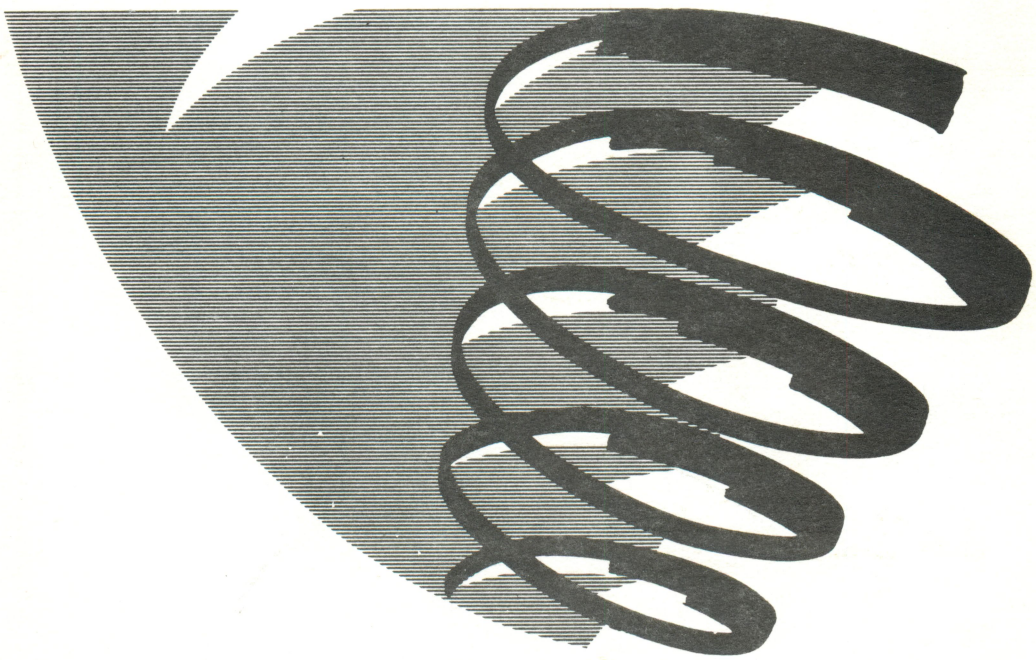
Copie de conservation et de diffusion, disponible en format électronique sur le serveur WEB du CDC :
URL = http://www.cdc.qc.ca/parea/709242-desgroseilliers-devis-pedagogique-soins-infirmiers-bois-de-boulogne-PARPA-1986.pdf
Rapport PARPA, Collège Bois de Boulogne, 1986.
note de numérisation: les pages blanches ont été retirées

* * * SVP partager l'URL du document plutôt que de transmettre le PDF * * *

Collège de Bois-de-Boulogne

# DEVIS PÉDAGOGIQUE EN SOINS INFIRMIERS AU COLLÈGE DE BOIS-DE-BOULOGNE

***INTÉGRATION DES RECHERCHES EFFECTUÉES EN TECHNIQUES INFIRMIÈRES ET DES ORIENTATIONS DU PROGRAMME-CADRE.***



France Desgroseilliers
Monique Richard-Cormier

RAPPORT FINAL

1986

709242

6746-0143

Page couverture : création de Jean De Marre

Dépôt légal - deuxième trimestre 1986
Bibliothèque nationale du Québec
I.S.B.N. 2-550-16080-0

Cette recherche a été subventionnée par la
Direction générale de l'enseignement collégial
dans le cadre du Programme d'aide à la recherche
sur la pédagogie et l'apprentissage (P.A.R.P.A.)

30000007092426

71-6647
709242

On peut obtenir des exemplaires supplémentaires
de ce rapport de recherche auprès du:

Service de développement pédagogique
Collège de Bois-de-Boulogne
10 555, avenue de Bois-de-Boulogne
Montréal, Québec
H4N 1L4

(514) 332-3000, poste 278

ou en s'adressant au:

Service de la recherche et du développement
Ministère de l'Enseignement supérieur
et de la Science
1035, rue de la Chevrotière
Édifice «G», 19e étage
Québec, Québec
G1R 5A5

La population visée par cette recherche étant majoritairement féminine, seul le générique féminin sera utilisé dans ce rapport, sans aucune discrimination et dans l'unique but d'alléger le texte.

**TABLE DES MATIÈRES**


Page

AVIS AU LECTEUR

RÉSUMÉ

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION ..... 1

1. ÉTAT DE LA QUESTION ..... 3

1.1 Nécessité d'un cadre conceptuel ..... 4

1.2 Cadre conceptuel de Chater ..... 5

1.2.1 Composante milieu de vie ..... 5
1.2.2 Composante étudiante ..... 6
1.2.3 Composante contenu ..... 6

1.3 Buts et objectifs généraux du programme-cadre en soins infirmiers ..... 7

1.4 Devis pédagogique ..... 8

1.5 Précision du mandat ..... 10

1.6 Méthodologie ..... 12

2. PRÉSENTATION DE CHAQUE FIL CONDUCTEUR ..... 14

2.1 Fil conducteur connaissance de la personne ..... 15

2.1.1 Vue d'ensemble ..... 15
2.1.2 L'approche holistique ..... 16
2.1.3 Objectifs terminaux ..... 17
2.1.4 Modèle d'articulation ..... 19

2.1.4.1 Modèle d'articulation du fil conducteur connaissance de la personne ..... 21
2.1.4.2 L'articulation dans le sens vertical . 22
2.1.4.3 L'articulation dans le sens horizontal 27

