et l'analyse et l'interprétation de celles-ci et de proposer des avenues de solutions en vue d'améliorer la communication entre les intervenantes concernées par la formation clinique des étudiantes infirmières.

Ainsi, la chercheuse sollicite de la part des administrateurs du Collège, la possibilité d'agir auprès des enseignantes et des étudiantes en soins infirmiers durant des heures de travail afin d'effectuer les activités citées précédemment. Pour ce faire, elle adresse une demande verbale au directeur adjoint du Secteur de l'enseignement et à la responsable du Département des soins infirmiers.

En ce qui concerne le Centre hospitalier, la chercheuse désire obtenir l'autorisation d'intervenir auprès des infirmières praticiennes travaillant sur différentes unités de soins et qui reçoivent les étudiantes infirmières au moins durant deux semaines consécutives. Cette demande s'adresse à la responsable de la formation et aux infirmières chefs des unités de médecine, chirurgie, psychiatrie, pédiatrie, obstétrique, soins prolongés.

2. Niveau pédagogique :

À ce niveau, les démarches de la chercheuse visent à obtenir la collaboration des infirmières praticiennes, des enseignantes et des étudiantes en soins infirmiers afin de participer à des rencontres d'entrevues de collecte de données et une rencontre d'échanges

en vue d'analyser et interpréter voire proposer des actions dans le sens de notre problématique.

Il s'agit d'identifier les infirmières praticiennes qui travaillent régulièrement sur les unités ci-haut mentionnées, les infirmières enseignantes qui travaillent auprès des étudiantes de différents niveaux du programme de soins infirmiers et les étudiantes infirmières de première et de deuxième année; les étudiantes de troisième année, terminant sous peu leurs études collégiales et, de ce fait, ne pouvant poursuivre cette démarche, ne sont pas retenues.

Nous profitons de cette étape pour expliquer l'ensemble de l'intervention et exprimer les besoins qui découlent de l'application de l'ensemble de la démarche de recherche.

Nous devons aussi considérer l'ordre dans lequel s'effectuent ces interventions. Il est primordial de commencer les interventions au Collège, car c'est le lieu où est initiée la démarche. Il est préalable d'obtenir les approbations nécessaires auprès du directeur du Secteur de l'enseignement et de la coordonnatrice du Département de soins infirmiers.

Si ces démarches s'avèrent positives, les consultations auprès des intervenantes du niveau pédagogique chez les infirmières enseignantes et chez les étudiantes peuvent se produire.

En obtenant l'assentiment des gens du Collège, une démarche est entreprise auprès de la responsable de la formation au Centre hospitalier et auprès des infirmières chefs des unités de soins mentionnées précédemment. Encore là, si la démarche est favorable au projet, une intervention sera possible auprès des infirmières praticiennes.

Ainsi, ayant toutes les autorisations et possiblement les conditions d'application découlant de ces diverses rencontres, nous pouvons entreprendre la deuxième étape : la collecte de données.

Dans le cas contraire, nous devons évaluer le problème qui se pose et essayer de le solutionner.

2.2.5 Contraintes influençant la démarche de recherche

Plusieurs événements surviennent au cours du déroulement de cette recherche, nous apparaissant les plus contraignants à savoir : l'utilisation de deux institutions différentes, l'application d'un nouveau programme en soins infirmiers, la déconcentration des enseignements en soins infirmiers vers la ville de Val-d'Or et la grève des infirmiers et infirmières dans les centres hospitaliers.

- Milieu d'interventions différentes :

Ayant choisi de solliciter tant les infirmières praticiennes que les infirmières enseignantes et les étudiantes infirmières à participer à cette démarche, cela nous conduit à des exigences particulières en terme d'organisation. Nous devons concilier les horaires de travail, les vacances, nous sommes amenés à négocier des disponibilités parfois difficiles à obtenir en raison de la difficulté à libérer les personnes compte tenu de la nature de leurs services auprès de la clientèle soit au collège ou au centre hospitalier.

- Application d'un nouveau programme en soins infirmiers :

Cette situation implique un investissement important en temps et en énergie en raison de l'ampleur des changements effectués dans ce programme. Les enseignantes doivent s'approprier de nouveaux contenus, de nouveaux milieux de stage.

- Déconcentration des enseignements en soins infirmiers dans la ville de Val-d'Or :

En même temps que le département de soins infirmiers applique le nouveau programme, les enseignantes participent à l'ouverture d'un nouveau milieu d'enseignement des soins infirmiers à Val-d'Or ce qui implique tant la préparation du milieu collégial que du milieu hospitalier, tant au niveau du personnel que du matériel. Encore là, il reste moins de latitude pour participer à une démarche de recherche.

- Grève des infirmiers et infirmières :

Cette situation perturbe le déroulement des activités au Centre hospitalier limitant pour une période de temps nos activités auprès de ces intervenantes.

Finalement, les événements contextuels sont pris en compte lors du déroulement des étapes de la recherche. Nous signifions qu'il a fallu une attention particulière pour assurer le suivi des activités planifiées.

2.2.6 *Limite méthodologique de la recherche*

Dans cette démarche entreprise afin d'améliorer la formation pratique dans un programme de soins infirmiers, nous déterminons les limites qui s'imposent à notre action dans la démarche proprement dite, dans le champ de la recherche, de la cible directe et de l'orientation privilégiée.

La démarche de recherche :

Le choix méthodologique s'oriente vers une recherche-action de type participative. Compte tenu que l'action suppose l'implication de deux milieux et que les retombées les influenceront, il est à notre avis, indispensable qu'ils soient associés à chacune des étapes du processus de recherche. Il s'agit d'une démarche cyclique, principalement en raison du fait qu'en intervenant à quelque niveau que ce soit de la démarche, il se produira inévitablement des changements que nous devons prendre en compte dans une perspective d'un contexte "modifié et enrichi".

Le champ de la recherche et des cibles directes :

Cette recherche qui s'intéresse à la formation pratique des étudiantes infirmières ne concerne pas uniquement le C.A.T. et le C.H.R.N. La même situation se retrouve, comme il a déjà été mentionné, dans l'ensemble des collèges, voire du Canada et des États-Unis.

Par contre, nous sélectionnons les unités de soins sur lesquelles nous effectuons des stages en plus grande proportion à savoir médecine, chirurgie, pédiatrie, obstétrique, poupon-

nière, psychiatrie et soins prolongés. Dans ce cadre, nous retenons trois intervenantes cibles : les infirmières praticiennes, les infirmières enseignantes et les étudiantes infirmières.

Nous aurions pu centrer notre recherche-action sur les infirmières enseignantes et les étudiantes, en recherchant des moyens pour que ces dernières, selon divers processus, puissent développer des habiletés à fonctionner dans les milieux ayant des divergences de conceptions et de pratiques. Mais ce choix aurait ignoré un maillon important et indispensable dans l'apprentissage des étudiantes de par son influence auprès d'elles; nous faisons référence aux infirmières praticiennes.

Somme toute, la mise en application de cette planification au niveau de la recherche devrait nous conduire à partager cette problématique au niveau des participantes et nous proposer des actions communes visant à diminuer l'écart entre les intervenantes du milieu clinique et du milieu collégial.

3. EXPÉRIMENTATION DU PLAN D'ACTION

Introduction

Cette troisième partie fait état de la mise en application du plan d'action présenté au chapitre 2 de la Planification du processus de recherche.

Rappelons que ces démarches visent à réunir des intervenantes tant du milieu collégial que du milieu clinique afin de rechercher un consensus en regard de la problématique soulevée par la chercheuse et de proposer des modalités d'actions découlant des échanges entre celles-ci.

Dans la première partie de ce chapitre, il est question du résultat des démarches effectuées auprès des intervenants(es) du Collège de l'Abitibi et du Centre Hospitalier en vue d'obtenir les approbations nécessaires pour effectuer une collecte de données, d'une part, auprès des enseignantes et des étudiantes infirmières et d'autre part, auprès des infirmières praticiennes.

Dans la deuxième partie, nous traitons de l'étape collecte de données qui se déroule auprès de trois catégories d'intervenantes mentionnées au paragraphe précédent.

À ce sujet, nous décrivons le déroulement de cette étape de la recherche en se référant au concept de la communication et à l'outil utilisé à savoir : l'entrevue de type semi-structuré, présentés respectivement dans le cadre de référence, chapitre 1, page 32 et dans la planification de la démarche de recherche, chapitre 2, page 53.

En ce qui concerne l'aspect méthodologique, l'ensemble de ce chapitre reflète le modèle de Kemmis et McTaggart présenté au chapitre 2 à la section méthodologique.

Nous constatons que les étapes de la collecte de données, de l'analyse et interprétation et du plan d'action sont présentées en considérant les quatre moments de la recherche-action⁴⁸ à savoir le plan, l'action, l'observation et la réflexion tels que définis aux pages 51-51 de ce travail.

Ce choix permet, selon nous, une vision plus détaillée et plus systématique des actions de recherche.

À cela s'ajoute les niveaux d'interventions d'ordre organisationnel et pédagogique qui orientent nos actions de recherche vers les administrateurs ayant la capacité de favoriser les actions dans les milieux concernés et vers les intervenantes directement concernées par la problématique c'est-à-dire les infirmières praticiennes, les infirmières enseignantes et les étudiantes infirmières.

Aussi, nous retrouvons à la section de l'analyse et de l'interprétation une classification des données qui s'inspire du modèle des organisations telle que présentée au chapitre 1, pages 36 à 39.

Finalement, à l'étape du plan d'action, nous empruntons à nouveau des éléments du modèle des organisations⁴⁹. À notre avis, cette approche permet de structurer nos projets

⁴⁸ KEMMIS S., McTAGGART, R., *op. cit.*, p. 7.

⁴⁹ Yves BERTRAND et Patrick GUILLEMET, *Les organisations une approche systémique*, Les Éditions Agence d'Arc inc., Montréal, 1988, chapitre 11, p. 279-295.

d'actions en se référant à des aspects spécifiques d'interventions soient politique, stratégique et tactique.

Encore là, nous adoptons les niveaux d'interventions d'ordre organisationnel et pédagogique.

Cette organisation méthodologique constitue les assises sur lesquelles se déroulent l'action de recherche.

3.1 Présentation de la démarche de recherche auprès des intervenants(es)

Suite à la planification décrite à la page 59, les premières actions entreprises par la chercheuse auprès des intervenants(es) tant du niveau organisationnel que pédagogique, visent à s'assurer de la faisabilité de cette recherche en obtenant les autorisations nécessaires des milieux concernés et de la disponibilité des infirmières praticiennes, des infirmières enseignantes et des étudiantes infirmières pour participer à l'étape de la collecte de données.

À ce moment, nous présentons les attentes de la chercheuse en fonction des besoins de la recherche en terme de but de la recherche, d'échéanciers, d'exigences particulières, d'avantages, désavantages, de ressources requises, de confidentialité et de retombées.

Ces rencontres ont lieu au printemps 1989. Dans un premier temps, nous rencontrons les intervenants(es) du milieu collégial et ensuite celles du milieu hospitalier.

– *Niveau organisationnel*

Le directeur adjoint aux Services pédagogiques et la coordonnatrice du Département des soins infirmiers du Collège de l'Abitibi-Témiscamingue ont appuyé la démarche. Il est possible d'organiser les rencontres avec les groupes de professeures et d'étudiantes sans toutefois utiliser les heures consacrées à l'enseignement.

Par la suite, la chercheuse rencontre la responsable de la formation et les infirmières chefs des unités de soins de médecine, de pédiatrie, de soins prolongés. Les infirmières chefs des unités d'obstétrique-pouponnière et de psychiatrie se sont présentées à la fin de la rencontre. L'infirmière chef par intérim de l'unité de chirurgie n'a pu se libérer.

Lors de cette réunion, la chercheuse a présenté à l'aide d'un texte à l'appui, le but du projet, les modalités d'actions et les résultats attendus. Les interventions de la part des participantes furent d'ordre organisationnel. Des échéanciers furent produits pour rencontrer des groupes hétérogènes d'infirmières praticiennes durant les heures de services. Lorsque nous parlons de groupe hétérogène, nous signifions des infirmières travaillant dans différentes unités de soins. Ces groupes sont ainsi formés pour éviter un manque d'infirmières sur une unité de soins. Compte tenu de la disponibilité réduite des infirmières durant les heures de services, il est convenu de libérer au moins une infirmière par unité de soins déterminée à chaque session de rencontre.

– *Niveau pédagogique*

La présentation de cette démarche de recherche a été effectuée lors d'une réunion du Département des soins infirmiers à laquelle participaient une quinzaine de professeures. Après

l'explication de la démarche par la chercheuse, il y a une période de discussions durant laquelle les professeures s'interrogent au sujet de la disponibilité que ce projet exige de leur part. Après certaines précisions de la part de la chercheuse, les professeures acquiescent en soulignant l'ampleur de la démarche.

La chercheuse mentionne à ce sujet que la démarche consiste, dans un premier temps, en une rencontre d'entrevues de collecte de données d'une durée d'une heure approximativement. Par la suite, il y a la lecture du rapport de ces entrevues par chacune des participantes en vue de préparer la deuxième rencontre de discussion. De ce fait, une rencontre regroupant des représentantes des trois catégories d'intervenantes est envisagée dans le but d'analyser et d'interpréter ces données et finalement proposer des modalités d'actions; c'est à ce moment que nous serons en mesure de donner suite ou non à cette démarche.

Une interprétation similaire a été effectuée auprès des étudiantes de première et de deuxième année du programme de soins infirmiers. Un groupe a refusé de se présenter en raison d'une contestation reliée à un autre problème intradépartemental. Nous avons pu expliquer la démarche de recherche à deux classes comprenant une vingtaine d'étudiantes.

En ce qui concerne les infirmières praticiennes, la démarche fut expliquée par les infirmières chefs d'unité de soins.

Somme toute, nous sommes assurées que ces démarches préparatoires sont nécessaires au déroulement structuré d'une démarche de recherche. Surtout dans une démarche de recherche-action de type participatif, nous croyons essentiel de présenter dès le départ nos intentions tant au niveau organisationnel qu'au niveau pédagogique.

Il s'agit de préparer l'action proprement dite. Les idées font leur chemin. À cet égard, des infirmières ayant été informées de cette démarche, ont fait des consultations auprès de leurs collègues de travail, ne pouvant toutes assister à la rencontre servant à recueillir des informations reliées à la problématique.

La préparation des milieux lorsque nous allons y intervenir dépasse l'aspect protocolaire; il active le processus.

3.2 Les entrevues

3.2.1 *Plan*

Idée générale

Ainsi à la fin du printemps 1989, chaque groupe distinct d'intervenantes, les infirmières praticiennes, les infirmières enseignantes et les étudiantes infirmières, est invité à émettre ses perceptions lors d'entrevues de type semi-structuré. C'est ainsi que nous formons des groupes homogènes de praticiennes, d'enseignantes et d'étudiantes infirmières. Les groupes d'infirmières praticiennes sont formés d'infirmières exerçant leur profession soit sur des unités de médecine ou de chirurgie ou de pédiatrie, ainsi de suite. Il en est de même pour les groupes composés d'enseignantes. En ce qui concerne les étudiantes infirmières, il s'agit de groupes formés des représentantes de première année qui effectuent des stages en médecine ou en chirurgie et d'autres groupes constitués par des étudiantes de deuxième année qui font des stages en pédiatrie et obstétrique.

Un rapport de ces entrevues est produit et toutes les participantes de chaque catégorie sont invitées à valider les informations obtenues. Chacune reçoit un rapport écrit correspondant à leur catégorie et indique sur une feuille-réponse annexée au texte, si le rapport est conforme à ce qui a été discuté lors de l'entrevue à laquelle elle a assisté. De plus, une représentante de chaque catégorie d'intervenantes, n'ayant pas assisté à la rencontre, se penche sur le rapport et exprime ses commentaires afin de donner une autre perspective aux données recueillies. Ceci fait, un rapport global est construit en utilisant l'ensemble des informations des trois catégories, les rapports de validation des participantes et de la représentante externe.

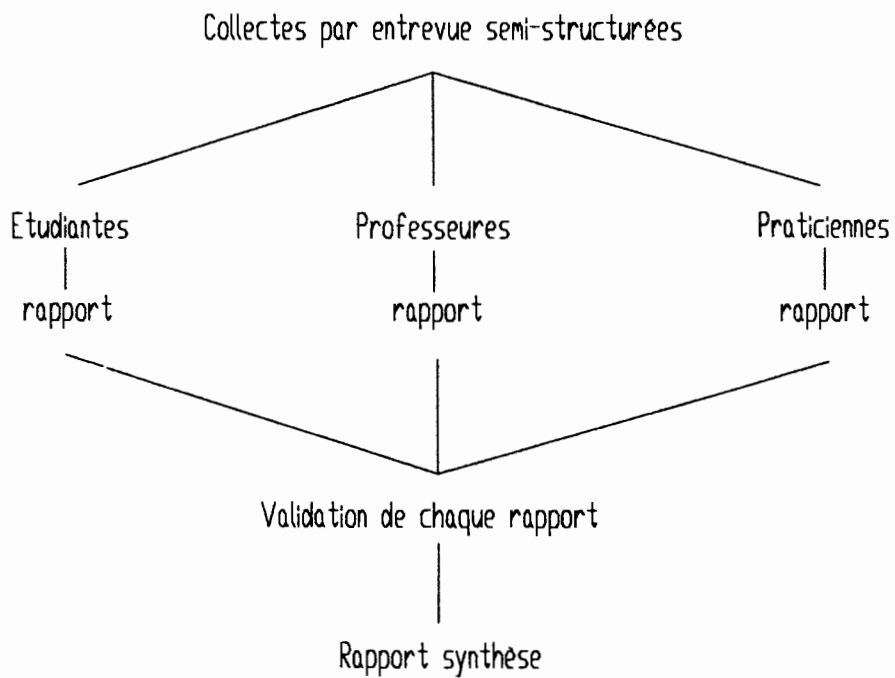
C'est ainsi que nous organisons des rencontres de groupes, par catégories distinctes d'intervenantes, permettant à chacune la libre expression de ses perceptions. Nous prévoyons donc quatre groupes de praticiennes, trois groupes d'enseignantes et trois groupes d'étudiantes.

Un schéma à la page suivante "Organisation de la démarche de la collecte de données" met en évidence l'organisation des données.

Lors de chaque session d'entrevues, animée par la chercheuse, il y a un rappel de la démarche de recherche, le groupe peut consulter sur un tableau d'affiche le schéma 2 "Interrelations entre les intervenantes impliquées dans la formation clinique en soins infirmiers", que nous retrouvons à la page 34 et qui indique globalement l'orientation des échanges entre les participantes. Ainsi, la chercheuse peut indiquer à divers moments de la rencontre le niveau d'interrelations entre les infirmières et les enseignantes dont il est question. Une permission d'enregistrer les conversations sur cassette audio est sollicitée, la confidentialité étant assurée.

SCHEMA 6

Organisation de la démarche
de la collecte de données



À ce sujet, la chercheuse utilise un guide d'entrevue qui, constitué de questions larges et ouvertes, retient les éléments majeurs de la communication que nous retrouvons au chapitre 1, section "Cadre de référence" page 29, à savoir : les catégories de communication verbale et non-verbale, le type : formel et informel, les facteurs qui nuisent et favorisent la communication, le contexte qui existe entre chacune des intervenantes, les situations qui concourent à une communication plus ou moins efficace, plus ou moins facile entre les intervenantes⁵⁰. Ce guide, présenté à l'annexe 1 de ce travail, est disponible auprès des participantes et elles peuvent le consulter durant les échanges.

La méthode des entrevues semi-structurées permet dans ce contexte l'émergence chez les participantes d'un éventail d'informations selon leur point de vue respectif. La durée de chaque rencontre est entre soixante et soixante-quinze minutes.

Ces entrevues se produisent si possible durant les périodes de travail.

Une des conditions de base pour participer à ces entrevues est d'avoir une expérience récente de stage clinique. Ainsi, toutes participent soit à titre d'étudiante stagiaire, soit à titre d'enseignantes ou soit à titre de praticiennes ayant des stagiaires auprès d'elles.

Lorsqu'il s'agit des praticiennes, nous visons quatre groupes de cinq à six personnes représentant les unités de soins les plus utilisées pour les stages en terme de durée à savoir la médecine, la chirurgie, la pédiatrie, la psychiatrie, les soins prolongés, l'obstétrique et la pouponnière.

⁵⁰

Barbara KOZIER, Glenora ERB, *op. cit.*, p. 253-258.

Une autre catégorie comprend des étudiantes infirmières de première et de deuxième année du programme de techniques infirmières 180.00.

La troisième catégorie est formée de l'ensemble des professeures du département de techniques infirmières. Elles sont dix-huit et conduisent des stages sur les unités de soins citées précédemment. Plusieurs ont aussi supervisé des stages dans une ou plusieurs autres unités de soins.

Nous convenons que ce système de collecte paraît lourd et complexe. Par contre, nous estimons qu'il peut mener vers une plus grande crédibilité des informations, étant donné que nous nous situons dans le domaine des perceptions.

3.2.2 Entrevues avec les infirmières praticiennes

3.2.2.1 Action

Suite aux interventions des infirmières chefs d'unités auprès des infirmières praticiennes, nous rencontrons quatre groupes soit, vingt infirmières de chevet et chefs d'équipe qui représentent les unités de soins de médecine (4), de chirurgie (2), de psychiatrie (4), de pédiatrie (3), de soins prolongés (4), de pouponnière (3). Ainsi les quatre groupes d'infirmières sont hétérogènes, c'est-à-dire qu'il y a des représentantes de chacune des unités de soins mentionnées, à l'exception de l'obstétrique qui alléguait une surcharge de travail à ces moments de la journée.

Ces quatre groupes de praticiennes que nous rencontrons en début d'après-midi sont respectivement au nombre de six, quatre, cinq, cinq. Le déroulement s'effectue selon la planification prévue et en soixante-quinze minutes, l'ensemble des sujets a été couvert.

La chercheuse, en utilisant les enregistrements sonores, rédige un rapport regroupant les quatre entrevues de groupe. Ce rapport est acheminé à chacune des vingt participantes afin que celles-ci puissent émettre des commentaires au sujet de l'ensemble des perceptions. Nous recevons, même après un rappel téléphonique, sept réponses sur vingt, sans pouvoir identifier globalement les unités de soins concernées.

3.2.2.2 *Observation*

Tel qu'il avait été convenu avec les infirmières chefs des unités de soins retenus pour la démarche de collecte de données, nous constatons que des infirmières praticiennes de chacune de ces unités étaient représentées dans chaque groupe de rencontre sauf l'unité d'obstétrique.

Par contre, il a fallu resituer les infirmières praticiennes face à la problématique car plusieurs croyaient qu'il s'agissait d'une rencontre où il serait question du déroulement des stages au niveau strictement organisationnel. Nous comprenons que cette situation ait pu se produire du fait que le message fut transmis par des intermédiaires entre la chercheuse et les participantes à savoir les infirmières chefs d'unités. À ce moment, il aurait été préférable que ces dernières possèdent un texte à remettre aux infirmières praticiennes, s'assurant ainsi de la conformité du message.

Le climat d'échange est serein dans la plupart des groupes et les praticiennes semblent s'exprimer librement. Un groupe semble profiter de cette occasion pour exprimer des doléances par rapport à des expériences spécifiques qui se sont produites avec des intervenantes de milieu de l'enseignement.

L'ensemble des questions présentes dans le questionnaire, disponible à l'annexe I, est exploré lors des entrevues. Par contre, peu d'emphase est mis sur la description d'une communication efficace, la communication verbale et non-verbale. Un intérêt plus marqué est apporté à la nature des relations entre les intervenantes, aux facteurs qui nuisent et qui facilitent les rapports entre elles, au contexte dans lequel les interactions se déroulent. Nous retrouvons des attentes clairement exprimées.

Nous remarquons que les praticiennes manifestent un intérêt pour le sujet en apportant des commentaires qui décrivent bien leur perception de leurs relations avec les étudiantes et les enseignantes. Certaines ont même un objectif très précis à atteindre et aussi elles s'identifient représentantes d'un groupe d'infirmières de leur unité de soins ayant la même opinion sur un point précis. Parfois, un effort doit être fait par la chercheuse, afin de laisser toutes les intervenantes s'exprimer sur différents points et éviter qu'un sujet cristallise l'ensemble de la période d'échanges.

Nous constatons que l'ensemble des rencontres permet à chacune des infirmières d'émettre ses opinions, celles-ci divergent selon les infirmières et parfois selon les unités de soins. Par exemple, les liens entre les infirmières praticiennes et les étudiantes sont différents lorsqu'il s'agit d'une unité de soins où il y a des soins intégraux par rapport à une unité de soins où il y a le système d'équipe.

Les réponses au rapport écrit d'entrevues reflètent, à quelques exceptions près, l'ensemble des échanges qui se sont tenus lors de ces rencontres d'entrevues. Quelques répondantes soulignent leur désaccord au fait qu'elles puissent imputer des erreurs aux étudiantes et qu'elles désirent contresigner les dossiers des bénéficiaires. Par contre, plusieurs insistent sur certains aspects déjà mentionnés dans le rapport tels la compétence, la confiance, le sens des responsabilités, le contexte du déroulement des stages (temps, espace physique), la qualité des soins, les réunions d'équipes.

Suite à ces entrevues, nous avons pu recevoir certains commentaires soulignant que ces rencontres ont permis déjà une plus grande sensibilisation aux relations qui existent entre les intervenantes. Par exemple, une infirmière constate qu'elle est plus vigilante sur son unité de soins face aux différents aspects soulevés et questionne sa façon de faire. Une autre praticienne se dit satisfaite d'exprimer son mécontentement face à certaines situations.

Deux personnes souhaitent que cette intervention apporte des changements et désirent connaître les commentaires des professeures.

Les informations recueillies lors des rencontres avec les infirmières praticiennes sont intégrées au rapport global que nous retrouvons à l'annexe II de ce travail.

3.2.2.3 *Réflexion*

Nous croyons que les commentaires recueillis lors de ces entrevues correspondent de façon assez réaliste à la situation que les praticiennes perçoivent.

Toutefois, nous réalisons clairement que les objectifs de stages correspondant à l'élément discuté lors des entrevues en rapport avec les éléments du contenu de la communication sont inconnus des infirmières praticiennes qui reçoivent les stagiaires et, de ce fait, ne sont pas discutés. En réalité, des objectifs, sans être formulés comme tels, apparaissent en termes de besoins au niveau d'une unité de soins. Il est vrai que les échanges portaient sur les relations entre les intervenantes; par contre, le contenu de ces échanges n'indique pas que la praticienne a une préoccupation au sujet de ce que l'étudiante vient apprendre en stage, si ce n'est d'apprendre à travailler, comme cela se fait dans le milieu clinique.

Les échanges ne semblent pas non plus être influencés par la présence de la chercheuse qui elle-même est enseignante. Il est nécessaire de préciser que ce facteur exige de sa part une prise de conscience constante de ses émotions, se sentant quelquefois confrontée par certains commentaires et attentes de la part des participantes. Elle doit aussi bien saisir que les préoccupations de ces dernières ne sont pas nécessairement les siennes.

Au sujet de la représentativité, il semble significatif que les rencontres aient été plus difficiles à organiser avec les unités de chirurgie, d'obstétrique et de psychiatrie, celles-ci étant, croyons-nous, davantage à la merci d'événements imprévus. La nature de leur organisation de travail peut aussi avoir influencé. Cela demeure du domaine de la spéculation.

Nous constatons que, dans certains groupes, les représentantes des unités de soins ont le mandat d'être le porte-parole de leurs collègues de travail ce qui a pour effet d'augmenter indirectement le poids des commentaires.

3.2.3 *Entrevues avec les étudiantes infirmières*

3.2.3.1 *Action*

Afin de pouvoir interviewer les étudiantes, une démarche est effectuée auprès du directeur de l'enseignement et auprès de la coordonnatrice du Département de soins infirmiers; initiative qui est approuvée.

Ces entrevues ont lieu au printemps 1989.

Ainsi, nous retrouvons vingt-quatre étudiantes qui effectuent leur stage clinique en première année dans les unités de soins prolongés (8) et des étudiantes de deuxième année qui sont partagées entre les unités de soins d'obstétrique (11) et de pédiatrie (5).

Nous reprenons le même procédé utilisé pour les entrevues avec les praticiennes.

3.2.3.2 *Observation*

Nous travaillons avec des groupes homogènes en termes de milieux cliniques mais disproportionnés au point de vue du nombre de participantes. Il est difficile d'obtenir une participation active de la part du groupe de pédiatrie. Ces étudiantes semblent peu motivées par cet exercice. Est-ce parce que l'unité de soins de pédiatrie présente un contexte particulièrement accueillant pour les étudiantes, se sentant de ce fait moins concernées par la problématique? Y a-t-il une sollicitation moins importante de la part de la chercheuse? Situation difficile à expliquer.

Par contre, la grande participation des étudiantes de l'obstétrique crée un autre ordre de contraintes soit de permettre à toutes les participantes de s'exprimer, compte tenu de l'importance du groupe (11). Ajoutons que des raisons en contradiction avec celles mentionnées précédemment ne peuvent être invoquées sans réserve pour expliquer la grande participation et l'intérêt.

D'après les commentaires recueillis, nous constatons que l'ensemble des sujets de l'entrevue est abordé. Évidemment, le groupe de onze étudiantes n'a pas la même latitude pour s'exprimer que les deux autres. Il est plus facile de diverger; dans ce cas, il faut afficher clairement le schéma des interrelations et s'y référer régulièrement pour resituer notre discours. Il est particulièrement difficile de connaître les opinions de chacune. En utilisant la technique du "tour de table", nous parvenons à recueillir malgré tout des commentaires de chacune, mais de façon inégale.

Encore là, un rapport écrit regroupant l'ensemble des données enregistrées provenant des trois groupes d'étudiantes est acheminé à chaque participante et nous recevons dix réponses. En plus, une étudiante, extérieure à la démarche d'entrevue, a commenté le rapport écrit d'entrevue en vue de clarifier, au besoin, ce qui a été mentionné lors des échanges.

Rappelons qu'au moment de l'entrevue de collecte de données, il y avait des étudiantes de première et de deuxième année. Lorsque celles-ci reçoivent le rapport écrit des entrevues, elles sont candidates à l'exercice de la profession ou en deuxième année.

Ceci explique que certaines évoquent une plus grande maturité pour juger de certaines situations, quelques-unes se sentent mieux acceptées et perçoivent que les praticiennes leur

font plus confiance. Par contre, nous relevons une certaine agressivité chez quelques étudiantes finissantes qui se sentent peu appréciées à titre de stagiaires, peu acceptées à titre de candidates à l'exercice de la profession, à cause de leur manque d'adaptation aux exigences de travail du milieu clinique.

En ce qui concerne les relations avec les professeures, une étudiante renforce l'aspect évaluatif de leurs interrelations et les considère nocives dans son cas.

Enfin, la majorité des répondantes confirment les données du rapport écrit et mettent l'emphase sur les aspects de pouvoir, de hiérarchie, de supériorité, d'évaluation qui existent entre elles et les professeures. Elles déplorent le manque de temps de la part du personnel infirmier, le climat "froid" qui existe sur les unités de soins et le fait d'être considérées comme des petites filles.

Elles apprécient que leurs activités soient reconnues de façon positive par la praticienne et l'enseignante. Elles s'attendent à ce que les enseignantes leur démontrent davantage la réalité du milieu du travail. Elles croient aussi que des contacts plus constants avec le personnel infirmier les aident à développer des sentiments de compétence et de confiance.

Un commentaire incite les intervenantes à améliorer la qualité de leur communication ce qui aurait, selon la répondante, un effet positif sur la qualité des soins et d'ajouter une autre, ce qui réduirait les risques d'erreurs. Une autre souhaite que ces intervenantes prennent conscience de ces faits.

D'autres commentaires ayant trait à ces rencontres sont présents dans le rapport global que nous retrouvons à l'annexe II.

3.2.3.3 *Réflexion*

Encore là, nous relevons, parmi les commentaires des étudiantes, la constatation "que le saut est grand entre la théorie et la pratique".

Lors des rencontres avec les étudiantes, nous constatons aussi que celles-ci semblent s'exprimer librement. Un groupe évoque même un sentiment de bien-être après la rencontre et suggère que ce soit fait de façon plus régulière.

En plus, nous remarquons que le fait d'utiliser un schéma d'interrelations entre les intervenantes lors de l'entrevue a permis, aux dires de certaines participantes, de mieux saisir les liens qui existent dans cette triade de personnes impliquées dans leur formation.

Finalement, les informations recueillies mettent en évidence des lacunes et des attentes aux niveaux des attitudes (l'aspect évaluatif des rapports avec les enseignantes, respect, sourire, réceptivité, compréhension, autonomie, etc.), du contexte (disponibilité, fréquents changements de professeures), des moyens (des rencontres formelles et informelles) et du contenu (objectifs de soins, état du client).

3.2.4 *Entrevues avec les infirmières enseignantes*

3.2.4.1 *Action*

La troisième catégorie d'intervenantes interviewées totalise douze professeures et s'effectue en trois temps. En dehors de l'ensemble de la démarche de collecte de données, une entrevue individuelle a lieu auprès d'une professeure de première année qui effectue ses stages cliniques en soins prolongés, celle-ci ne pouvant se présenter durant les moments prévus des rencontres. Un autre groupe est formé de quatre professeures, effectuant toutes leurs stages cliniques en obstétrique et en pouponnière, finalement, un troisième groupe de professeures effectuent leurs stages cliniques dans les unités de soins de psychiatrie (3) et de chirurgie (3). Soulignons qu'il y a des professeures qui ont déjà effectué des stages cliniques sur d'autres unités de soins.

3.2.4.2 *Observation*

En fait, nous remarquons que les deux groupes sont hétérogènes en termes de milieux cliniques : un groupe est composé de professeures de deuxième année ayant des stages dans des unités de pédiatrie, d'obstétrique et de pouponnière, l'autre groupe est formé de professeures de troisième année ayant des stages sur les unités de médecine, de chirurgie et de psychiatrie. Ces groupes sont donc homogènes en ce qui a trait au niveau d'objectifs de formation des étudiantes infirmières, mais disproportionnés en termes de nombre de participantes. Soulignons que dans le groupe de deuxième année, une professeure chevauche les deux niveaux.

Encore là, nous utilisons la même procédure d'entrevues, de rédaction de rapport d'entrevues : ce dernier est acheminé aux professeures dans un délai de six mois et six personnes ont répondu.