2.1.5 Répartition des éléments du contenu ..... 30

2.1.5.1 Critères de répartition ..... 30
2.1.5.2 Différents éléments de contenu ..... 31

2.2 Fil conducteur démarche de soins ..... 47

2.2.1 Introduction ..... 47
2.2.2 Modèle conceptuel de Dorothea E. Orem rendu opérationnel dans les cinq étapes de la démarche de soins ..... 48

2.2.3 Objectifs terminaux, intermédiaires, spécifiques ..... 52
2.2.4 Répartition des éléments théoriques et de laboratoire ..... 53

2.3 Fil conducteur communication ..... 64

2.3.1 Introduction ..... 64
2.3.2 Programme-cadre ..... 64
2.3.3 Normes professionnelles ..... 65
2.3.4 Modèle de soins infirmiers de D. Orem ..... 65
2.3.5 Schèmes de référence ..... 67
2.3.6 Processus d'aide d'Egan ..... 68
2.3.7 Liens entre les schèmes de référence: Egan et Orem ..... 69
2.3.8 Séquence des objectifs pédagogiques ..... 70
2.3.9 Répartition des éléments théoriques et de laboratoire ..... 70

2.4 Fil conducteur actualisation de soi ..... 80

2.4.1 Introduction ..... 80
2.4.2 Programme-cadre ..... 81
2.4.3 Normes professionnelles ..... 81
2.4.4 Modèle de soins infirmiers de D. Orem ..... 82
2.4.5 Processus de l'actualisation de soi ..... 84
2.4.6 Apprentissage ..... 85
2.4.7 Guide d'actualisation de soi ..... 89
2.4.8 Enseignement du fil conducteur actualisation de soi ..... 91

2.5 Fil conducteur engagement professionnel ..... 94

2.5.1 Présentation du fil conducteur ..... 94
2.5.2 Projet de recherche présenté au PARPA ..... 94
2.5.3 Orientations provinciales de l'engagement professionnel ..... 95

3. INTÉGRATION DES FILS CONDUCTEURS ..... 99

3.1 Enseignement des soins infirmiers ..... 100

3.1.1 Stratégie d'intervention ..... 101

3.1.1.1 Stratégies d'intervention versus l'atteinte d'objectifs cognitifs ..... 104
3.1.1.2 Stratégies d'intervention versus l'atteinte d'objectifs affectifs ..... 105

3.1.2 Évaluation ..... 107

3.1.2.1 L'évaluation formative ..... 107
3.1.2.2 L'évaluation sommative ..... 108

3.1.3 Utilisation des cours théoriques et des laboratoires ..... 108

3.1.3.1 Utilisation des cours théoriques ..... 108
3.1.3.2 Utilisation du laboratoire-collège ..... 110
3.1.3.3 Utilisation des stages ..... 111

3.1.4 Pondération des heures de cours théoriques et de laboratoire-collège ..... 112

3.1.4.1 Pondération des heures de cours théoriques ..... 112
3.1.4.2 Pondération des heures de laboratoire-collège ..... 114

3.2 Contenu du programme en soins infirmiers 180.01 ..... 115

3.2.1 Contenu, modèle de grille, logigramme ..... 116
3.2.2 Description générale des unités de cours en soins infirmiers au collège de Bois-de-Boulogne ..... 122

3.3 Vers l'unité du programme ..... 128

CONCLUSION ..... 131

BIBLIOGRAPHIE ..... 133

ANNEXE ..... 145

**LISTE DES TABLEAUX**


| | | Page |
|---|---|---|
| Tableau 1 : | Objectifs terminaux du fil conducteur connaissance de la personne ..... | 18 |
| Tableau 2 : | Séquence d'objectifs terminaux du fil conducteur connaissance de la personne ..... | 20 |
| Tableau 3 : | Répartition des éléments du contenu du fil conducteur connaissance de la personne ..... | 34 |
| Tableau 4 : | Techniques de soins infirmiers ..... | 40 |
| Tableau 5 : | Liste des moyens d'investigation ..... | 43 |
| Tableau 6 : | Liste des médicaments ..... | 45 |
| Tableau 7 : | Séquence des objectifs d'apprentissage reliés à la démarche de soins ..... | 54 |
| Tableau 8 : | Répartition des éléments théoriques et de laboratoire reliés au fil conducteur démarche de soins ..... | 61 |
| Tableau 9 : | Le processus d'aide d'Egan ..... | 68 |
| Tableau 10 : | Séquence des objectifs pédagogiques pour l'enseignement du fil conducteur communication ..... | 71 |
| Tableau 11 : | Répartition des éléments théoriques et de laboratoire reliés au fil conducteur communication . | 77 |
| Tableau 12 : | Guide d'actualisation (Objectifs pédagogiques pour l'enseignement du fil conducteur actualisation de soi) (version finale) ..... | 90 |
| Tableau 13 : | Devis - soins infirmiers 180.01 ..... | 97 |
| Tableau 14 : | Contexte dans lequel se situe une stratégie d'enseignement ..... | 102 |
| Tableau 15 : | Pondération des heures de cours théoriques et de laboratoire-collège du programme en soins infirmiers 180.01 ..... | 113 |
| Tableau 16 : | Vue d'ensemble du contenu du programme en soins infirmiers 180.01 ..... | 116 |

Tableau 17 : Modèle de grille ..... 117

Tableau 18 : Logigramme/Programme soins infirmiers 180.01 ..... 120

Tableau 19 : Orientation donnée à chaque séquence ..... 121

Tableau 20 : Synthèse de la description générale des unités de cours en soins infirmiers ..... 127