Une professeure absente à l'étape de l'entrevue a commenté le rapport afin d'obtenir une autre vision au sujet des données.

Quoique cette démarche ait lieu durant les heures de travail, la participation est à peu près équivalente à celle que l'on retrouve pour différentes activités départementales. Les personnes qui y assistent participent activement aux entrevues.

Le temps d'entrevue est respecté. Chaque personne s'exprime, quoique dans le groupe le plus nombreux, il est plus difficile de recevoir les commentaires de chacune et il faut diriger davantage le temps de parole.

L'ensemble des éléments prévus dans le contenu de l'entrevue est discuté.

Le fait que les groupes soient constitués d'enseignantes pratiquant dans des milieux cliniques différents génère, il nous semble, une réflexion différente sur certains sujets. Par exemple, les professeures de psychiatrie se sentent concernées par l'aspect évolutif d'une relation interpersonnelle entre les intervenantes, les professeures de pédiatrie font plus facilement référence à l'âge de la clientèle comme un facteur influençant le climat d'une unité de soins, les professeures de médecine et de chirurgie font référence davantage à l'aspect organisationnel des soins.

En plus, le fait qu'une enseignante chevauche deux milieux de stages apporte des nuances au discours du groupe de deuxième année et il apparaît que le type d'unité de soins, en termes de clientèle, de catégorie de soins et d'organisation du travail, influence la nature des relations interpersonnelles entre les trois catégories d'intervenantes.

Dans un autre ordre d'idée, nous remarquons que les réponses au rapport d'entrevues confirment en très grande majorité les commentaires des professeures interviewées et que l'enseignante qui n'a pas assisté aux rencontres signifie que les informations contenues dans le rapport représente selon des éléments de la réalité des stages cliniques.

Finalement, à notre avis, il n'y a pas d'indications qui signifient que la présence de la chercheuse lors des entrevues influence la démarche en raison de son statut d'enseignante. Par contre, étant elle-même enseignante, elle se doit d'être vigilante pour clarifier les informations afin de ne pas les interpréter en se basant sur son expérience personnelle.

3.2.4.3 *Réflexion*

Les éléments qui émergent de cette consultation nous permettent de les regrouper selon le contexte, le contenu, les facteurs influençant positivement et négativement les relations entre les intervenantes et le rôle de ces dernières.

Relevons, encore ici, dans les remarques des professeures que, d'une part, les étudiantes déplorent l'écart entre la théorie et la pratique et, que d'autre part, elles se sentent perçues par les praticiennes comme des infirmières idéalistes et loin de la réalité du milieu du travail.

En plus, les enseignantes soulignent l'importance des attitudes afin de favoriser un climat pédagogique qu'elles définissent ainsi : *"Endroit où les fonctions sont décloisonnées, tellement que les étudiantes ne distinguent plus l'écart entre l'enseignante et la praticienne. Les infirmières s'intéressent à l'aspect pédagogique, s'impliquent; les gens sont positifs... il existe un esprit d'ouverture, de collaboration, de confiance mutuelle et d'entraide."*

D'autres commentaires soulignent l'importance de clarifier les rôles de chacune, de partager les objectifs de stage et considèrent le manque de disponibilité des praticiennes comme une contrainte dans les relations entre les intervenantes.

Ces commentaires sont corroborés par l'enseignante qui valide les perceptions des professeures interviewées, à l'exception d'un commentaire soulignant que *"souvent ce sont les praticiennes qui connaissent davantage les objectifs de stages qui s'impliquent le plus dans la formation"*. Il semble plutôt, selon la personne témoin, que *"certaines infirmières interviennent fréquemment auprès des étudiantes et d'une façon incorrecte, ne connaissant pas les objectifs et les exigences du stage surtout dans le cas d'étudiantes de première année"*. Il semble que, dans le premier cas, il s'agisse d'un problème spécifique d'une unité de soins.

Dans un autre ordre d'idée, une remarque de la part de cette répondante mentionne que l'intolérance manifestée par certaines praticiennes vis-à-vis de certaines étudiantes peut influencer le jugement de l'enseignante lors de l'évaluation clinique de l'étudiante, même si cela n'a pas de lien avec les critères d'évaluation du stage.

Finalement, cette enseignante révèle que la lecture du rapport d'entrevues l'amène à réfléchir sur certaines réalités dans son vécu professionnel dont elle tiendra compte à l'avenir.

Avant de passer à l'étape suivante, nous rappelons au lecteur et à la lectrice que le rapport détaillé de la collecte de données se retrouve à l'annexe II.

3.3 Analyse et interprétation des données

3.3.1 *Plan*

Idée générale

Nous choisissons d'examiner les différentes données disponibles dans le rapport mentionné précédemment selon deux perspectives.

D'abord, notre réflexion se concentre sur les données émanant des entrevues effectuées auprès des acteurs du système pour en dégager des différences et des similitudes que nous jugeons prioritaires par rapport aux perceptions et aux attentes émises, en utilisant le modèle organisationnel de McKinsey présenté à la page 40 de ce travail.

Ensuite, nous le regardons dans une intention prospective, c'est-à-dire qui suggère et oriente l'étape planification du processus de recherche-action.

Pour ce faire, nous étudions ce rapport selon deux volets : celui de la chercheuse et celui du groupe d'intervenantes et de la chercheuse.

Ainsi, la chercheuse effectue un regroupement des données concernant les perceptions et les attentes des interviewées, les regroupe afin de dégager les commentaires convergents. Par exemple, nous regroupons l'ensemble des données relatives à la catégorie "structure" qui

sont mentionnées par les trois groupes d'intervenantes, nous en dégageons les points communs. Nous présentons ces données inscrites en caractères réguliers aux pages 95 à 101 de ce travail.

Par ailleurs, lors d'une rencontre regroupant des représentantes des trois catégories d'intervenantes, nous tentons, à l'aide du rapport synthèse en annexe II, de faire ressortir des éléments de consensus et d'envisager des pistes d'actions. Nous retrouvons certains points qui ont fait objet d'une entente lors de ces discussions et ils sont soulignés dans la partie de ce rapport, aux mêmes pages mentionnées précédemment.

En plus, considérant cette recherche dans un contexte évolutif, nous indiquons les données qui ont changé depuis la première collecte de données. Celles-ci sont identifiées en caractères italiques toujours en se référant à la même section de ce rapport.

L'organisation de la rencontre regroupant des représentantes de trois catégories d'intervenantes a nécessité des interventions tant au niveau organisationnel qu'au niveau pédagogique.

Niveau organisationnel

Les administrateurs du centre hospitalier et du collège sont sollicités pour collaborer à l'organisation d'une rencontre conjointe nécessitant la présence de praticiennes, d'enseignantes et d'étudiantes durant les heures de service afin que celles-ci puissent discuter sur l'ensemble du rapport regroupant les données de ces trois catégories.

Aussi, dans un nouveau contexte organisationnel par rapport à la planification de la démarche de recherche (voir schéma p. 49), nous jugeons indispensable de nous associer aux orientations du comité de collaboration collègue et milieu clinique qui se fixe comme mandat de renforcer et de structurer des liens constants, formels et fonctionnels avec les représentantes de la formation des milieux cliniques des centres hospitaliers de la région de l'Abitibi-Témiscamingue.

À ce moment-ci, nous décidons de présenter aux professeures siégeant sur ce comité, incluant les deux coordonnatrices du Département de soins infirmiers, l'état des démarches de recherche et l'objet de la rencontre avec les trois catégories d'intervenantes.

Niveau pédagogique

Ainsi, nous envisageons un échange entre les trois types d'intervenantes. Notre intention est de dégager un consensus au sujet des données du rapport global, des objectifs et des stratégies susceptibles d'accroître la collaboration entre les milieux concernés par la formation des étudiantes infirmières. Pour ce faire, il s'agit de solliciter la contribution des intervenantes qui ont participé à la phase "collecte des données". Ces personnes étant identifiées, nous leur remettons un texte qui regroupe les informations provenant des rencontres des trois types d'intervenantes et qui fait état de la démarche de réflexion suggérée (voir annexe II).

Les praticiennes sont sollicitées par appel téléphonique, les enseignantes, lors de réunions d'équipes et les étudiantes durant leur période de cours. Un rappel est envoyé à celles qui acceptent de participer à la rencontre et nous y joignons une invitation écrite, accompagnée du rapport global. La rencontre est animée par des représentantes des diff-

différentes catégories d'intervenantes. Nous invitons dix professeures, neuf étudiantes et seize praticiennes. Le choix s'est basé sur les horaires des professeures et des étudiantes et sur la disponibilité des praticiennes.

3.3.2 *Action*

Niveau organisationnel

La possibilité d'effectuer durant les heures de services, les rencontres entre les intervenantes des milieux cliniques comme du milieu collégial s'avère impossible à obtenir, compte tenu, selon les administrateurs, de l'utilisation de budgets que nécessite le remplacement du personnel infirmier, budgets déjà très limités en fin d'exercice financier et de la réticence à priver les étudiantes de leur cours, en libérant des professeures et des étudiantes pour assister à cette rencontre.

La collaboration se limite à une aide technique, tant de la part du C.H.R.N. que du C.A.T. : liste de personnel infirmier disponible, locaux, matériel.

En ce qui concerne le Comité de collaboration collège et du milieu clinique, certains membres manifestent de l'intérêt à participer à cette démarche.

La coordonnatrice du département, par contre, manifeste une réserve à libérer certaines étudiantes durant leur période de cours, invoquant la difficulté de reprendre un contenu théorique déjà condensé en fin de session.

Niveau pédagogique

La rencontre s'effectue durant les périodes de disponibilité des intervenantes, sauf pour des étudiantes de troisième année intéressées qui, après entente avec leur professeure, ont pu se libérer pour assister à cette rencontre. Elles ont repris les heures de cours avec leur professeure sur une base individuelle.

Nous avons pu regrouper quatorze personnes soient : trois praticiennes de l'unité de soins de médecine (2) et de chirurgie (1), cinq étudiantes de troisième année effectuant leur stage en médecine et chirurgie et six professeures, incluant la chercheuse, qui effectuent leur stage, dans les unités de soins de psychiatrie (2), d'obstétrique (1), de pédiatrie (1), de la salle d'opération (1) et de médecine (1).

Après une brève présentation de l'objet de la rencontre, les participantes se regroupent en deux équipes de sept personnes comprenant des intervenantes de chaque catégorie. Une enseignante anime le groupe et une autre rédige le compte rendu.

À l'aide du guide que nous retrouvons en annexe II, les participantes expriment leurs commentaires relatifs au rapport global et indiquent certaines orientations souhaitées.

La rencontre dure trois heures, soit plus d'une heure en équipe et plus d'une heure en plénière.

3.3.3 *Observation*

Nous constatons qu'il est difficile d'obtenir la participation simultanée des intervenantes.

Lors des rappels aux praticiennes, celles-ci invoquent la possibilité d'être demandées sur une liste de rappel, ce qui arriva pour plusieurs, effectivement, à la journée prévue pour la rencontre. Aucun autre motif n'explique clairement l'absence des autres intervenantes, à quelques exceptions près, tant pour les enseignantes que pour les étudiantes.

Les échanges, à notre avis, sont actifs et permettent même dans certains cas de resituer le contexte de la problématique.

Nous n'avons malheureusement aucune indication nous permettant de savoir si le rapport acheminé préalablement a été lu; aucun commentaire à cet effet n'a été soulevé. Par contre, toutes les personnes l'avaient en leur possession lors de la rencontre.

La participation des infirmières praticiennes et des étudiantes des unités de médecine et de chirurgie est à souligner à cette étape. Un autre tableau se présente, en ce qui regarde les enseignantes. Elles proviennent des unités de soins de psychiatrie, d'obstétrique et de pédiatrie. En évaluant, à partir des grilles-horaires, la disponibilité des enseignantes et des étudiantes, ce phénomène est explicable. Au sujet des praticiennes, la disponibilité des milieux dits "spécialisés" est peut-être plus précaire.

En ce qui a trait aux échanges proprement dits, la discussion a porté principalement sur des attentes précises qu'avaient les participantes. Par contre, il n'y a pas eu d'exercices proprement dits de comparaison entre les perceptions des trois catégories d'intervenantes pour identifier les similitudes et les différences; ce qui est fait par la chercheuse.

Nous présentons le compte rendu des échanges en maintenant la classification des données qui est utilisée dans le rapport synthèse à l'annexe II et qui permet, rappelons-le, une disposition des informations selon un sens propre aux organisations telle que mentionné aux pages 35 à 39 de ce rapport.

Aussi, nous les aménageons en fonction des perceptions des intervenantes et des attentes qu'elles manifestent vis-à-vis ces données.

A) *<Stratégies> : Élaboration d'une tactique permettant aux intervenantes concernées par la formation des étudiantes d'établir une meilleure communication.*

Perceptions

Divers phénomènes semblent indiquer que les étudiantes s'adressent davantage aux enseignantes qu'aux praticiennes, surtout en première année, à savoir, de la part des praticiennes, le manque de connaissance des objectifs de stages qui sont d'ailleurs différents à chaque groupe et à chaque année. Nous relevons aussi le manque de disponibilité de ces dernières.

En plus, nous croyons que le taux de rotation des professeures, des étudiantes et des praticiennes intervient dans cet état de fait. *La stabilité des professeures paraît s'être améliorée*, si nous considérons le laps de temps écoulé depuis le début de la recherche.

Attentes

Les trois catégories d'intervenantes souhaitent une meilleure collaboration à la formation tant au niveau pédagogique qu'interpersonnel. Par contre, cette collaboration consiste à offrir des situations cliniques intéressantes, à partager certaines activités cliniques et à discuter de l'état des clients.

Les praticiennes s'intéressent, en plus, au vécu de la stagiaire.

Celles-ci encouragent aussi la stabilité des professeures, surtout en première année, sans indiquer toutefois de façon précise la raison de cette demande, particulièrement en première année.

B) *<Structures> : Planification d'une structure organisationnelle dans un contexte de stages cliniques identifiant un mode d'interrelation formel et efficace.*

Perceptions

Il apparaît que la plupart des communications entre les intervenantes se produisent dans le sens praticienne-enseignante-étudiante sauf s'il s'agit de modalités d'interventions auprès du client. En plus, il semble que les messages ne soient pas toujours clairs entre la praticienne et la professeure, ce qui oblige la praticienne à répéter certaines consignes ou informations.

Les étudiantes se sentent à l'extérieur de l'équipe de soins et sentent une hiérarchie par rapport aux enseignantes et aux praticiennes (petites filles). Les praticiennes se sentent à l'extérieur de la formation.

Les praticiennes conviennent qu'elles ne sont pas responsables des démonstrations techniques, mais acceptent de bon gré que les stagiaires assistent lorsqu'elles font un traitement.

Attentes

Tant les praticiennes que les étudiantes souhaitent que ces dernières fassent partie de l'équipe de soins, particulièrement à partir de la deuxième année. Cette organisation peut même impliquer une supervision des stagiaires par les praticiennes. Les étudiantes se sentent un peu plus intégrée à l'équipe des soins.

Les enseignantes, de leur côté, suggèrent que la communication entre les praticiennes et les étudiantes soit clarifiée en vue de faciliter les apprentissages quoiqu'on mentionne une amélioration dans la clarté des messages.

C) <Systèmes> : *Établissement d'un plan formel de communication entre les intervenantes incluant des politiques et des procédures.*

Perceptions

Les praticiennes et les enseignantes rapportent que les étudiantes ne savent pas toujours quoi demander et à qui le demander. Les praticiennes se sentent très sollicitées.

Les étudiantes et les enseignantes rapportent que leurs plans de soins soient négligés par les infirmières et ces dernières se disent intéressées à voir apparaître les plans de soins des étudiantes au cardex : cette situation semble, selon les étudiantes présentes, s'être améliorée.

Les professeures estiment que les relations entre les intervenantes sont influencées par le type de clientèle existant dans l'unité de soins. Par exemple, il semble apparaître un plus grand rapprochement entre les intervenantes sur l'unité de pédiatrie.

Attentes

Toutes les catégories d'intervenantes souhaitent des rencontres formelles et informelles entre elles. Celles-ci permettraient de se connaître davantage et de s'approprier mutuellement les objectifs du programme, le contenu des stages, les exigences des milieux cliniques et les situations cliniques jugées pertinentes. A ce sujet, les enseignantes suggèrent que des événements autres que ceux reliés à la maladie du client fassent l'objet de situations cliniques comme, par exemple, les problèmes d'éthique.

Quant à elles, les praticiennes invitent les enseignantes à leur procurer les objectifs du stage.

En plus, elles réitèrent leur désaccord pour la tenue de rencontres cliniques au milieu de la journée, invoquant une rupture dans le déroulement des activités cliniques.

D) *<Personnel> : Identification de catégories d'intervenantes et leur rôle dans un contexte de stage clinique.*

Aucune mention sous ce titre.

E) *<Style> : Expression des manières d'agir entre les diverses intervenantes dans un contexte de stages cliniques.*

Perceptions

Nous remarquons de façon particulièrement évidente que les intervenantes se sentent en situation d'évaluation constante les unes par rapport aux autres.

Attentes

Les intervenantes souhaitent voir apparaître des comportements empreints de collaboration, de sens des responsabilités, de confiance mutuelle, d'entraide, tout en laissant place à l'autonomie. Les étudiantes invitent les praticiennes et les enseignantes à manifester plus de tolérance face aux essais qui se soldent par une erreur, en autant que cela ne soit

pas préjudiciable au client. Toutefois, ces dernières se sentent moins surveillées que ce n'est indiqué dans le rapport.

Les praticiennes manifestent leur intérêt à donner du feedback aux enseignantes au sujet du travail et du comportement des étudiantes.

F) <Savoir-faire> : Clarification des compétences nécessaires à l'établissement d'interrelations visant l'atteinte d'objectifs communs en stages cliniques.

Perceptions

Les différentes intervenantes expriment le sentiment de ne pas être respectées, d'être atteintes dans leur estime personnelle. À titre d'exemple, les étudiantes se sentent traitées en petites filles, les praticiennes se sentent de trop et "utilisées au maximum" et les enseignantes se sentent perçues par les praticiennes comme idéalistes et loin de la réalité du milieu.

Les étudiantes aiment voir auprès des praticiennes une autre façon de pratiquer que celle apprise au collège. Par contre, ces dernières s'interrogent sur la justesse de leurs interventions auprès des étudiantes. De plus, les praticiennes décrivent la compétence d'une enseignante en fonction des critères d'une praticienne.

Attentes

Les intervenantes souhaitent voir adopter, en plus de la compétence, des attitudes de tact et de réceptivité.

Les praticiennes mentionnent le besoin de voir respectée leur planification de travail et demandent que les professeures venant de l'extérieur reçoivent une meilleure initiation au milieu clinique.

G) *<Valeurs partagées, objectifs supérieurs> : Identification des valeurs qui orientent les comportements en terme d'interrelations entre les intervenantes.*

Perceptions

Les praticiennes et les étudiantes s'entendent pour souligner l'écart entre la pratique et l'enseignement des soins infirmiers.

Les enseignantes visent chez les étudiantes l'atteinte des objectifs du programme et le développement d'habiletés intrapersonnelles : autonomie, esprit critique, acceptation d'autrui.

Attentes

Les enseignantes souhaitent que l'activité clinique des étudiantes se produise dans un climat pédagogique, c'est-à-dire dans un contexte où les fonctions sont décloisonnées, tellement que les étudiantes à un moment donné ne distinguent plus l'écart entre l'enseignante et la praticienne, là où les infirmières s'intéressent à l'aspect pédagogique, s'impliquent et où les gens sont positifs. Dans ce contexte, il existe un rapprochement entre les intervenantes.

Les étudiantes s'attendent à une évaluation juste.

3.3.4 *Réflexion*

Même si l'étape analyse et interprétation vise au départ à faire ressortir les similarités et les différences entre les attentes et les perceptions des intervenantes concernées par la formation des étudiantes infirmières, nous réalisons que les participantes se présentent à cette rencontre avec des préoccupations et des attentes bien identifiées et ce trait apparaît plus évident encore chez les praticiennes.

Ainsi, le résultat de ces échanges démontre assez clairement que l'intérêt de l'ensemble des intervenantes pour une formation adéquate des étudiantes en soins est acquis. On remarque un souhait clairement exprimé de collaborer à l'atteinte de ce but.

Il est aussi manifeste que ces mêmes intervenantes constatent qu'il existe un écart entre la pratique et l'enseignement des soins infirmiers, qu'il y a un manque de connaissance des objectifs de stage chez les infirmières praticiennes, que les messages ne sont pas clairs entre les intervenantes, qu'on manque de temps pour communiquer.

Plusieurs estiment important de développer des attitudes interpersonnelles améliorant les relations entre elles et développant un climat de confiance réciproque et de collaboration plutôt que d'évaluation.

Pourtant, il existe à notre avis des éléments de base sur lesquels il y a des divergences et qui ne sont pas les moindres dans un contexte de formation professionnelle. Lorsqu'il s'agit d'objectifs, de rôles et de compétences, nous nous retrouvons au coeur du problème.

Comment peut-on communiquer efficacement si, à la base, nos préoccupations sont à ce point différentes? Nos réalités respectives, praticiennes, enseignantes et étudiantes, visent le même but : des infirmières compétentes!

Que signifie compétence pour chacune des intervenantes?

Pour la praticienne, il apparaît que c'est une professionnelle qui travaille avec efficacité, productivité et qualité, dans diverses situations et avec plusieurs clients, assumant des rôles différents selon le jour, le soir, la nuit, les fins de semaine et avec le plus d'autonomie possible. Elle donne un bon service d'aide à ses clients et voit aussi à l'organisation des soins dans son équipe, voire dans l'unité de soins.

Les étudiantes manifestent les mêmes préoccupations, croyons-nous, lorsqu'elles veulent devenir des "vraies infirmières". Elles connaissent les attentes du milieu de travail et elles veulent s'y préparer tout en gardant leurs "bons principes".

Les enseignantes, tout en étant conscientes des exigences du milieu de travail, voient la dimension compétence en soins infirmiers dans le sens des objectifs du programme de soins infirmiers. Ces objectifs comprennent tant le développement d'habiletés techniques que d'habiletés en engagement professionnel, en actualisation personnelle et professionnelle, en jugement clinique, en communication (fonctionnelle, pédagogique, thérapeutique) jugées nécessaires à l'exercice professionnel.

À ces divergences s'ajoutent celles qui correspondent aux notions de rôles des intervenantes : quel est le rôle de la praticienne, de l'enseignante et de l'étudiante?

On souligne dans le rapport ce désir d'intégration des étudiantes. Mais qui fera quoi? comment? et dans quel but? Quel est l'objet d'un stage clinique? En plus, il n'est pas nécessairement acquis que les praticiennes désirent s'approprier le rôle de supervision de stage auprès de la clientèle étudiante, de façon généralisée.

Aussi, de façon formelle, l'échange de compétences entre les intervenantes n'est pas du tout abordé.

Bref, améliorer la communication entre les intervenantes qui contribuent à la formation des étudiantes exige que nous nous penchions sur les différentes facettes que comporte cet objectif en considérant les commentaires exprimés dans le rapport des trois catégories, les rapports de validation des participantes et de la représentante externe.

Dans le contexte de cette recherche, nous le comprenons comme l'atteinte d'objectifs supérieurs et de valeurs partagées. Nous croyons donc qu'il y a nécessité chez les intervenantes de définir leurs conceptions des éléments qui nous apparaissent fondamentaux dans l'établissement d'une communication véritable entre elles, à savoir, la conception de la pratique des soins infirmiers, les objectifs de la formation infirmière, la nature des stages cliniques, le rôle de chacune des intervenantes.

Cette orientation est le résultat des réflexions des groupes d'intervenantes consultées et des propositions a posteriori de ce qui apparaît désirable, voire essentiel à l'atteinte de notre but. Cette orientation doit s'appuyer sur des interventions précises et réalistes, ce dont nous traiterons dans la prochaine section de ce rapport.

3.4 Plan d'action

Idee générale

Suite à la démarche d'analyse et d'interprétation effectuée auprès des participantes permettant de relever des perceptions et des attentes en rapport avec notre problématique, nous sommes en mesure de proposer un plan d'actions.

En plus, nous nous référons aux informations présentées dans l'annexe II afin de compléter cette planification en fonction des divers "leviers" de l'organisation à savoir : Stratégies, Structure, Personnel, Système, Style, Savoir-faire et Objectifs supérieurs.

Nous regroupons les informations en fonction de chacun de ces leviers dont découlent des objectifs spécifiques.

Tout en considérant la catégorisation précédente, nous distinguons trois niveaux de planification à savoir : politique, stratégique et tactique.

A) *Planification politique :*

La planification politique se définit comme la "détermination des orientations d'une organisation dans un environnement donné. Il s'agit de mission, de finalité, de philosophie, de raison d'être, de vision des choses". Dans le contexte de cette recherche, nous le comprenons comme l'atteinte d'objectifs supérieurs et de valeurs partagées. Ainsi, à partir de commentaires qui touchent des conceptions différentes de la pratique des soins, des rôles peu connus et peu compris des intervenantes concernées par la formation des étudiantes infirmière-

res, nous proposons une orientation à notre action tel qu'il est mentionné à la page 101 : créer un climat pédagogique, c'est-à-dire dans un contexte où les fonctions sont décroisées, tellement que les étudiantes à un moment donné ne distinguent plus l'écart entre l'enseignante et la praticienne, là où les infirmières s'intéressent à l'aspect pédagogique, s'impliquent et où les gens sont positifs.

Cette orientation rejoint aussi les réflexions et les recommandations du rapport de recherche Linda Bourget sur les stages de quatre programmes professionnels dont fait partie le programme de soins infirmiers.

"On peut en effet s'interroger sur la pertinence des objectifs, la réalisation et l'importance étant deux aspects contestés par les divers répondants et mettre en doute le rapport qui existe entre les stages actuels et la réalité professionnelle. Une meilleure utilisation des ressources des milieux de stage pourrait être envisagée comme un élément de solution. Il faut toutefois que le stage soit en continuité avec la formation collégiale. Pour cela, il importe d'assurer une bonne communication entre les différents acteurs."⁵¹

En parlant du mode d'encadrement, l'auteur souligne son importance primordiale et suggère pour l'enrichir : "Une meilleure définition du rôle et des responsabilités des partenaires éducatifs apparaît être un des aspects sur lequel il faut se pencher."⁵²

Il devient donc pertinent de planifier concrètement ces recommandations. Elles doivent s'appuyer sur des interventions précises et réalistes.

⁵¹ Linda BOURGET, *La richesse éducative des stages*, Rapport de recherche sur les quatre programmes professionnels, Coll. études et réflexions sur l'enseignement collégial, 1985-1986, La Commission de l'enseignement professionnel, Québec, janv. 1986, p. 102.

⁵² *Ibid*, p. 102.

B) *La planification stratégique :*

Pour arriver à cette vision de l'avenir, nous sommes maintenant en mesure de produire des stratégies, c'est-à-dire des plans généraux d'interventions, en tenant compte des éléments disponibles dans le rapport d'analyse, des objectifs relevés précédemment et des possibilités de l'environnement.

Détermination des orientations :

Ces objectifs, selon nous, favorisent une communication plus efficace ce qui réduit l'écart entre la pratique et l'enseignement des soins infirmiers. Nous les classifions en se référant à nouveau au tableau 2 de la page 41 "Adaptation du modèle de McKinsey "Les sept clés : les définitions" au contexte de stages cliniques en soins infirmiers".

Stratégies : Favoriser la présence des mêmes intervenantes, aussi bien praticiennes qu'enseignantes dans les unités de soins.

Cet objectif découle des commentaires qui font état du degré élevé de rotation chez les professeures, les infirmières et les étudiantes ayant comme conséquence, selon elles, de manque de continuité dans le déroulement des stages et un manque de réceptivité réciproque se manifestant par de l'insécurité.

Structure : Intégrer les étudiantes dans les équipes de soins à différents degrés selon les différents niveaux.

Cette proposition vise à favoriser le décloisonnement des fonctions entre les intervenantes, à diminuer le sentiment d'être à l'extérieur, selon le cas, du domaine de la formation ou de la pratique.

Personnel : Envisager la création d'équipe d'infirmières junior et sénior dans une équipe de soins.

Cette dimension n'a pas été abordée telle qu'elle par le groupe. Tout de même nous la retenons considérant les commentaires contenus à la page 11 de l'annexe II qui mentionnent qu'une infirmière pratiquant de façon permanente dans une unité de soins est plus informée du déroulement des stages qu'une infirmière travaillant sur l'équipe volante, celle-ci ayant à changer d'unité de soins régulièrement. De ce fait, selon les commentaires, la praticienne plus stable sur une unité démontre une attitude plus réceptive à l'égard des étudiantes et des enseignantes.

Système : Organiser des moments d'échanges formels et informels entre les intervenantes.

Plusieurs participantes considèrent que les messages entre les intervenantes ne sont pas clairs, que chacune ne sait pas nécessairement quoi dire à qui. Ainsi, le groupe propose qu'il y ait un effort pour répondre à des besoins de cet ordre particulièrement en ce qui a trait aux objectifs et au contenu véhiculé lors des stages cliniques et aux concepts propres à la pratique des soins infirmiers.

En plus, les participantes souhaitent que les intervenantes s'intéressent davantage à leur vécu respectif : mieux se connaître favorise les interrelations.

Style : Susciter un climat de collaboration qui tienne compte des attentes exprimées en termes d'attitude de respect, d'acceptation et d'entraide.

Lorsque nous nous référons aux attentes des participantes exprimées telles : collaboration, confiance, entraide, etc..., nous considérons l'importance de cet objectif pour aménager un terrain propice à une communication efficace.

Savoir-faire : Identifier et enrichir le rôle et la compétence, propres à chaque catégorie d'intervenantes.

Cet objectif découle de remarques mentionnant le type d'intérêt des praticiennes par rapport à la formation des étudiantes infirmières. Par exemple, nous notons leur désir de donner au professeure un feedback au sujet de l'activité des étudiantes en stage, nous relevons leur incertitude au sujet de l'exactitude des renseignements craignant qu'ils ne soient pas en accord avec les enseignements de la professeure. Finalement, les commentaires qui reflètent une perception différente de la pratique des soins infirmiers se traduisent par un discours dissemblable entre les intervenantes.

Choix de stratégies :

Les objectifs étant déterminés, il faut identifier l'ordre dans lequel ils seront traités, ce qui signifie les préalables, les priorités et les contraintes et proposer des échéanciers à long, moyen et court terme, au plan administratif et pédagogique.

*Niveau pédagogique**Priorités et séquences*

Nous précisons que les intervenantes cibles sont les étudiantes de première année du cours 180-110 et de troisième année du cours 180-610-620. Ces cours correspondent à des degrés différents d'habiletés soit les assises et l'intégration. Leurs stages se déroulent dans des unités de médecine et de chirurgie ainsi que dans certaines unités spécialisées. De plus, l'encadrement est différent, considérant que les étudiantes de première année ont actuellement une supervision directe de la professeure et qu'en troisième année, cette supervision favorise l'autonomie professionnelle. Ainsi, vers la fin de son cours, l'étudiante est de plus en plus intégrée à l'équipe de soins. De là l'importance pour les intervenantes de s'ouvrir, en tout premier lieu, à une "culture organisationnelle".⁵³

Nous croyons que le succès d'une démarche, surtout si celle-ci provoque des changements importants dans la façon de voir et d'agir des membres, se base au préalable sur une appropriation d'une vision intégrée de l'objet de l'activité, ce qui veut dire que les membres considèrent essentielles et significatives les énergies qu'ils déploient pour atteindre un but commun.

Le contexte dans lequel nous nous situons est doublement exigeant en ce sens qu'il implique des intervenantes qui, à la base, appartiennent à divers systèmes organisationnels possédant des caractéristiques spécifiques et pas nécessairement en harmonie les uns avec les autres.

⁵³

Définition à la page 36 de ce rapport.

De ce fait les praticiennes, les enseignantes et les étudiantes doivent se concerter pour développer une vision commune de la pratique de la profession infirmière tant dans l'enseignement que dans la pratique des soins infirmiers. À partir des valeurs et des croyances des individus en cause, nous croyons possible de déterminer les principes de base de notre action commune et de définir une sorte de "crédô". De là, la possibilité de mettre en oeuvre une série d'actions répondant aux attentes des intervenantes.

Ainsi, nous privilégions comme premier objectif :

"Que les intervenantes définissent clairement leurs conceptions sur les éléments suivants qui nous apparaissent fondamentaux pour établir une communication véritable entre elles : la conception de la pratique des soins infirmiers, les objectifs de la formation infirmière, la nature des stages cliniques."⁵⁴

Un autre objectif, préalable à des actions concrètes est : "de maintenir un climat de collaboration, de confiance et de respect dans chacune de nos interventions. Ces attentes ont été clairement exprimées par chacune des catégories d'intervenantes."

Ayant progressé vers cette "harmonie" au niveau des idées et des attitudes, nous pouvons considérer des objectifs à moyen terme, c'est-à-dire la clarification du rôle des intervenantes dans ce contexte et la délimitation des compétences reliées à chacun d'eux.

Une autre proposition a retenu l'attention des membres lors de la rencontre simultanée des trois catégories d'intervenantes : il s'agit d'intégrer les étudiantes aux équipes de soins. Cette demande comporte des avantages certains en termes de rapprochement avec les membres et les activités des milieux cliniques, mais aussi des inconvénients comme, pour n'en

⁵⁴

Mary Sue INFANTE, *op. cit.*, p. 128-146.

nommer qu'un, l'éloignement que l'étudiante peut prendre par rapport à ses objectifs de formation.

Par contre, nous croyons intéressant de suivre cette direction en considérant les étapes préalables qui viennent d'être mentionnées. Il est même possible d'envisager à long terme une organisation modifiée de la structure de l'équipe de soins qui pourrait voir apparaître des infirmières juniors et des infirmières seniors.

Parmi les moyens suggérés lors de la collecte de données, nous retenons celui qui nous apparaît envisageable à long terme, à savoir : "Favoriser la stabilité des intervenantes". Nous convenons que dans un processus de ce genre, il est désirable de maintenir une stabilité des membres, car nous nous retrouvons régulièrement à la case "un" de cette démarche.