**LISTE DES FIGURES**


| | | Page |
|---|---|---|
| Figure 1 : | Représentation graphique du cadre conceptuel de Chater pour l'élaboration d'un programme d'études ..... | 5 |
| Figure 2 : | Cadre conceptuel pour l'organisation du contenu | 6 |
| Figure 3 : | Cadre théorique pour l'organisation du contenu du programme de soins infirmiers ..... | 9 |
| Figure 4 : | L'apprentissage dans un mouvement de spirale ... | 16 |
| Figure 5 : | Modèle d'articulation du fil conducteur connaissance de la personne ..... | 23 |
| Figure 6 : | Concordance entre les phases proposées par Orem, les étapes de la démarche de soins et les opérations communes aux professions de la santé.... | 49 |
| Figure 7 : | Cycle de l'apprentissage expérientiel ..... | 88 |

**AVIS AU LECTEUR**

À titre d'auteures du présent document, il nous importe de situer le lecteur face aux perspectives et aux limites de ce rapport.

Ce projet d'élaboration d'un devis pédagogique en soins infirmiers 180.01 que nos collègues nous ont confié, a été rendu possible grâce à l'appui de la Direction des services pédagogiques du collège qui croyait en sa pertinence.

Il s'agissait avant tout d'une démarche locale dont le but était d'élaborer un devis pédagogique qui intègre les recherches effectuées par des enseignantes du département de techniques infirmières du collège de Bois-de-Boulogne et les grandes orientations du programme-cadre en soins infirmiers. Aussi le souci d'articuler ces différentes composantes a-t-il été notre préoccupation constante tout au long de la réalisation de notre mandat.

Cet ouvrage doit être considéré comme un *document de travail*[1] essentiel à l'enseignement des soins infirmiers. Il ne constitue aucunement un modèle d'élaboration de devis pédagogique : nous n'avions ni le mandat ni l'expertise pour réaliser une telle mission.

La présente recherche témoigne cependant de notre démarche pédagogique et de notre appropriation du nouveau programme en soins infirmiers. Nous en sommes satisfaites car nous croyons qu'elle peut orienter les enseignantes en soins infirmiers de notre collège et celles du réseau provincial. En effet, elle suggère des pistes de réflexion quant à l'articulation des éléments de contenu du programme et de l'enseignement de ceux-ci; ces réflexions devront être poursuivies et alimentées selon les orientations privilégiées dans chaque collège du réseau.

Nous aurions aimé pouvoir donner une *couleur locale* au fil conducteur engagement professionnel et terminer ainsi l'articulation des cinq fils conducteurs

---

1. À titre de document de travail, il ne peut être reproduit, dans son ensemble ou dans ses parties, sans l'approbation des auteures et du département de techniques infirmières du collège de Bois-de-Boulogne.

du programme-cadre. Mais la recherche sur ce fil conducteur étant envisagée pour 1986-1987 seulement, l'atteinte de cet objectif est provisoirement retardée.

La présentation de ce rapport revêt certaines particularités sur le plan technique. Dans la perspective d'une consultation rapide du document, par les enseignantes en soins infirmiers particulièrement, nous avons mis des pages de couleur. Celles-ci identifient les différents tableaux et listes utiles à l'élaboration des plans de cours.

De plus, ces listes et tableaux sont insérés dans les différents chapitres correspondant au sujet traité, plutôt que disposés en annexe, comme c'est généralement l'usage. Ainsi, toutes les parties constituantes de chaque fil conducteur sont regroupées pour en faciliter l'accès au lecteur.

Nous présentons également une table des matières très analytique destinée à permettre aux enseignantes de repérer plus facilement la section ou les éléments désirés dans ce document. Nous espérons ainsi rendre plus agréable et efficace l'utilisation de cet ouvrage.

Enfin, le sentiment de collaborer à un projet d'envergure provinciale nous incite à partager le fruit de nos réflexions. La *diversité* et le *partage* des cheminements et des ressources des collèges contribueront à enrichir notre enseignement et à nous mener, toutes, allègrement, vers septembre 1987, date de l'implantation provinciale du programme en soins infirmiers.

**RÉSUMÉ**

L'implantation prochaine du nouveau programme en soins infirmiers 180.01 exige la planification de l'enseignement en fonction des cinq fils conducteurs proposés.

Cette recherche a pour but d'intégrer les recherches réalisées sur les fils conducteurs au collège de Bois-de-Boulogne de même que les orientations provinciales du programme-cadre. Il s'agit essentiellement d'élaborer un devis pédagogique local pour le bénéfice des enseignantes désireuses d'assurer la formation globale et cohérente des futures généralistes en soins infirmiers.

Cette recherche appliquée consiste, en premier lieu, à organiser les éléments de contenu de chacun des cinq fils conducteurs. Elle permet aussi de planifier l'enseignement des soins infirmiers en tenant compte des dimensions suivantes :

- une approche systémique appliquée aux soins infirmiers;
- la connaissance de la personne dans son entité et selon le continuum naissance-mort;
- une conception des soins infirmiers selon le cadre de référence de Dorothea E. Orem choisi localement;
- un enseignement orienté vers l'acquisition de connaissances et le développement d'attitudes et d'habiletés essentielles au service d'aide.