Niveau organisationnel

La porte d'entrée de ce niveau d'interventions s'avère être le Comité consultatif du collègue et du milieu clinique (C.C.C.M.C.). Ce comité rejoint les responsables de coordination du département de soins infirmiers et la responsable de la formation des milieux cliniques.

Nous nous limitons principalement au Centre hospitalier Rouyn-Noranda. Il s'agit, pour les fins de cette recherche, des unités de soins de médecine et de chirurgie où les étudiantes auront une supervision, soit immédiate, soit éloignée de la part de leur professeure selon leur niveau d'apprentissage. Les étudiantes qui effectueront leur stage dans les unités de soins d'urgence, de soins intensifs, de cliniques externes, de gynécologie, de soins prolongés, de psychiatrie, auront une supervision éloignée.

Le but d'une intervention auprès de ces responsables est de les sensibiliser à la nécessité d'impliquer les gens qui travaillent sur ces unités de soins à une action commune.

C) *La planification tactique :*

Il s'agit maintenant de traduire les stratégies globales en propositions opérationnelles; il s'agit de proposer un modèle aux intervenantes concernées par la formation des étudiantes infirmières.

Nous nous concentrons sur des activités à court et à moyen terme, donc deux étapes : une à l'automne '90 et l'autre à l'hiver '91, la première étant une phase préparatoire et la seconde une phase expérimentale.

Tout d'abord, nous devons franchir certaines étapes au niveau organisationnel.

Niveau organisationnel

Les buts de ces interventions sont de présenter les objectifs, le plan d'action et, éventuellement, prévoir l'organisation matérielle et physique de l'action.

La première étape consiste à rencontrer les membres du Département des soins infirmiers du collège siégeant sur le C.C.C.M.C.

L'objectif est de suggérer la planification et, si adoptée, la présenter à la responsable de la formation dans un délai d'une quinzaine de jours.

L'intervention auprès de la responsable de la formation au C.H.R.N. vise à rendre applicables les propositions à soumettre aux instances supérieures de son institution.

Selon le résultat des étapes précédentes, une rencontre s'impose auprès des infirmières chefs d'unité pour leur présenter les objectifs, le plan d'action et les attentes reliés à cette démarche.

Ces étapes doivent être franchies à la mi-novembre.

L'argumentation qui sera présentée à ce moment-là consistera à convaincre tant les administrateurs que les responsables, à quelque niveau que ce soit, de quelque institution que ce soit, de la nécessité de s'impliquer de part et d'autre dans la formation des étudiantes infirmières.

Niveau pédagogique

En présumant que les objectifs ont été atteints au niveau précédent, nous envisageons les étapes du niveau pédagogique, c'est-à-dire celles qui réfèrent aux intervenantes. Nous prévoyons en plus un plan d'observation et d'évaluation.

Quand? Quoi?

Mi-novembre : rencontres avec les trois catégories d'intervenantes afin de discuter du rôle du stage dans la formation infirmière et des conditions favorisant une meilleure communication.

Début décembre : avec les mêmes groupes, nous discutons du rôle des partenaires dans la formation.

Mi-décembre : toujours avec les mêmes intervenantes, nous élaborons une proposition de fonctionnement pour l'hiver 1991.

Qui?

En demeurant cohérent avec la démarche de participation fixée dès le début de cette recherche, il convient de retenir la participation tant de praticiennes, de professeures que d'étudiantes.

Ainsi, nous souhaitons la participation des infirmières chefs d'unité, des assistantes infirmières chefs des unités de soins de médecine, de chirurgie, de soins intensifs, de salle d'urgence, de cliniques externes, de gynécologie, de soins prolongés, de psychiatrie.

Il est nécessaire aussi d'obtenir la participation des professeures qui enseigneront à la session d'intégration et de soins infirmiers à l'hiver 1991, c'est-à-dire les cours correspondant aux assises et à l'intégration du programme en soins infirmiers.

Finalement, nous tentons d'obtenir la présence active des étudiantes qui suivront ces cours.

Chaque groupe comprend cinq à six étudiantes, quelques enseignantes, six à huit praticiennes, la responsable de la formation et la coordonnatrice des stages.

Les moments possibles de réunions durant la journée :

1ère possibilité : groupe 1 : 11h à 11h45

groupe 2 : 13h à 13h45

2e possibilité : groupe 1 : 1er dîner : une heure

groupe 2 : 2e dîner : une heure.

Quel endroit?

Les deux choix exigent une salle de réunion pouvant contenir quinze à vingt personnes. Si les rencontres se produisent lors du dîner, soit qu'un lunch soit disponible sur place, soit que les participantes apportent leur dîner de la cafétéria, cette dernière option limitant de beaucoup la durée de la rencontre.

Comment?

Dans toutes ces étapes reliées au plan d'action, il est nécessaire de préciser le rôle de la chercheuse.

En réalité, il s'agit principalement dans ce contexte d'échanges, de fournir les éléments de discussion en fonction des objectifs proposés précédemment. Nous pouvons tout au moins proposer le manuel de Sue Infante⁵⁵, les recommandations de Linda Bourget⁵⁶, les sug-

⁵⁵ Mary Sue INFANTE, *op. cit.*, p. 128-146.

⁵⁶ Linda BOURGET, *op. cit.*, p. 138-146.

gestions de Johanne Turcotte⁵⁷ qui apportent des éléments de réflexions en ce qui concerne les stages cliniques et qui nous apparaissent très appropriés. Aussi, elle doit voir à l'organisation, à l'animation et à la communication des résultats des échanges.

Enfin, ce plan d'action ne fait pas abstraction des contraintes que nous rencontrons au cours de cette phase de la recherche. Ce sont, en grande partie, les mêmes que nous retrouvons aux étapes précédentes : les préoccupations différentes des intervenantes, la lourdeur de leur tâche et conséquemment leur disponibilité, les effets de la loi 160 sur le dynamisme des gens en milieu clinique.

Sans tomber dans un optimisme exagéré, nous croyons qu'il est possible de se rencontrer afin d'échanger et de prendre des décisions sur différents points essentiels à la pratique et à la formation en soins infirmiers; cela a été possible, à différents degrés, aux étapes collecte de données et analyse et interprétation. Nous croyons que ces mêmes personnes souhaitent qu'il y ait un suivi. "Est-ce encore un questionnaire qui n'aboutira à rien?" exprime très bien leur crainte.

Quoi qu'il en soit, il nous apparaît impossible de continuer à travailler parallèlement et souvent de façon divergente, et de se priver ainsi mutuellement de ressources et de compétences réciproques. Les étudiantes ont besoin d'un consensus dans la pratique et l'enseignement des soins infirmiers. Cela est encore plus présent depuis que les objectifs du programme de soins infirmiers imposent une implication des étudiantes de façon plus concrète dans les équipes de soins.

⁵⁷

Johanne TURCOTTE, "Rôle de l'enseignante en milieu clinique", tiré du journal de l'Association des enseignantes et enseignants de Soins infirmiers des collèges du Québec, mars 1990, p. 1.

Lorsque nous consultons un texte produit par le C.H.R.N. en 1972⁵⁸, nous y retrouvons une place bien précise des étudiantes au sein de l'équipe de soins. Nous croyons, sans vouloir ingérer, participer à la précision du rôle des membres de l'équipe de soins et de la professeure dans le contexte de la formation.

Nous croyons fermement que ces actions d'échange et de planification ne pourront qu'apporter un souffle d'énergie à plusieurs personnes concernées.

Toutes ces étapes sont déterminantes pour le suivi de l'action proposée.

Au terme de ces démarches de planification, notre réflexion porte sur l'efficacité de notre démarche de recherche en regard de la problématique énoncée au début de ce travail.

Conclusion

Cette étape de la recherche constitue, selon nous, le moment où les intervenantes se sont impliquées dans une réflexion visant l'avancement de la formation en soins infirmiers.

Durant la plus grande partie de ces rencontres, les mêmes personnes ont interagi à différentes phases de cette recherche, assurant une certaine continuité dans le discours.

Nous constatons en plus qu'il y a une convergence évidente entre la description de la situation problématique de la chercheuse et les perceptions des intervenantes interviewées.

⁵⁸

Ce texte est disponible auprès de la Direction des soins infirmiers du Centre hospitalier Rouyn-Noranda.

Toutefois, il s'avère que les précisions apportées lors des échanges indiquent une orientation à la planification d'une action commune.

En plus, les décisions prises conjointement ne peuvent, selon nous, que provoquer une synergie dans l'action à entreprendre ce qui constitue un phénomène apparemment inévitable entre les acteurs impliqués dans un processus de recherche-action.

4. RÉFLEXIONS SUR L'ENSEMBLE DU PROCESSUS DE RECHERCHE

Dans ce chapitre, nous présentons une réflexion sur l'ensemble du processus de recherche. Nous traiterons de la recherche-action, de la problématique, du contexte de la recherche, des objectifs et des outils de recherche utilisés.

Ces dimensions n'apparaissent pas nécessairement dans l'ordre cité précédemment car nous utilisons la grille d'analyse de la recherche-action de Morin-Landry⁵⁹.

À cet effet, nous présentons une brève description de cette grille qui permet d'examiner une recherche et de la situer sur un continuum d'une plus petite à une plus grande recherche-action.

Mentionnons d'abord la définition opérationnelle de la recherche-action retenue par Morin⁶⁰.

"La recherche-action intégrale porte à la fois sur les actions d'un groupe, s'accomplit pour un groupe et est réalisé par les acteurs du groupe. Elle n'est pas une simple recherche appliquée, ni une recherche dépendante d'une idéologie militante aveugle. Elle cherche à la fois l'explication, l'application et l'implication."

C'est à ces trois niveaux, selon une plus ou moins grande participation des acteurs qu'on aura plus ou moins une recherche-action véritable qui se différenciera des autres types de recherche."

⁵⁹ André MORIN, *"La recherche-action en éducation : de la pratique à la théorie"*, Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal, Section de technologie éducationnelle, Montréal, 1986, p. 231.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 180.

À partir de cette conception de la recherche-action, il nous est permis d'explorer davantage notre intervention de recherche en utilisant le modèle d'analyse de cet auteur.

Grille d'analyse de Morin-Landry

Suite à une étude portant sur la recherche-action en éducation, Morin nous présente une grille d'analyse dans laquelle apparaissent cinq catégories : le contrat, la participation, le changement, le discours et l'action.

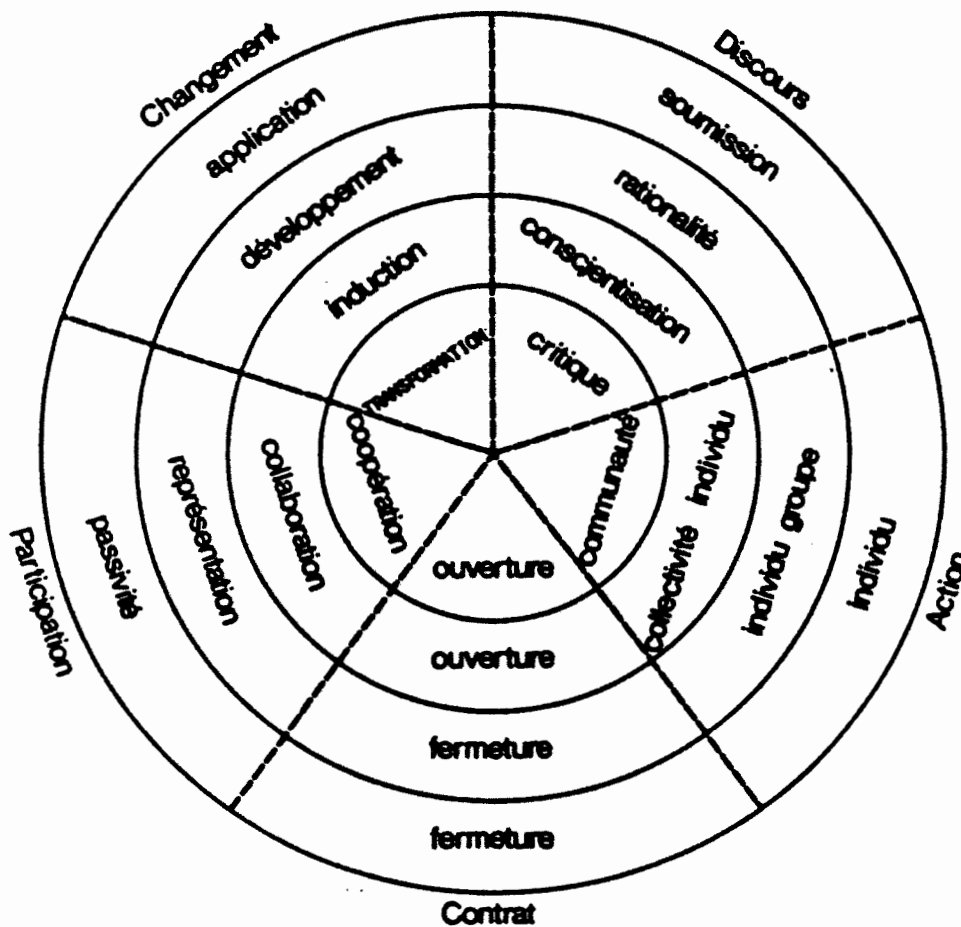
Lorsque nous examinons le schéma "Nouvelle grille, la recherche-action", à la page suivante, nous remarquons une dynamique de la recherche-action qui devient plus totale et globale, plus systémique et dynamique au fur et à mesure que les caractéristiques de la recherche en cause la dirigent vers les deux plus petits cercles.

Par exemple, lorsque le contrat adopte un style fermé c'est-à-dire une participation plutôt passive, il se produit un changement de l'ordre de l'application d'une connaissance théorique auquel on doit se soumettre ce qui implique une action individuelle de la part du chercheur. Cette situation est la plus éloignée des caractéristiques de la recherche-action qui veut impliquer tant le chercheur que les acteurs dans le processus de recherche.

Aussi, lorsque le contrat est ouvert, la participation est davantage de collaboration voire de coopération pour produire un changement émergent d'une exploration pour aboutir à une réflexion conscientisante.

SCHÉMA 7

NOUVELLE GRILLE



LA RECHERCHE-ACTION

A. MORIN/C. LANDRY

Source : André MORIN, La recherche-action en éducation : de la pratique à la théorie, Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal, 1986, p. 231.

C'est dans ce contexte que nous analysons notre démarche de recherche. Au fur et à mesure que nous définissons les concepts propres à cette grille, nous apportons les éléments nous permettant de situer notre processus de recherche.

a) *Le contrat*

Selon Morin (1986, p. 325), la recherche-action nécessite un contrat qui se définit par une négociation, une entente acceptée délibérément entre les parties en cause. Ce contrat doit être ouvert, c'est-à-dire flexible et souple mais précis dans les buts, les rôles et les tâches de chacun.

Notre démarche de recherche peut se qualifier à un niveau "ouvert" car il sollicite à toutes les étapes la participation des intervenantes qui s'intéressent à la problématique. La chercheuse la présente aux intervenantes et leur suggère une orientation méthodologique facilitant cette démarche.

Cette participation est recherchée à deux niveaux, soient organisationnel et pédagogique. Il apparaît que la négociation au niveau organisationnel était plutôt fermé dans le sens qu'elle requérait des approbations, donc d'un niveau plus passif.

Ce support indispensable mais indirect s'est manifesté de façon particulière auprès des chefs d'unités de soins afin que celles-ci facilitent l'organisation des rencontres avec des infirmières praticiennes. La chercheuse n'a pu établir une entente directe avec ces dernières. Ainsi, lors des entrevues de collecte de données, les participantes se sont présentées avec un objectif différent de celui proposé par la chercheuse. Il fallut renégocier le contrat et s'assurer qu'il correspondait à certaines de leurs préoccupations.

Nous croyons que cette démarche est indispensable dans un contexte où l'on désire obtenir la collaboration des intervenantes d'autant plus qu'il s'agit d'une démarche impliquant trois catégories d'intervenantes à savoir les infirmières praticiennes, les infirmières enseignantes et les étudiantes infirmières exerçant leur profession dans des milieux différents.

b) *La participation*

La deuxième catégorie de la grille d'analyse correspond à la participation. Sa qualité dépend, selon Morin (p. 324), des relations établies entre le chercheur et les acteurs; il n'y a pas de hiérarchie entre les intervenants. Plus il y a de la coopération et de la collaboration entre les acteurs plus la recherche s'oriente vers une recherche-action. Ces niveaux de participation sont plus accessibles lorsque le groupe est homogène.

En plus, cette participation suppose un engagement personnel, elle s'inscrit dans une relation de dialogue. Dans ce contexte, le praticien apporte des éléments de réflexion à la recherche.

À un certain degré, cette présente recherche se rapproche de certaines caractéristiques de la recherche-action du fait qu'elle entretient un dialogue avec les intervenantes du niveau pédagogique.

Que ce soit lors des rencontres visant une collecte de données effectuées sous forme d'entrevues semi-structurées ou lors de rencontres ayant comme but d'analyser, d'interpréter des données et de prendre des décisions sous forme de discussions d'équipes, les échanges ont permis de faire ressortir les perceptions des participantes au sujet des relations qui existent entre les intervenantes concernées par la formation des étudiantes infirmières. Ces

participantes ont partagé leurs expériences personnelles vécues lors des stages cliniques et ont fixé ensemble des objectifs visant à établir une meilleure communication entre ces intervenantes.