Un modèle d'articulation du fil conducteur connaissance de la personne a été élaboré. Il constitue un outil pédagogique qui aide l'enseignante à assurer un enseignement cohérent, progressif et continu au cours des trois années de formation de l'étudiante infirmière. La cohérence entre la séquence d'objectifs proposée quant à ce fil conducteur et celle des fils conducteurs démarche de soins et communication, assure l'unité de l'enseignement.

Par ailleurs, le fil conducteur actualisation de soi fait référence à un modèle pédagogique qui favorise le processus d'actualisation de soi chez l'étudiante.

Le dernier chapitre est consacré à l'intégration des fils conducteurs. Des stratégies d'intervention y sont présentées dans le but de susciter la réflexion des enseignantes et de favoriser ainsi le développement de la capacité de soins infirmiers chez l'étudiante-infirmière.

**REMERCIEMENTS**

Nous tenons à remercier sincèrement :

Monsieur Gilles Saint-Pierre, responsable du Service de la recherche et du développement, pour la compréhension dont il a fait preuve et le soutien apporté lors de la réalisation de cette recherche.

Monsieur André Campagna, directeur des Services pédagogiques du collège de Bois-de-Boulogne, pour son appui aux chercheures et à la recherche.

Monsieur Wilfrid Gariépy, coordonnateur à l'enseignement, pour son appui inconditionnel à cette recherche.

Madame Jacqueline Bouchard, conseillère pédagogique, pour l'attention vigilante manifestée lors de l'élaboration du rapport final.

Madame Magda Sayad, enseignante au département de français du collège de Bois-de-Boulogne, pour la qualité de son travail de révision des textes.

Madame Cécile Lambert du cégep de Maisonneuve, pour l'information et les conseils judicieux prodigués aux chercheures.

Mesdames Francine Fiset et Louise Leduc-Lalonde, responsables de la coordination départementale, pour leur soutien et leur présence attentive et stimulante tout au long de cette recherche.

Les enseignantes membres du comité pédagogique : Andrée Marenger, Lise Martel, Lina Rahal, Vivianne Saba, Ghislaine St-Amour, pour leur précieuse collaboration à toutes les étapes de ce travail.

Les auteures de recherches effectuées au département : Céline Audette, Denise Aubin, Francine Fiset, Danielle Gosselin, Louise Leduc-Lalonde, Charlotte Ouimet, Nicole Poirier-Piché, Lina Rahal, Chantal Rousseau, Vivianne Saba, Danielle Schmouth-Valois, Ghislaine St-Amour pour l'assistance accordée au cours de cette recherche.

Madame Céline Larouche, pour sa disponibilité à répondre à nos demandes.

Les enseignantes du département de soins infirmiers du collège de Bois-de-Boulogne, pour l'intérêt et la collaboration apportés aux chercheures.

Monsieur Guy Laurendeau, enseignant au département de biologie du collège, pour l'information et l'appui manifestés aux chercheures.

Des enseignants des départements de biologie, psychologie, sociologie, philosophie, éducation physique et français pour leur précieuse collaboration.

Monsieur Hubert Santoire, responsable des ressources matérielles et financières au collège, pour l'assistance accordée à l'administration financière du projet.

Mesdames Jacqueline Lamarche-Gingras et Ginette Lavigne-Masse, pour la rapidité et la qualité de la dactylographie et de la présentation de ce document.

Monsieur Jean De Marre, graphiste au collège, pour la qualité de son travail artistique.

À toutes ces personnes, nous manifestons notre grande reconnaissance.

## INTRODUCTION

L'avènement du nouveau programme 180.01 a suscité chez les enseignantes du collège de Bois-de-Boulogne une démarche de changement dans l'enseignement des soins infirmiers. C'est dans ce contexte que nous avons élaboré un devis pédagogique qui tient compte à la fois des orientations provinciales du programme-cadre et des recherches effectuées au collège, en rapport avec les fils conducteurs. Tel est l'objet de ce rapport.

En premier lieu, l'état de la question situe le devis pédagogique dans la perspective du programme-cadre et indique toute la place et la pertinence de cette étude essentielle à l'implantation d'un nouveau programme en soins infirmiers en 1987. Nous définissons tout d'abord les éléments d'un cadre conceptuel, celui de Chater, qui servira de toile de fond[1] pour aborder les buts et objectifs généraux de ce programme-cadre. Puis nous délimitons la nature et la fonction du devis pédagogique en tenant compte du mandat départemental accordé par nos collègues et des circonstances entourant la réalisation de ce travail.

Nous présentons, ensuite, une vue d'ensemble de chacun des fils conducteurs. Toutefois, le fil conducteur connaissance de la personne y occupe une place importante, car nous nous sommes préoccupées de l'organisation du contenu et du mode de transmission de ces connaissances. Quant aux fils conducteurs démarche de soins, communication et actualisation de soi, nous résumons les éléments essentiels de chacune des recherches réalisées au collège de Bois-de-Boulogne qui en ont traité. En ce qui concerne le fil conducteur engagement professionnel, nous nous en tenons aux grandes orientations provinciales puisque la recherche sur ce fil conducteur est présentement à l'état de projet.

Enfin, nous tentons de créer l'unité du nouveau programme en soins infirmiers. Pour ce faire, l'approche systémique en constitue la trame de fond. Appliquée à l'enseignement des soins infirmiers, elle nous oriente vers une

---

1. ou «de point de référence».

«approche par programme». Nous privilégions localement trois dimensions : l'enseignement des soins infirmiers, le contenu du nouveau programme et l'articulation des cours de soins infirmiers et des autres cours (connexes et de formation générale) faisant partie de la formation de l'infirmière au niveau collégial. Nous nous attarderons à la première dimension puisqu'elle constitue l'enseignement *des processus comme contenu*. Voilà pourquoi les stratégies d'enseignement prennent toute leur importance dans ce dernier chapitre.

# Chapitre 1

# ÉTAT DE LA QUESTION

## 1. ÉTAT DE LA QUESTION

Suite à des travaux d'évaluation du programme d'études des techniques infirmières, réalisés entre 1977 et 1980, la Direction générale de l'enseignement collégial (D.G.E.C.) (Québec, 1981) propose en février 1981 une nouvelle orientation de l'enseignement infirmier au niveau collégial.

L'élaboration d'un programme-cadre apparaît alors nécessaire pour aider les professeures dans la révision de leur programme d'études local en techniques infirmières.

### 1.1 NÉCESSITÉ D'UN CADRE CONCEPTUEL

Selon Bevis (1982), le programme d'études se compose d'un ensemble d'activités d'apprentissage qui orientent et spécifient les buts de l'éducation.

Or, l'étape de révision d'un programme d'études implique un grand nombre de données à considérer et à relier entre elles. À ce sujet, Bevis affirme l'importance de choisir et d'utiliser un cadre conceptuel. Elle précise sa pensée en décrivant le cadre conceptuel comme

> ...un système de prémisses en relation réciproque qui indique des lignes directrices pour l'ensemble des décisions ayant trait au programme d'études: les objectifs, le contenu, l'implantation et l'évaluation (p. 25).

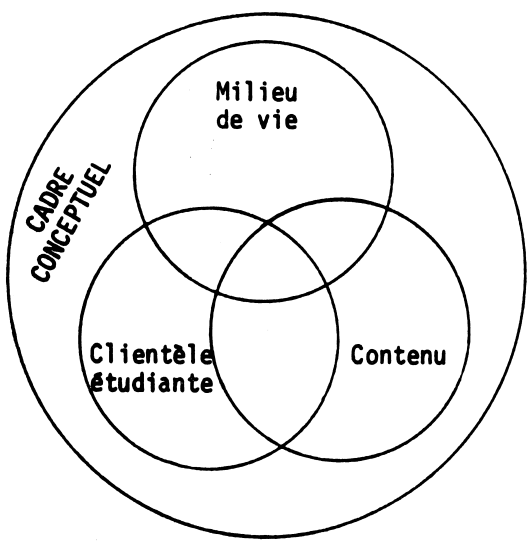
De leur côté, Lambert et Riopelle (1982) vont encore plus loin que Bevis en affirmant que l'utilisation d'un cadre conceptuel permet

> ...la schématisation des rapports entre les divers éléments, en fonction d'un but défini préalablement, facilitant la visualisation et la prédiction des conséquences des décisions qui relèvent de l'élaboration d'un curriculum (p. 9).

En résumé, le cadre conceptuel devient un guide définissant à la fois le périmètre et les paramètres d'un programme d'études et donne une cohérence et une unité au plan d'apprentissage.

## 1.2 CADRE CONCEPTUEL DE CHATER

Le Comité provincial du programme de soins infirmiers 180.01 a adapté, en 1981, le cadre conceptuel de Chater pour le développement des plans d'études cadres. Ce cadre conceptuel met en évidence les trois composantes, le milieu, l'étudiant et le contenu, qui sont représentées, dans la figure 1, par trois cercles d'égale importance se recoupant. Ceux-ci sont eux-mêmes inscrits dans un grand cercle, rappelant l'organisation d'un système où les parties en interaction forment un tout. Ainsi, des changements dans l'une ou l'autre des trois sphères engendrent des répercussions dans les autres, puisqu'elles sont interreliées.




Chater, Shirley, «A Conceptual Framework for Curriculum Development», Nursing Outlook, 23: July 1975, 428-433.

Bevis, Em Olivia, Curriculum Building in Nursing a process, second edition, Mosby, 1978.

Fig. 1 - Représentation graphique du cadre conceptuel de Chater pour l'élaboration d'un programme d'études (Lambert et Riopelle, 1982, p.10)

Appliquée aux soins infirmiers, chacune des trois composantes génère des orientations spécifiques. Après un survol des deux premières composantes du cadre conceptuel de Chater pour en connaître les grands éléments constituants, nous nous attardons davantage au *contenu*, objet de notre recherche.

### 1.2.1 Composante milieu de vie

Le cercle *milieu* permet de fournir des données sur les ressources et les services disponibles dans le milieu et par conséquent, les contraintes inhérentes à ce milieu. Il identifie les paramètres internes et externes du milieu institutionnel.

### 1.2.2 Composante étudiante

Cette composante décrit la clientèle étudiante et permet de choisir une conception de l'éducation. Ainsi, les éducateurs qui tiennent compte à la fois des ressources et des contraintes du milieu et des exigences du contenu se disposent à fournir un meilleur service à l'étudiant.

### 1.2.3 Composante contenu

Selon Lambert et Riopelle (juin 1981), l'organisation du contenu exige une conception explicite des soins infirmiers. Toutefois, des plans d'études cadres ne peuvent prescrire une conception explicite de soins infirmiers pour l'ensemble des collèges.

Afin de résoudre cette difficulté, le programme-cadre suggère une définition des soins infirmiers assez générale et pouvant rejoindre les conceptions susceptibles d'être choisies dans les collèges du Québec. Ainsi,

> ...l'infirmière formée au niveau collégial rend un service d'aide à des individus à tous les âges de la vie, en fonction de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie, du traitement et de la réadaptation dans des situations courantes. Dans ce contexte, les soins infirmiers relèvent d'un processus décisionnel qui est essentiellement axé sur une relation interpersonnelle entre une infirmière et un client (p. 36).