Cet échange s'est poursuivi entre les participantes et la chercheuse sous forme de rapport écrit à partir duquel toutes les participantes étaient invitées à porter des commentaires afin de vérifier la conformité des données avec les échanges et d'apporter, au besoin, d'autres perceptions.

L'aspect hiérarchique fut pris en compte non pas au niveau des praticiennes, des enseignantes et de la chercheuse, mais plutôt ces dernières par rapport à la catégorie des étudiantes infirmières. Il aurait pu se manifester une certaine réserve particulièrement lorsque la rencontre regroupait les trois catégories de participantes car les étudiantes mentionnaient lors de rencontre portant sur la collecte de données, le caractère évaluatif des relations entre les intervenantes. Cette perception aurait pu se transférer dans le contexte de la démarche de recherche. Toutefois, nous constatons que celles-ci manifestaient un discours ouvert et critique à l'égard de la situation problématique.

De plus, nous avons constaté l'engagement particulier des participantes lors de l'activité visant l'analyse, l'interprétation des données et la prise de décisions. Il leur a fallu prendre encore davantage de leur temps de disponibilité personnelle pour participer à cette rencontre.

Dans un autre ordre d'idées, il s'agit de préciser l'implication de la chercheuse en regard de cette dimension de la grille. Son rôle se situe particulièrement au niveau de l'organisation et de la mise en action de la démarche de recherche. À ce sujet, elle utilise le modèle de Kemmis et McTaggart qui propose une démarche qui s'inscrit harmonieusement

dans une approche de recherche-action en fonction des étapes de planification, d'action, d'observation et de réflexion.

En plus, elle suggère aux participantes un modèle de communication afin de faciliter les échanges sur la problématique lors des rencontres réservées aux entrevues semi-structurées.

Étant partie prenante de la situation problématique en raison de son statut d'infirmière enseignante, la chercheuse a dû s'assurer d'une compréhension du discours plutôt que d'une orientation idéologique surtout lors des rencontres d'entrevues durant lesquelles elle assumait le rôle d'interviewer.

À partir de ces faits, nous concluons que la participation dans la démarche de recherche qui nous occupe se qualifie de type collaboratif.

c) *Le changement*

Cet élément ressort comme l'objet essentiel et la finalité de la recherche-action. Toujours selon Morin (1986, p. 279), cet objectif est visé tant dans le discours que dans la pratique. Il est perçu comme un idéal. La difficulté réside à reconnaître la nature du changement. En fait, le changement est inscrit dans la nature même de la recherche-action. Selon J. Pirson-Declerc cité par Morin (1986, p. 282), la recherche-action oblige *"l'institution à se donner un espace-temps où peuvent se réfléchir des problèmes, des blocages, des tensions. En d'autres termes, la procédure de recherche-action bouleverse le formalisme institutionnel et permet l'explication des non-dit. C'est une recherche qui se veut transformatrice dans le sens que les intervenants sont capables d'orienter et d'intervenir dans*

leur pratique.” Le minimum qu'on pourrait demander à une recherche pour qu'elle opère un changement, c'est de renvoyer les résultats au milieu.

Notre recherche a permis aux participantes de s'arrêter sur la situation qui se produit en stages cliniques, de s'interroger au sujet de la nature, des forces et des faiblesses des relations entre les intervenantes et finalement de converger vers des propositions d'actions communes que nous retrouvons aux pages 107 à 109 de ce travail.

Cette réflexion a été poursuivie lorsque les résultats des activités de la collecte de données et d'analyse et d'interprétation de ces données ont été acheminés à toutes les participantes. À partir des remarques des répondantes, car la chercheuse sollicitait des commentaires par rapport à ces données, nous pouvions remarquer des confirmations, des clarifications relatives au rapport produit. Même certaines répondantes mentionnaient que certains aspects contenus dans ces rapports ne leur étaient apparu si évidents et que dorénavant, elles porteraient davantage attention à certaine situation. Ce genre de commentaires est apparu également chez les infirmières praticiennes, les infirmières enseignantes et les étudiantes infirmières.

Toutefois, il aurait été profitable d'associer davantage les intervenants(es) du niveau organisationnel afin de faciliter la continuité du projet de recherche. Concrètement, il aurait été souhaitable, avec la permission des participantes au niveau pédagogique, de transmettre les résultats de chaque étape de la recherche effectuée.

Pour ces motifs nous considérons cette démarche de type inductif.

d) *Le discours*

Cette dimension permet justement le lien entre la recherche et l'action. À cet endroit, les acteurs sont des praticiens qui réfléchissent en se référant à l'ensemble d'expériences que leur terrain d'activités leur permet. À ce titre, les participants impliqués dans un processus de recherche-action, inscrivent leur valeur liée à leurs expériences personnelles à leur vécu et tous délimitent et assurent l'orientation de l'action.

Dans ce contexte, le chercheur doit se saisir comme impliqué dans le champ et peut faire abstraction du vécu des sujets et du sien propre.

Finalement, il faut éviter de tuer un discours spontané par des techniques très rationnelles auxquelles les participants n'ont pas collaboré.

Dans la recherche qui nous concerne, notre préoccupation était de laisser émerger le plus librement possible les réflexions, les perceptions des intervenantes sur la problématique présentée. La technique de l'entrevue semi-structurée a permis le dialogue. L'organisation des entrevues par catégories se voulait aussi une stratégie permettant un échange d'idées entre les participantes de chacune des catégories pour favoriser, dans un deuxième temps, un partage de ses perceptions entre les participantes des trois catégories. Nous croyons que cette graduation a suscité un phénomène de rétro-action entre l'étape de la collecte et l'étape de l'analyse et de l'interprétation et facilité un mouvement vers un consensus démocratique.

En examinant les résultats des deux activités à savoir : la collecte de données et l'analyse et l'interprétation, nous constatons que les participantes ont pu réfléchir à la situation

problématique en se référant à leur pratique professionnelle et formuler des propositions d'actions en rapport avec le milieu dans lequel elles exercent leur fonction.

Aussi, lors des rencontres d'analyse, la chercheuse a proposé un outil voulant faciliter l'appropriation des données de façon systématique et les échanges entre les participantes. À notre avis, ce fut peu utilisé, les participantes se référant à leur préoccupation principale que nous retrouvons aux pages 95 à 101 de ce travail. En fait, nous croyons que les participantes n'avaient pas la préoccupation de faire une démarche au niveau d'un concept organisationnel celui-ci d'ailleurs ne leur étant présenté que brièvement dans le rapport d'analyse qu'elles ont reçu.

Nous pouvons qualifier cette catégorie au niveau "conscientisante" car les participantes ont réfléchi sur la problématique et apporté des propositions pour améliorer la situation en se référant à leurs expériences professionnelles.

e) *L'action*

Toujours selon Morin (1986), l'action doit se centrer au coeur du processus de la recherche-action. Elle est avant tout communautaire et pour être efficace elle tentera d'obtenir le consensus de tous de façon démocratique impliquant un minimum de collaborateurs.

En fait, l'action est le produit de la décision du groupe sur les intérêts du groupe nécessitant la collaboration aux décisions.

Dans ce contexte, l'implication du chercheur signifie dans un sens, l'action que le chercheur peut susciter chez le groupe dans lequel il intervient. Elle est ouverte dans la mesure où elle laisse aux participants une liberté d'action.

Dans la démarche de recherche qui nous intéresse, nous constatons que les interventions de recherche se sont effectuées au niveau du groupe à savoir : les infirmières praticiennes, les infirmières enseignantes et les étudiantes infirmières. Il y a eu entente avec les participantes et la chercheuse qui ont travaillé ensemble tant au niveau de la collecte de données, de l'analyse et interprétation que de la prise de décision en apportant le fruit de leurs expériences respectives et en est arrivé collectivement à une prise de décision au sujet d'intervention pouvant être appliquée dans le milieu clinique.

À ce titre, nous situons cette catégorie au niveau de collectivité individu.

Ainsi, la grille d'analyse de Morin-Landry nous a permis de faire le point sur certains aspects de la recherche-action effectuée. Elle souligne les niveaux auxquels la chercheuse peut se référer pour qualifier la recherche effectuée dans un cadre qui ne pouvait, selon elle, faire abstraction des intervenantes du milieu dans lequel l'action pouvait se produire. C'aurait été une entreprise purement intellectuelle ne pouvant s'appuyer sur les expertises et l'implication des gens concourant directement à l'activité éducative auprès des étudiantes infirmières de niveau collégial.

CONCLUSION

Ce travail fait état du déroulement et des résultats d'une démarche de recherche ayant comme problématique un écart entre la conception de la pratique et de la formation en soins infirmiers qui est maintenu en bonne partie par un manque de communication véritable entre les formateurs dans les milieux concernés.

Tout ce processus de recherche s'articule à partir d'une conception de recherche-action de type participative. À ce titre, les intervenantes concernées par la formation des étudiantes infirmières s'impliquent dans la réflexion et la prise de décision concernant la problématique.

Ainsi, à partir d'entrevues de type semi-structurées et de discussions d'équipe et de révision de rapports d'entrevues, les participantes émettent leurs perceptions au sujet de la situation problématique en s'appuyant sur leurs expériences professionnelles. Ces exercices sont d'une grande richesse.

D'une part, ces échanges permettent de relever des aspects de la situation problématique qui ne sont pas évidents en soi. Par exemple, il s'agit de constater que les stages cliniques présentent une dynamique particulière en raison soit de l'âge de la clientèle hospitalisée, soit de la structure de l'équipe de soins ou soit du type d'unité de soins sur lesquels s'effectuent ces stages. Ces facteurs influencent les liens entre les intervenantes impliquées dans les stages. En examinant le rapport d'entrevues à l'annexe II et le rapport de discussions d'équipe des pages 95 à 101, nous sommes en mesure d'apprécier l'ensemble des informations recueillies.

D'autre part, ces entrevues et plus particulièrement, les discussions de groupe incitent les intervenantes impliquées dans la démarche à communiquer leurs perceptions et leurs attentes par rapport à la situation des stages cliniques; ces interactions permettent d'atteindre un consensus au sujet de la problématique et d'un plan d'action. Il y a déjà un pas important de fait vers une communication véritable.

En fait, à partir de ce concept, nous identifions des faits qui influencent les interrelations entre les intervenantes concernées par la formation. Nous remarquons que les limites à la communication entre elles s'inscrivent au-delà des aspects purement structurel et fonctionnel de la communication à savoir : distance physique, horaire incompatible, manque de temps, structure des équipes.

Il s'agit aussi d'un manque de satisfaction de besoins d'ordre socio-affectif qui s'exprime dans le désir d'être respecté, d'être écouté, d'être accepté, pour n'en nommer que quelques-uns.

Finalement, nous confirmons une distance entre la préoccupation de l'infirmière praticienne et l'infirmière enseignante sur la finalité d'un stage clinique.

L'ensemble de ces éléments nous incitent à adopter une priorisation dans notre plan d'action. Pour ce faire, un modèle des organisations de type japonais accorde une attention particulière aux aspects souples d'une structure d'une entreprise. C'est dans ce sens que nous accordons une place importante aux besoins exprimés par les intervenantes tant aux niveaux des styles, des valeurs, du savoir-faire, qu'au niveau du système, stratégies, des structures.

C'est dans ce contexte aléatoire que le modèle de Kemmis et McTaggart est un outil précieux de recherche. Il permet, par son caractère cyclique de tenir compte des éléments de l'étape précédente pour effectuer des choix influençant l'orientation de la démarche de recherche.

Aussi, l'examen des données recueillies à l'étape collecte de données nous conduit judicieusement à l'adoption d'un modèle d'organisation des actions qui tient compte de l'ensemble des besoins exprimés par les participantes.

Finalement, en terme de résultats de cette recherche, il est significatif de constater dans le plan d'action des interventions nécessitant la participation des trois types d'intervenantes pour ne nommer que l'intégration des étudiantes à l'intérieur du système d'équipe en vigueur sur les unités de soins et la volonté de partager une conception de la pratique des soins infirmiers, les objectifs de formation et la nature des stages cliniques.

Bien qu'à cette date, nous ayons expérimenté l'intégration des étudiantes de sixième session du programme de soins infirmiers aux équipes de soins du centre hospitalier, il en demeure que cette modalité de stage clinique inhérente aux exigences de ce nouveau programme en soins infirmiers s'enrichirait, selon nous, en se référant aux commentaires et aux propositions émises par les participantes et qui paraissent dans ce rapport.

En plus, il serait nécessaire de s'associer plus directement les intervenants du niveau organisationnel (administrateurs) pour soutenir ce plan d'action.

Tout compte fait, nous avons bénéficié d'une communication privilégiée entre plusieurs intervenantes des milieux cliniques et collégial lors de ces rencontres et cela même maintient et enrichit les liens entre les milieux concernés par la formation des étudiantes infirmières.

BIBLIOGRAPHIE

- ASSOCIATION DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES DU CANADA, *Partenaires dans l'action*, Délibérations, 1986, 95 p.
- BERTRAND, Yves, GUILLEMET, Patrick, *Les organisations, une approche systémique*, Les Éditions Agences d'Arc, Montréal, 1989, 333 p.
- BETZ, Cécily Lynn, "Students in transition : Imitators of role model", *Nursing Education*, sept 1985, p. 301-302.
- BLAZECK, A.M., et al, "Unification : Nursing Education and Nursing Practice", *Nursing Health Care*, janv. 1982, p. 18-24.
- BOULANGER BÉLISLE, M., *Le milieu*, Département de techniques infirmières, C.A.T., 1985, 246 p.
- BOULANGER BÉLISLE, M., *Le profil étudiant au département de techniques infirmières*, Département de techniques infirmières, C.A.T., 1981, 122 p.
- BOURGET, Linda, *La richesse éducative des stages*, Rapport de recherche sur les quatre programmes professionnels, Coll. études et réflexions sur l'enseignement collégial 1985-1986, La Commission de l'enseignement professionnel, Québec, janv. 1986, 151 p.
- CÔTÉ-THIBAUT, D., *La recherche-action en éducation dans la perspective du praticien : le modèle australien*, Rouyn-Noranda, nov. 1989, 13 p.
- DUPUIS, Philippe et DION, Jean-François, *La formation pratique en milieu universitaire*, Université de Montréal, 1982, 264 p.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC, *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, Québec, Éd. officiel, 1977.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC, *Contrat d'affiliation entre le M.E.Q. et le M.A.S.*, mars 1982.
- GOYETTE, Gabriel et LESSARD-HÉBERT, M., *La recherche-action : ses fonctions, ses fondements et son instrumentation*, Gouvernement du Québec, juin 1985, 266 p.
- KEMMIS S. et McTAGGART R., *The action research planner*, Sydney, Australia : Deakin University Press, Victoria, 1982, rev. 1988.
- KOZIER, B., ERB, G., *Soins infirmiers, une approche globale*, Ed. du Renouveau pédagogique inc., Montréal, 1983, 1142 p.
- LAMBERT, Cécile, *Historique du programme des techniques infirmières 1962-1978*, rapport présenté à la D.G.E.C. en vue de l'évaluation du programme des techniques infirmières, avril 1979, 169 p.

- MARRINER, Ann, "Unification of Nursing Education and Service", *Nursing Administration Quarterly*, Fall 1983, p. 58-64.
- MORIN, A., *La recherche-action en éducation : de la pratique à la théorie*, Faculté des sciences de l'éducation, Université de Montréal, Montréal, 348 p.
- MUCHIELLI, Roger, MAISTRAUX, Robert, *La formation à la concertation*, Entreprise Moderne d'édition, Paris, 1977, 187 p.
- NAZAREY, Peggy, "Communication, Cooperation, Commitment : the challenges of collaboration", *Emphasis : nursing*, Harbor U.C.L.A. Medical Center, Department of nursing, vol. 3, no. 1, 1988, p. 7.
- PASCAL, R.T., ATHOS, A.G., *Le management est-il un art japonais?*, Les éditions d'organisation, Paris, 1984, 188 p.
- POTTER, P.A., PERRY, A.G., *Soins infirmiers, théorie et pratique*, éd. du Renouveau pédagogique, Montréal, 1989, 1606 p.
- SAVOIE-ZAJC, L., *Les critères de rigueur de la recherche qualitative, La pratique de la recherche qualitative*, Actes du Colloque, avril 1989, U.Q.A.T., 68 p.
- SEAMAN, C.H.C., VERHONICK, P.J., *Research methods for undergraduate students in nursing*, Appleton-Century-Crofts, Connecticut, 1982, 356 p.
- TURCOTTE, Johanne, "Rôle de l'enseignante en milieu clinique", tiré du journal de l'Association des Enseignantes et Enseignants de Soins infirmiers des Collèges du Québec, mars 1990, p. 1.

ANNEXE I**Questions d'entrevue**

Nous définissons la communication en terme de système d'interrelations existant entre les intervenantes en vue de faciliter, chez l'étudiante-infirmière, l'atteinte des objectifs proposés lors des stages cliniques.

1. Décrivez ce que vous considérez être une communication efficace en stage clinique en milieu hospitalier.
2. Décrivez le type de communication qui existe entre :
 - vous et les infirmières praticiennes.
 - vous et les infirmières enseignantes.
 - les infirmières praticiennes et enseignantes.
3. D'après vous, est-ce que la majorité des messages sont transmis de façon verbale ou non-verbale entre :
 - vous et les infirmières praticiennes?
 - vous et les infirmières enseignantes?
 - les infirmières praticiennes et les enseignantes?
4. Quels sont ceux qui vous influencent davantage? En relation avec quoi?

5. D'après vous, quels sont les facteurs qui nuisent à la communication entre :
- vous et les infirmières enseignantes?
 - vous et les infirmières praticiennes?
 - les infirmières praticiennes et enseignantes?

Quelles en sont les conséquences?

6. Quels sont les facteurs qui favorisent la communication entre :
- vous et les infirmières enseignantes?
 - vous et les infirmières praticiennes?
 - les infirmières enseignantes et les infirmières praticiennes?

Exemples de facteurs : physique, temps, attitudes, distance sociale, rôle, fonction, préjugés, crainte, valeur, hiérarchie, compétence, confiance, etc...

7. Quels sont les éléments de contenu que vous considérez nécessaires d'obtenir ou de transmettre afin de vous assurer de l'atteinte de vos objectifs de stage?
8. Décrivez l'atmosphère qui existe entre :
- vous et les infirmières enseignantes.
 - vous et les infirmières praticiennes.
 - les infirmières enseignantes et praticiennes.

9. Dans quelle situation reconnaissez-vous que la communication est :

- plus efficace?
- moins efficace?
- plus facile?
- moins facile?

ANNEXE 11

RAPPORT DE COLLECTE DE DONNEES

**Portant sur les perceptions des intervenantes
concernées par la formation des étudiantes
infirmières du département de Soins infirmiers
du Collège de l'Abitibi-Témiscamingue.**

**Présenté à un groupe de travail composé:
d'infirmières enseignantes
d'infirmières praticiennes
d'étudiantes infirmières**

**Rouyn-Noranda
mars 1990.**

Avertissement à la lectrice.

Afin d'alléger le texte, le féminin sera utilisé pour les infirmières enseignantes, les infirmières praticiennes et les étudiantes infirmières.

Notes à la lectrice

Afin de faciliter l'appropriation de ce rapport, nous vous suggérons les étapes suivantes;

1-Lire : Réflexions en fonction de ce rapport p. 20

2-Lire dans l'ordre: Rappel de la problématique et de la démarche de recherche ainsi que le contexte d'analyse et d'interprétation.

3-Lors de la lecture du rapport des données, inscrire vos réflexions sur le tableau disponible à la fin de ce rapport lors de la rencontre.

TABLE DES MATIERES

Avertissement à la lectrice.....	i
Notes à la lectrice.....	ii
Table des matières.....	iii
INTRODUCTION.....	1
RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE ET DE LA DEMARCHE DE RECHERCHE.....	2
CONTEXTE D'ANALYSE ET D'INTERPRETATION DES DONNEES.....	3
RAPPORT DES DONNEES RECUEILLIES AUPRES DES:	
1- étudiantes infirmières.....	6
2- infirmières enseignantes.....	9
3- infirmières praticiennes.....	13
REFLEXIONS EN FONCTION DE CE RAPPORT.....	20
CONCLUSION.....	21

INTRODUCTION

Après avoir recueilli des données auprès des infirmières praticiennes, des infirmières enseignantes et des étudiantes infirmières au sujet de leur perceptions des communications qui existent entre chacune d'elles, nous nous croyons en mesure d'effectuer une analyse nous permettant de dégager des éléments significatifs par rapport aux différentes interactions dans un contexte de formation collégiale en milieu clinique.

Une analyse de ce type exige un système de classification pouvant regrouper une diversité de données. Ainsi, nous choisissons les "Sept clés de l'organisation", système présenté dans le modèle de McKinsey que nous retrouvons dans le livre de Bertrand et Guillemet²: *Les organisations une approche systémique*.

Dans ce contexte, nous nous intéressons aux données qui décrivent la situation actuelle ou celle désirée.

Nous croyons que cet exercice nous a conduit à l'identification des différences et des similitudes entre les acteurs de ce système et a finalement permis de dégager des objectifs et des stratégies susceptibles d'accroître la collaboration entre les intervenantes concernées par la formation des étudiantes infirmières au département de soins infirmiers du Collège de l'Abitibi-Témiscamingue.

² Yves Bertrand, Guillemet, Patrick, " *Les organisations, une approche systémique*", Les Editions Agence d'Arc inc., Montréal, 1989, p. 118-120.

RAPPEL DE LA PROBLEMATIQUE ET DE LA DEMARCHE DE RECHERCHE

Depuis plusieurs années, nous nous préoccupons particulièrement des relations qui existent entre le milieu de l'enseignement des soins infirmiers et les milieux cliniques.

Cet intérêt s'est accru en considérant les changements importants qui se produisent tant dans le fond que dans la forme du programme de soins infirmiers de niveau collégial. A cela s'ajoutent les changements rapides qui s'effectuent dans la pratique des soins infirmiers. Ces phénomènes ne peuvent qu'augmenter un écart que nous constatons entre la pratique et l'enseignement des soins infirmiers.

Ainsi, il est primordial de diminuer cet écart qui, croyons-nous, est maintenu en bonne partie par un manque de communication véritable.

Donc, nous avons jugé utile de consulter des personnes impliquées dans la formation des étudiantes infirmières à savoir : les enseignantes, les étudiantes et les praticiennes. Ces dernières sont, par leur contribution et le modèle qu'elles représentent, une ressource importante dans le processus d'apprentissage des étudiantes.

Lors de l'étape de collecte de données, chaque groupe a été consulté par le biais d'entrevues semi-structurées. Les participantes ont émis leurs perceptions et leurs attentes au sujet des relations qui existent ou pourraient exister entre les trois groupes d'intervenantes.

Cela a produit un ensemble important de commentaires que nous devons regrouper afin de faciliter nos réflexions et nos discussions.

CONTEXTE DE L'ANALYSE ET DE L'INTERPRETATION

Nous avons choisi d'examiner les différentes données disponibles dans les trois rapports mentionnés précédemment selon deux perspectives.

Notre réflexion se concentre sur les données émanant des entrevues effectuées auprès des acteurs du système pour en dégager, comme nous l'avons mentionné précédemment, les différences et les similitudes que nous jugeons prioritaires par rapport aux perceptions et aux attentes émises, en utilisant le modèle organisationnel de McKinsey.

En fait, l'approche que nous privilégions, permet une catégorisation des données et apporte une dimension de "culture organisationnelle".

Voici comment E. Shein la définit:

*"La culture organisationnelle est un ensemble de présuppositions inventé, découvert ou développé par un groupe donné lorsqu'il apprend à régler les problèmes de l'adaptation à son environnement externe; cet ensemble est assez efficace pour être considéré comme valide et susceptible d'être enseigné aux nouveaux membres comme la façon correcte de percevoir et de sentir en fonction de ces problèmes."*³

Selon Bertrand et Guillemet,

*L'ensemble des objectifs, des buts, des valeurs, des convictions indiscutables partagés par les personnes, membres d'une organisation, peut être défini comme la culture organisationnelle..."*⁴

³ *Ibid.*, p. 121-123.

⁴ *Ibid.*, p. 128.

Parmi plusieurs fonctions inhérentes à une culture organisationnelle, ces auteurs rapportent celles privilégiées par N. Lemaître :

*"mobiliser les énergies et focaliser sur quelques objectifs majeurs et canaliser les comportements autour d'un certain nombre de normes d'actions."*⁵

Donc, l'utilisation de cette approche nous permet, d'une part, de classer nos données, d'autre part, de nous orienter vers des buts, des objectifs, des stratégies communs, voire un consensus.

Ainsi, ce modèle présente sept "leviers" qui servent au contrôle des grandes entreprises complexes. Le schéma "Le modèle McKinsey des sept clés de l'organisation" et le tableau "les définitions des sept clés" présentés dans le rapport de recherche nous en donnent l'illustration et la définition.

Dans ce modèle, il est probable que personne n'est surpris de voir apparaître les éléments <<stratégies, structures, systèmes>>, car ils existent dans tous les modèles organisationnels conventionnels; par contre, des notions nouvelles apparaissent: <<personnel, style, savoir-faire, valeurs et objectifs supérieurs>>, qui sont, selon les nouvelles approches, *"ces variables essentielles à tout engagement vers une réussite durable"*.⁶ Elles permettent de se référer à d'autres éléments importants de la vie des organisations. Mais le point essentiel est l'harmonie qui doit exister entre eux et parmi eux et qui entraîne une force constante. En fait, lorsque nous modifions, ajoutons, retranchons un caractère à une de ces variables, il nous faut être conscient de l'effet engendré sur les autres variables de ce système.

En plus, cette notion de valeurs et d'objectifs partagés est, à notre avis, très appropriée dans le contexte de notre démarche qui s'intéresse à des acteurs appartenant à des organisations différentes. Ainsi, si nous tendons vers une plus grande collaboration et une meilleure concertation, il nous est permis de croire que cette organisation se doit de développer une culture supportant des conceptions, des valeurs et des principes communs dans le sens d'une mission collective. Limitons-nous pour l'instant au sens des différents éléments de cette classification pour ordonner les informations recueillies lors de l'étape précédente de collecte de données.

⁵ *Ibid.*, p. 127.

⁶ Richard T. Pascale, Athos, A.G., *Le management est-il un art japonais?*, Les éditions d'organisation, Paris, 1984, p.78.

CLASSIFICATION DES DONNEES RECUEILLIES:

Nous rappelons que la collecte a été effectuée auprès de trois groupes d'acteurs concernés par la formation des étudiantes infirmières: les étudiantes infirmières (Etudiantes), les infirmières praticiennes (Infirmières) et les infirmières enseignantes (Professeures).

Comme il s'agit de réfléchir sur les relations qui existent entre les différents acteurs, nous remarquons que les commentaires caractérisent des rapports d'un groupe vis-à-vis de l'autre. Par exemple, les étudiantes infirmières soulignent que les infirmières enseignantes changent trop souvent; ainsi nous indiquons ce lien comme suit : E-P.

Aussi, nous remarquons que ces mêmes commentaires manifestent tant des perceptions que des attentes et nous tentons de les départager en créant deux volets pour chaque groupe: perceptions et attentes.

Donc, dans la partie qui suit, nous regroupons les commentaires provenant de chaque groupe d'acteurs. En utilisant les "sept clés" du modèle de McKinsey, nous indiquons les rapports d'intervenantes et nous distinguons les perceptions, des attentes.

1-COMMENTAIRES RECUEILLIS AUPRES DES ÉTUDIANTES INFIRMIÈRES

A) PERCEPTIONS:

- 1) STRATEGIES: Les professeures changent trop souvent (E&P). Les étudiantes préfèrent prendre des renseignements au kardex plutôt qu'auprès des infirmières.
-Ces dernières ne viennent pas voir régulièrement leur client lorsque celui-ci est attribué à une étudiante. (E&I)
- 2) STRUCTURES: Les étudiantes considèrent qu'il existe une hiérarchie entre elles et la professeure et qu'elles connaissent peu la professeure (E&P).
-Elles ont le sentiment d'être à l'extérieur de l'équipe de soins (E&I):
-Elles ont le sentiment que les messages ne sont pas clairs entre les professeures et les infirmières au sujet des activités de l'étudiante (I&P).
-Elles constatent que la communication entre les intervenantes s'effectue dans ce sens: infirmière via la professeure via l'étudiante (I&P&E).
- 3) SYSTEMES: -Les étudiantes mentionnent les difficultés de s'adapter à de nouvelles routines.
-Elles se considèrent peu disponibles en raison des recherches qu'elles ont à effectuer sur l'unité de soins.
-Elles se sentent frustrées que leurs démarches de soins soient négligées par les infirmières en milieu clinique (E&I).
-Les étudiantes perçoivent les professeures très occupées (E&P).
- 4) PERSONNEL: Aucune mention

5)STYLE:

- Les étudiantes mentionnent qu'il existe un rapport évaluatif entre elles et les professeures; les stagiaires sont supposées savoir, il n'y a pas beaucoup de place pour l'erreur, la surveillance est trop étroite. (E&P).
- Certains professeurs changent de personnalité en stage. (E&P).
- Les étudiantes craignent de déranger, qu'on leur impute certaines erreurs. Elles ne se sentent pas les bienvenues, se sentent considérées comme des "petites filles". (E&I).
- Selon elles, il existe un manque de confiance, de communication envers les étudiantes. Elles se sentent ignorées par les infirmières. (E&I).
- Elles sentent l'atmosphère froide.
- Les étudiantes n'aiment pas être évaluées par les infirmières surtout devant les malades. (E&I).

6)SAVOIR-FAIRE:

- Les étudiantes aiment voir, auprès des infirmières, une façon de pratiquer les soins autre que celle apprise au Collège (E&I).

7)VALEURS PARTAGEES:-

OBJECTIFS SUPERIEURS: Les étudiantes constatent qu'il existe une différence entre ce qui est enseigné au Collège et appliqué en milieu clinique mais ont le sentiment d'être impuissantes à y changer quelque chose.

B) ATTENTES:**1)STRATEGIES:**

- Les étudiantes souhaitent que la professeure connaisse leur cheminement respectif et qu'elle les évalue équitablement en se référant à des critères, en notant tant les aspects positifs que négatifs. (E&P).

- Elles trouvent profitable de pouvoir discuter de l'état des clients avec les infirmières. (E&I).
- 2)STRUCTURES: -Les étudiantes aimeraient faire partie du groupe du personnel soignant. (E&I).
- 3)SYSTEMES:
- Les étudiantes suggèrent des rencontres avec les infirmières avant les stages. (E&I).
 - Les étudiantes désirent connaître les attentes des infirmières, discuter, créer des liens avec elles. Les étudiantes perçoivent les professeurs très occupées. (E&I).
 - Elles apprécieraient des rencontres informelles avec les professeurs lors des dîners et des pauses. (E&P)
 - Elles souhaitent pouvoir exprimer leur vécu lors de rencontres cliniques.(E&P)
 - Elles encouragent les rencontres individuelles avec les professeurs. (E&P)
 - Elles proposent une évaluation clinique basée sur des critères identiques pour toutes les professeurs. (E&P)
- 4)PERSONNEL: Aucune mention
- 5)STYLE:
- Les étudiantes apprécient les professeurs qui parlent beaucoup avec elles, qui leur manifestent de la confiance, qui leur laissent de l'autonomie, qui s'intéressent à leur vécu, qui travaillent dans un climat de collaboration(E&P) .
 - Elles apprécient les infirmières souriantes, ouvertes, patientes, aidantes (E&I).
- 6)SAVOIR-FAIRE: -Les étudiantes considèrent que la professeure doit avoir du tact et de la réceptivité. (E&P)

- 7) VALEURS PARTAGEES -Les étudiantes s'attendent à une évaluation juste.
- OBJECTIFS SUPERIEURS: -Elles désirent maintenir une pratique adéquate après plusieurs années de pratique.
- Elles s'attendent au respect.

2) COMMENTAIRES RECUEILLIS AUPRES DES ENSEIGNANTES EN SOINS INFIRMIERS .

A) PERCEPTIONS:

- 1) STRATEGIES:
- Il apparaît à la professeure que l'attitude de l'infirmière chef d'unité donne le ton à l'accueil des étudiantes.
- Selon les professeures, les infirmières ne connaissent pas les objectifs du cours et n'interviennent pas dans ce sens. (I&E)
- Les étudiantes ne se sentent pas surveillées par les infirmières. (E&I)
- Les étudiantes s'adressent plus facilement à la professeure qu'aux infirmières surtout durant les premières années de formation et les infirmières, plus facilement à la professeure qu'à la stagiaire (E&P&I).
- 2) STRUCTURES:
- La stabilité du personnel infirmier a une conséquence, à savoir, une meilleure connaissance des objectifs du cours de soins infirmiers.
- Les infirmières respectent le "territoire de l'étudiante". (E&I)
- Il apparaît à la professeure que le réseau de communications entre les intervenantes n'est pas clairement défini en termes de: quoi, quand, comment et à qui.
- Au sujet de la relation avec leurs étudiantes, certaines professeures la décrivent en trois phases: apprivoisement et contrat, engagement de l'étudiante dans sa démarche d'apprentissage et finalement le bilan du stage.(E&P)
- Il apparaît à certaines enseignantes que le contenu et la forme des messages sont difficilement accessibles aux étudiantes, par exemple: la terminologie, les argots...
- Le ratio étudiantes/professeures en stage limite les

échanges entre elles.(E&P)

-Les professeures se sentent responsables d'établir un bon climat sur les unités de soins en maintenant une stabilité chez les enseignantes, en négociant honnêtement, en clarifiant et acceptant les rôles et les compétences de chacune et exprimant clairement leurs attentes. (I&P)

3) SYSTEME

-Les professeures estiment que les relations entre les intervenantes sont influencées par le type de clientèle existant dans l'unité de soins.

-Le contenu des échanges entre les infirmières et les étudiantes concerne la démarche de soins, les traitements à administrer aux clients, le dossiers des bénéficiaires. (I&E)

-La communication s'effectue entre les professeures et les étudiantes de façon écrite par les travaux de stages, les journaux de bord; de façon verbale lors des enseignements cliniques et d'entretien individuel; de façon non-verbale lorsqu'il s'agit de communiquer devant un client.(P&E)

-Les professeures constatent que les étudiantes n'ont pas souvent le droit de parole.