Le schéma suivant illustre la relation infirmière-client en fonction des buts poursuivis.

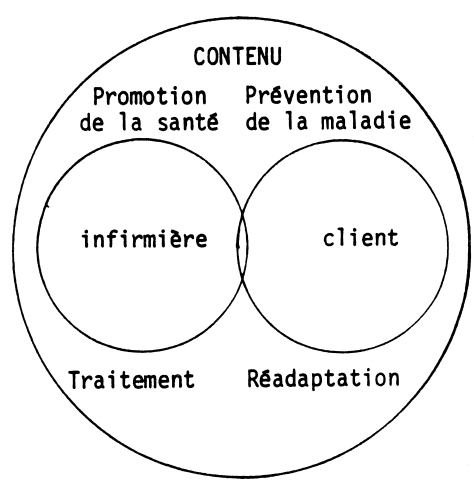



Fig. 2 - Cadre conceptuel pour l'organisation du contenu (Lambert et Riopelle, 1981, p. 36)

De l'interrelation des trois éléments du cadre conceptuel de Chater découlent les buts et les objectifs généraux du programme-cadre. Permettons-nous de nous y arrêter car ils constituent les balises de celui-ci.

## 1.3 BUTS ET OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU PROGRAMME-CADRE EN SOINS INFIRMIERS

La formation infirmière au niveau collégial vise les buts suivants (Lambert et Riopelle, juin 1981, pp. 3-5):

- la croissance personnelle et professionnelle des étudiantes;
- la formation initiale en soins infirmiers de personnes qui ont obtenu un diplôme de 5° secondaire;
- la formation de personnes capables d'exercer la profession infirmière en tant que généralistes auprès d'individus qui requièrent des soins infirmiers;
- la formation de personnes capables d'exercer la profession d'infirmière à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire;
- la formation de personnes capables d'exercer la profession d'infirmière, telle que définie dans la Loi sur les infirmières et infirmiers (loi 273, Section VIII, articles 36-37).

Afin d'atteindre ces buts il importe, qu'au terme de sa formation au niveau collégial, l'étudiante puisse:

- identifier ses ressources en vue de cheminer vers l'actualisation de soi;
- démontrer un respect de la dignité et de la valeur de la personne;
- faire une analyse du concept de la santé en fonction d'une approche *holistique* de la personne;
- exercer ses fonctions professionnelles conformément aux exigences d'une conception explicite des soins infirmiers;
- utiliser la démarche scientifique appliquée aux soins infirmiers;
- utiliser ses connaissances de la personne dans sa pratique;

- prodiguer les soins infirmiers que requièrent des individus dans des situations courantes relevant de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie, du traitement et de la réadaptation;
- communiquer avec un individu à l'intérieur d'une relation interpersonnelle infirmière-client;
- organiser l'ensemble de ses activités en vue de satisfaire les besoins des bénéficiaires;
- collaborer avec les membres des équipes de soins infirmiers et ceux de l'équipe multidisciplinaire;
- exercer la profession d'infirmière de façon à respecter les droits d'autrui et les soins;
- participer à la vie communautaire en assumant ses responsabilités sociales.

Planifier l'enseignement en vue d'atteindre ces buts communs, voilà un défi de taille mais combien intéressant pour l'ensemble des professeures concernées de près ou de loin par la formation des généralistes en soins infirmiers.

## 1.4 DEVIS PÉDAGOGIQUE

L'atteinte des objectifs énumérés plus haut ainsi que la réorganisation du programme d'études à partir des trois composantes du cadre conceptuel de Chater supposent une planification précise; d'où la nécessité d'un devis pédagogique. Celui-ci réfère à la composante contenu de ce cadre.

Chater donne la définition suivante d'un devis: «un plan d'ensemble qui encadre la séquence des cours et l'organisation fonctionnelle de chacun» (Lambert et Riopelle, 1982, p. 8). De leur côté, Haskell et Tesser précisent ainsi les fonctions d'un tel devis:

- l'accumulation des apprentissages: construire sur ce qui est déjà acquis;
- la continuité: l'organisation verticale ou la réitération des thèmes principaux à l'intérieur de chaque cours;

- l'intégration: les relations horizontales entre les cours;
- la séquence: l'organisation du contenu de façon progressive

(Lambert et Riopelle, 1982, p. 8).

Le devis constitue donc une organisation des éléments de contenu dans la perspective des buts et objectifs généraux du programme-cadre.

Mais, ici encore, le programme-cadre donne une orientation au devis en présentant un cadre théorique pour l'élaboration du contenu. Ainsi, la figure 3 illustre la toile de fond du contenu.