-Les professeures se sentent testées par les infirmières lorsqu'elles vont pour la première fois sur une unité de soins. Lorsqu'elles sont intégrées à l'équipe de soins, elle peuvent compter sur leurs collaborations et même un climat de travail plus personnalisé s'installe.(P&I)

-L'utilisation d'un même langage favorise les échanges: par exemple; depuis l'implantation de la démarche de soins systématisée sur les unités de soins, le discours se rejoint entre les intervenantes.(P&I)

4) PERSONNEL:

Aucune mention

5) STYLE:

-La relation est plus facile lorsque l'infirmière est détendue et sûre d'elle.

- Les infirmières comparent les professeures entre elles. (I&P)
- Les infirmières, qui sont à l'aise sur l'unité et qui ne sont pas surchargées, sont plus réceptives.
- Les professeures se sentent davantage comme des invitées sur les unités de soins. (P&I)
- Les professeures remarquent que les infirmières acceptent mal les attitudes évaluatrices des enseignantes par rapport à leur pratique infirmière ainsi qu'un manque de délicatesse à l'égard des étudiantes. (I&P)
- Les professeures se sentent perçues par les infirmières comme idéalistes et loin de la réalité du milieu clinique
- Les infirmières sont fières de donner des informations aux étudiantes. (E&I)
- Les étudiantes ont souvent une idée préconçue du climat de l'unité de soins où elles effectueront leur stage.
- Les professeures estiment que les relations avec les stagiaires sont habituellement bonnes, empreintes d'acceptation, de compréhension. En plus, elles considèrent que les attitudes qui favorisent un bon cheminement chez les étudiantes sont: l'honnêteté, l'écoute, la disponibilité et le respect. (E&P)
- Plusieurs se disent sévères à l'égard des étudiantes qui ne manifestent pas d'intérêt à progresser.(E&P)
- Les affinités entre les individus influencent la qualité des relations. (E&)
- Les professeures et les étudiantes s'entendent pour dire que leurs relations ont une connotation clairement évaluative. Les étudiantes se sentent étiquetées.(E&P)

6) SAVOIR-FAIRE:

- Les infirmières considèrent que les étudiantes apportent des informations pertinentes. (I&E)

7) VALEURS PARTAGEES

OBJECTIFS SUPERIEURS: -les étudiantes perçoivent souvent les infirmières comme les "vraies infirmières" et elles ont hâte de faire aussi vite qu'elles. (E&I)

-Selon les enseignantes, leurs rôles consistent à faciliter chez l'étudiante l'atteinte des objectifs, à les aider à regarder les événements, à prendre conscience des valeurs différentes, à atteindre une certaine autonomie. (P&E)

B) ATTENTES:

1)STRATEGIES:

-Les professeures apprécient lorsque les infirmières discutent avec elles des situations cliniques des bénéficiaires.(I&P)

3)SYSTEME:

-Les professeures souhaitent qu'il n'y ait pas d'écart entre elles et l'infirmière et que celle-ci s'intéresse à l'aspect pédagogique. (I&P)

-Les étudiantes souhaitent qu'il y ait des rencontres entre elles et les infirmières. (E&I)
-Plusieurs infirmières sont intéressées à connaître les changements apportés par le nouveau programme en soins infirmiers.

5) STYLE:

-Les professeures apprécient les infirmières qui sourient, qui comprennent leur vécu d'enseignantes, qui reçoivent les attentes et recommandations des professeures et en tiennent compte. (P&I)

-Les professeures souhaitent qu'il y ait un esprit d'ouverture, de collaboration, de confiance mutuelle et d'entraide. (P&I)

-Les étudiantes apprécient les infirmières qui font preuves de transparence et d'ouverture. (E&I)

6)SAVOIR-FAIRE: aucune mention

7) VALEUR PARTAGEES

OBJECTIFS SUPERIEURS: -Certaines enseignantes qualifient un climat pédagogique comme suit: un contexte où les fonctions sont décloisonnées, tellement que les étudiantes à un moment donné ne distinguent plus l'écart entre l'enseignante et la praticienne; là où les infirmières s'intéressent à l'aspect pédagogique, s'impliquent, où les gens sont positifs. Dans ce contexte, il existe une proximité entre les intervenantes. D'aucuns diront que cela dépend de la clientèle hospitalisée qui génère ce contexte, d'autres l'attribuent au style de gestion de l'unité. Quoi qu'il en soit, il existe un esprit d'ouverture, de collaboration, de confiance mutuelle et d'entraide.

3) COMMENTAIRES RECUEILLIS AUPRES DES INFIRMIERES PRATICIENNES:

A) PERCEPTIONS:

1) STRATEGIES:

- Les infirmières constatent que les enseignantes ont beaucoup de travail.(I&P)
- Plusieurs irritants semblent abaisser le seuil de tolérance des infirmières:
 - Nombre élevé de personnes présentes en même temps sur l'unité de soins.
 - Manque d'espace physique.
 - Charge de travail élevée de l'infirmière: pas le temps de s'asseoir, de communiquer, d'être disponible.
 - Fonctions multiples, supplémentaires, à assumer la formation en cours d'emploi, enseignement aux étudiantes, supervision, informations.
 - Obligation de répéter les mêmes consignes sachant que la "monitrice" n'en tient pas toujours compte.
 - Utilisation des dossiers médicaux et des karex par les étudiantes.
- Perte de contact, dans certains cas, de la praticienne avec son client; manque de feedback à son sujet
- Aussi, les praticiennes mentionnent qu'elles se fient sur la monitrice, ne pouvant être partout à la fois. (I&P)

-Le fait d'avoir des stagiaires sur l'unité de soins impose du travail en double; on prend le temps d'expliquer mais on en manque. Toutefois, les praticiennes jugent nécessaire que les stagiaires viennent demander des renseignements. (E&I)

-Le fait que les étudiantes s'absentent souvent de l'unité pour toutes sortes de raisons: enseignements cliniques, visites, etc...comporte certains inconvénients comme la perte de contact avec le client et l'activité de l'unité de soins, la monopolisation des dossiers et des kardex à des heures de pointe.(E&I)

-La présence de niveaux différents de formation comportant des objectifs différents à des moments différents de la session rend la tâche difficile pour les praticiennes.

-En plus, une rotation importante de groupes de stagiaires oblige les praticiennes à recommencer souvent. La conséquence la plus redoutée est l'erreur dans les soins. A cette contrainte s'ajoute celle de garder la responsabilité de la qualité des soins de ses clients.(E&I)

-Certaines praticiennes mentionnent que lorsqu'elles contresignaient les dossiers, elles avaient une meilleure idée de leur client et que cela les rapprochaient des étudiantes.(E&I)

2) STRUCTURES:

-Certaines infirmières disent communiquer directement avec les enseignantes.(I&P)

-Elles considèrent aussi qu'elles n'ont pas de contact avec les stagiaires; ces dernières sont à l'extérieur de l'équipe de soins et les praticiennes se sentent à l'extérieur de la formation.(E&I)

-Elles conviennent qu'elles ne sont pas responsables d'effectuer des "démonstrations techniques" ; elles invitent seulement les étudiantes à venir observer certains soins quand le contexte s'y prête.(E&I)

-Souvent, selon les praticiennes, les étudiantes ne savent pas toujours quoi demander et à qui le demander.(E&I)

-Aussi les infirmières mentionnent que certaines étudiantes prennent beaucoup de place et même "s'installent".(E&I)

-Selon elles, les stagiaires ne respectent pas la hiérarchie existant chez le personnel d'une unité de soins. (E&I)

-Lorsqu'il s'agit de modifier des modalités d'intervention auprès des clients, les praticiennes interviennent directement auprès de la stagiaire. Par contre, s'il s'agit d'un problème relié à la préparation des stagiaires, en fait, plus directement lié à son apprentissage, la praticienne communique avec l'enseignante. (E&I)

3) SYSTEME:

-Certaines infirmières seraient intéressées à voir apparaître dans le kardex de l'unité de soins, les informations contenues dans le plan de soins de l'étudiante. (E & I)

-Selon les praticiennes, les étudiantes ne savent pas toujours quoi demander et à qui le demander.(E&I)

-Elles se sentent très sollicitées soit par les nombreux rapports, soit pour des demandes qui ne devraient pas être du ressort de la praticienne mais plutôt de l'enseignante.

4) PERSONNEL:

-La stabilité du personnel enseignant favorise de meilleurs liens. (I&P).

5) STYLE:

-Les infirmières estiment que les professeures donnent le ton au type de stage et considèrent les liens comme étant faciles avec les enseignantes surtout lorsqu'elles se connaissent et que ces dernières sont compétentes.

-Cela dépend aussi de la personnalité de la professeure et de la confiance des infirmières à l'égard de ces dernières.(I&P)

-Les stagiaires en soins infirmiers sont bienvenues sur les unités de soins car elles sont stimulantes.(E&I)

-Les infirmières aiment leur apprendre des "choses", elles les sentent disponibles. (E&I)

-Les infirmières considèrent que " les petites filles" vivent un grand stress et trouvent qu'elles font pitié,

qu'elles sont insécures; elles ont peur de demander ou ne demandent qu'à leur professeure. Elles les sentent coincées entre les enseignements du Collège et la réalité du milieu clinique.(E&I)

-Selon certaines infirmières, elles exigent parfois de l'étudiante la performance d'une infirmière graduée et elles ont tendance à certains moments à lui imputer des erreurs ou maladresses sans avoir la certitude qu'elles en sont effectivement responsables.(E&I)

-Il semble que ces liens soient beaucoup plus amicaux qu'autrefois; trop, aux dires de certaines infirmières praticiennes.(E&I)

-On souligne le stress vécu par l'étudiante lorsqu'elle est supervisée par la professeure. (E&I)

-Notons que la praticienne se sent mal à l'aise lorsqu'il existe un différend entre la professeure et l'étudiante et qu'elle comprend difficilement la tension qu'éprouve l'étudiante durant la dernière période de son stage même lorsque celle-ci démontrait une progression adéquate de ses apprentissages.(E&I)

6)SAVOIR-FAIRE:

-La compétence d'une professeure signifie pour plusieurs infirmières qu'elle s'assure que les soins au client sont complets, qu'elle tient compte de ce que la chef d'équipe lui indique au sujet des malades, qu'elle avertit rapidement de la condition des malades, elle exécute adéquatement les techniques de soins. (I&P)

-Elles constatent aussi que certaines pratiques effectuées par les étudiantes, même si elles ne conviennent pas, sont acceptées en soi, croyant que ce sont des exigences de formation. Même, elles se demandent si ce qu'elles disent aux étudiantes est correct.(E&I)

7) VALEURS PARTAGEES

OBJECTIFS SUPERIEURS: -Les infirmières soulignent l'écart, chez certaines enseignantes, entre l'enseignement et la réalité du milieu clinique.

-Elles réproouvent le manque de considération des

enseignantes envers d'autres membres de l'équipe de soins, plus précisément, les infirmières auxiliaires. (I&P)

-Les praticiennes mentionnent que les valeurs privilégiées par les étudiantes sont quelquefois différentes des leurs: en fait, les praticiennes considèrent que leur situation n'est pas toujours agréable : elles ont l'impression d'être de trop. Elles se sentent utilisées au maximum, constamment sollicitées sans qu'on se soucie de leurs besoins, de leurs exigences.(E&I)

B) ATTENTES:

1) STRATEGIES:

-Plusieurs infirmières mentionnent leur intérêt à offrir des situations cliniques spéciales intéressantes aux étudiantes infirmières. (E&I)

-Elles souhaitent pouvoir avertir la professeure de certaines difficultés éprouvées par l'étudiante durant les soins. (I&P)

-Elle aimerait participer avec la professeure au choix des clients pouvant ainsi transmettre beaucoup d'informations. (I&P)

-Selon elles, l'enseignante devrait faire l'expérience d'être membre de l'équipe et même d'être chef d'équipe pour mieux comprendre la situation de l'infirmière praticienne.(I&P)

-Aussi, les infirmières souhaiteraient faire certaines activités cliniques avec les étudiantes: ex: les installations des bénéficiaires.(E&I)

2) SRUCTURES:

-Les infirmières proposent que les intervenantes forment une équipe et que l'étudiante soit intégrée à l'équipe de soins. (E&P)

3) SYSTEME:

-L'infirmière recherche des moyens de réaménager le fonctionnement des activités sur une unité pour permettre des rencontres. (I&P)

-Aussi, les membres de l'équipe de soins bénéficieraient d'avoir la liste des activités de soins que les étudiantes sont en mesure d'effectuer. (I&P)

-Il est proposé que l'on exprime le plus rapidement possible les insatisfactions, que l'on puisse échanger avec l'enseignante. (I&P)

-Il serait avantageux qu'il y ait des rencontres pré-stages afin de discuter des clients, des groupes de stages, des difficultés de la professeure. Lors de ces rencontres, la praticienne s'informe du groupe de stagiaires, fait connaissance avec l'enseignante, fait part de ses attentes et discute avec elle des difficultés qu'elles peuvent rencontrer, prend connaissance des attentes de la professeure et de l'étudiante. (I&P)

-D'autres rencontres, telles des réunions d'équipe, permettraient de discuter de certains plans de soins, d'histoires de cas et permettraient de clarifier certaines ambiguïtés; ex: une étudiante qui peut installer un soluté mais qui ne peut administrer des médicaments intraveineuses.

-Les infirmières suggèrent qu'il y ait une feuille de route disponible pour que l'on sache ce que les étudiantes peuvent faire chaque jour.

-En plus on propose qu'il y ait des rencontres post-stages pour faire une rétrospective des activités entourant les activités cliniques des stagiaires.

4) PERSONNEL:

-Les infirmières souhaitent que les étudiantes soient intégrées à l'équipe et puissent ainsi mieux connaître tous les clients. (E&I)

5) STYLE:

-Selon l'infirmière, l'enseignante assume la responsabilité de ce qui doit être fait et avertit lorsque ce n'est pas le cas. (I&P)

-Elle informe l'infirmière si l'étudiante a des problèmes personnels l'empêchant d'assumer complètement sa tâche. (I&P)

-Elle avertit immédiatement d'une erreur ou d'un changement dans l'état du client. (I&P)

-Elle mentionne à l'équipe de soins son manque d'expérience face à telle clientèle ou telle situation clinique. (I&P)

-Elle manifeste de l'intérêt à travailler avec l'équipe de soins. (I&P)

-Elle s'assure auprès de l'infirmière responsable des clients assignés aux étudiantes, que ceux-ci ont reçu tous les soins requis. (I&P)

-Les infirmières se doivent de prendre le temps de saluer la professeure. (I&P)

-Elles demandent aussi que l'enseignante endosse sa responsabilité de professeure. (I&P)

6) SAVOIR-FAIRE: Aucune mention

7) VALEURS PARTAGEES

OBJECTIFS SUPERIEURS: -La praticienne souhaite pouvoir exprimer ses attentes.

-L'infirmière suggère aussi que l'enseignante enseigne selon la réalité du milieu clinique.

-Les enseignantes pourraient essayer de développer le sens des responsabilités chez les étudiantes et de corriger les attitudes qui nuisent aux relations avec les praticiennes. (E & I)

REFLEXIONS EN FONCTION DE CE RAPPORT

Etant inscrit dans une situation d'interrelations entre le milieu clinique et le milieu d'enseignement, nous croyons qu'un échange entre les intervenantes nous permettrait de dégager de ces données, des objectifs et des stratégies d'action en vue d'améliorer la communication entre les personnes concernées par la formation des étudiantes en soins infirmiers.

Nous suggérons une démarche d'analyse et d'interprétation en deux étapes, c'est-à-dire individuelle et de groupe.

La première partie consiste à transmettre ce rapport à chaque participante qui assistera ou prévoit assister à l'activité de groupe. Cette personne pourra, après une appropriation des données de ce texte, inscrire de nouvelles perceptions par rapport à la situation, suggérer des objectifs et des stratégies d'action en tenant compte des contraintes et des limites.

Un exemple illustre une méthode d'utilisation:

En priorité, je choisis à la page... la variable "système" et je constate que " *Plusieurs infirmières sont intéressées à connaître les changements apportés par le nouveau programme en soins infirmiers*". En se référant au tableau placé en annexe, nous constatons qu'il n'y a pas de nouvelles perceptions par rapport à cet élément, que l'objectif est de maintenir des rencontres d'informations, qu'il y a des contraintes de disponibilité. La stratégie serait l'organisation de dîners causeries périodiquement.

Chaque participante, ayant fait cet exercice, apporte son texte à la rencontre de groupe.

Alors, des équipes formées d'infirmières praticiennes, d'infirmières enseignantes et d'étudiantes infirmières mettent en commun le résultat de leurs réflexions et le transmettent lors de la rencontre plénière qui suit.

Suite à ces discussions, une plénière permettra de regrouper les résultats de chaque équipe et ainsi d'établir des priorités d'action.

Finalement, ces propositions seront acheminées à un comité consultatif des milieux cliniques afin d'en faciliter l'application selon la faisabilité.

CONCLUSION

Toute cette démarche vise donc à promouvoir la qualité des interrelations entre les intervenantes impliquées directement et indirectement dans la formation des étudiantes infirmières.

Il faut toutefois être conscient que toutes les suggestions ne pourront être mises en application et que nous devons prioriser nos choix.

En plus, cet exercice de concertation ne peut réussir que dans un contexte de compréhension, de confiance réciproque, d'objectivité et de respect des compétences spécifiques.

Nous croyons que le but ultime que nous visons est de promouvoir la qualité de l'exercice professionnel en soins infirmiers.