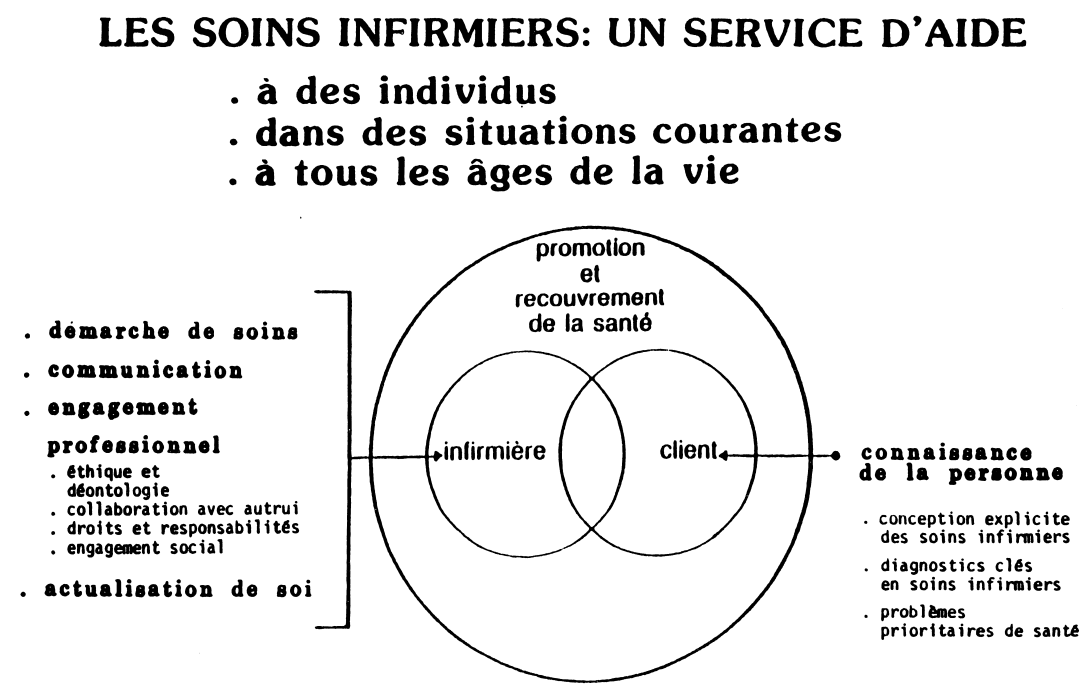



Fig. 3 - Cadre théorique pour l'organisation du contenu du programme de soins infirmiers (Lambert et Riopelle, juin 1982, p. 9)

La figure 3 apporte donc des précisions sur la formation de la future généraliste, telle que décrite dans les buts et orientations du programme-cadre. En effet, l'infirmière généraliste rend un service d'aide à des individus, à tous les âges de la vie (continuum naissance-mort) et dans des situations courantes. Ce service d'aide s'exerce en fonction de la santé, de la prévention de la maladie, du traitement et de la réadaptation.

Dans ce contexte, les soins infirmiers relèvent d'un processus décisionnel qui est essentiellement «axé sur une relation interpersonnelle entre une infirmière et un client» (Lambert et Riopelle, 1982, p. 17).

Ainsi, ce cadre théorique propose une définition des soins infirmiers et représente l'organisation du contenu autour de cinq fils conducteurs. Ce cadre met en évidence l'interaction entre l'infirmière et le client, interaction qui exige une connaissance de la personne (premier fil conducteur) en fonction de la promotion et du recouvrement de la santé et le développement des habiletés qui permettent de rendre un service d'aide au client. Ces habiletés se traduisent à travers les quatre fils conducteurs suivants:

- la démarche de soins
- la communication
- l'actualisation de soi
- l'engagement professionnel.

Le développement de ces habiletés implique des *processus* que l'étudiante doit apprendre durant sa formation, de façon à exercer adéquatement sa profession. Par ailleurs, la connaissance de la personne se traduit principalement par l'acquisition de connaissances en regard d'une conception explicite des soins infirmiers, des diagnostics infirmiers et des problèmes prioritaires de santé.

Voilà les fondements théoriques du programme en soins infirmiers, où les cinq grands fils conducteurs constituent la trame de fond des trois années de formation de la généraliste. Et l'enjeu de notre devis local est de donner une structure, c'est-à-dire de créer un plan d'ensemble qui encadre la séquence des cours reliés à ces fils conducteurs et l'organisation fonctionnelle de chacun.

## 1.5 PRÉCISION DU MANDAT

Le projet d'élaboration du devis pédagogique découle d'une demande du département de techniques infirmières, conscient de l'enjeu du nouveau programme. Une requête adressée à M. Gilles Saint-Pierre, Direction générale de l'enseignement collégial (D.G.E.C.), faisait état de l'urgence d'élaborer un

devis pédagogique qui concrétise la recherche dite des fils conducteurs. Ce devis se veut «le lieu d'intégration des quatre recherches effectuées au collège de Bois-de-Boulogne et des autres recherches en rapport avec le nouveau programme» (Campagna, 5 septembre 1985).

Notre mandat se situe à l'intérieur du plan d'action de renouvellement du programme d'études local et tient compte des orientations précises du programme en soins infirmiers 180.01. Défini par l'assemblée départementale de techniques infirmières, il consiste essentiellement dans l'élaboration d'un devis pédagogique répondant aux objectifs du programme-cadre. Il s'inscrit dans la suite logique de la révision du programme d'études amorcée depuis plusieurs années au département. Il tient compte des recherches déjà réalisées au collège de Bois-de-Boulogne et portant sur le Diagnostic infirmier (Schmouth-Valois et al., 1984), La communication en soins infirmiers (Audette et al., 1985), la Démarche de soins selon la théorie de Dorothea E. Orem (Gosselin et al., 1985) et celle présentement en voie de réalisation dont le rapport sera édité à l'automne sous le titre: Actualisation de soi: un modèle de croissance en soins infirmiers (Aubin et al., 1986).

À la lumière du modèle de Chater et des orientations du programme-cadre, notre devis doit mettre l'accent sur *l'acquisition de processus* qui favorise l'accroissement des connaissances, plutôt que sur l'accumulation de l'information. Le processus, selon Bevis (1982), est une série d'actions ou d'opérations accomplies dans un but donné:«Processus is a serie of acts or progressive changes toward an end or goal» (p. 8). C'est l'organisation d'un tout dont les parties sont interreliées et orientées vers un but.

Pour arriver à cette organisation, une approche par programme, inspirée de la théorie des systèmes, a été privilégiée. Bevis (1982) définit ainsi le système: «A system is anything that functions as a unit of «wholes» because its parts are interdependant» (p. 12). Ainsi, l'approche systémique est l'organisation d'un tout dont les composantes sont interreliées et tendent vers un but commun; en effet, cette approche systémique favorise chez l'étudiante un mouvement de tout son être lui permettant d'intégrer

les connaissances et de les consolider, afin de les appliquer dans sa pratique professionnelle en soins infirmiers. Et notre devis local a le souci de traduire ce choix.

Ce devis se veut donc un instrument pédagogique utile aux professeures, un canevas facilitant l'élaboration des plans de cours en spécifiant les grands éléments de contenu et la façon de les articuler.

## 1.6 MÉTHODOLOGIE

L'élaboration du devis pédagogique se fait avec la collaboration du comité pédagogique départemental, dont les membres représentent les différentes matières; chaque membre du comité est responsable d'informer et de consulter son équipe au besoin. Le comité est à la fois consultatif et décisionnel. Il est informé des étapes, en cours et projetées, de la recherche; il est invité à réagir sur l'organisation générale du devis et ses réactions sont prises en considération par l'équipe de chercheures. L'assemblée départementale est également informée périodiquement des résultats des travaux de recherche. Elle appuie la démarche, exprime sa satisfaction face aux résultats et entérine les décisions prises par le comité pédagogique.

Nous avons aussi consulté des membres de chacune des équipes de recherche qui ont produit les publications en techniques infirmières ci-haut mentionnées, car nous étions soucieuses de bien respecter la pensée de leurs écrits.

Les réunions départementales des professeures, les rencontres avec le comité pédagogique et celles réalisées avec les chercheures ont été des plus stimulantes et des plus fructueuses. D'une part, elles ont apporté une rétroaction (feedback) constructive éclairant notre démarche et, d'autre part, elles ont favorisé l'information et l'échange, permettant de faire un pas de plus vers l'appropriation du nouveau programme en soins infirmiers.

Des démarches locales ont également été entreprises auprès des disciplines connexes à la formation en soins infirmiers, dans la perspective d'amorcer une réflexion autour des orientations du programme-cadre.

Dans un premier temps, nous avons rencontré M. Guy Laurendeau, responsable de la révision provinciale du cours de biologie, avec qui nous avons discuté des possibilités d'articulation entre les cours de biologie et ceux de soins infirmiers.

Dans une étape ultérieure, nous avons réuni des professeurs des disciplines suivantes: biologie, psychologie, sociologie, français, philosophie et éducation physique. Le but de cette rencontre était d'abord d'informer ces enseignants des orientations provinciales et locales du programme-cadre et ensuite d'ouvrir la porte à des échanges interdépartementaux orientés vers l'unification de l'ensemble des cours en soins infirmiers.

Mentionnons aussi l'importance des consultations auprès de Mme Cécile Lambert, membre de l'équipe de soutien pour les professeures de soins infirmiers du réseau collégial, qui a contribué à alimenter notre réflexion concernant l'élaboration du devis pédagogique local.

# Chapitre 2

# PRÉSENTATION DE CHAQUE FIL CONDUCTEUR

## 2. PRÉSENTATION DE CHAQUE FIL CONDUCTEUR

### 2.1 FIL CONDUCTEUR CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

#### 2.1.1 Vue d'ensemble

Le fil conducteur connaissance de la personne constitue un ensemble important de connaissances en raison principalement des nombreux problèmes de santé affectant l'individu depuis sa naissance jusqu'à sa mort. Ainsi, ce savoir est utile à l'étudiante dans la mesure où elle met en application ses connaissances dans les situations cliniques. Cette utilisation du savoir concourt à développer la capacité en soins infirmiers de la généraliste, en vue de rendre un service d'aide à la personne.

La conception des soins infirmiers, précisée localement par le modèle de D. Orem, fournit des éléments de connaissance sur la personne. Elle définit la personne qui a des exigences de santé aux différentes périodes de sa vie et dans les situations les plus diverses.

Cependant, pour mieux connaître cette personne, il est nécessaire d'acquérir des connaissances en sciences biologiques et humaines (biologie, psychologie, sociologie, philosophie, entre autres) puisqu'elles sont le fondement des sciences appliquées.

Ainsi, les connaissances acquises en soins infirmiers et celles apportées par les cours connexes et de formation générale fournissent autant d'éléments utiles à la compréhension de la personne. Cet ensemble d'informations sera traité par le biais de la conception de soins infirmiers(D. Orem) en regard de la personne.

Cette vision de l'individu implique le fait de le connaître dans ses limites de santé lesquelles font appel à la compétence en soins infirmiers. Ainsi des connaissances sur les diagnostics infirmiers et sur les problèmes prioritaires de santé sont indispensables pour définir le champ d'action de l'infirmière généraliste.

Toutes ces connaissances sur la personne s'accroissent en un ensemble consistant qui prend forme dans un mouvement de spirale. En effet, ce mouvement oriente l'étudiante vers l'action et l'engage dans un processus d'apprentissage en soins infirmiers (figure 4).

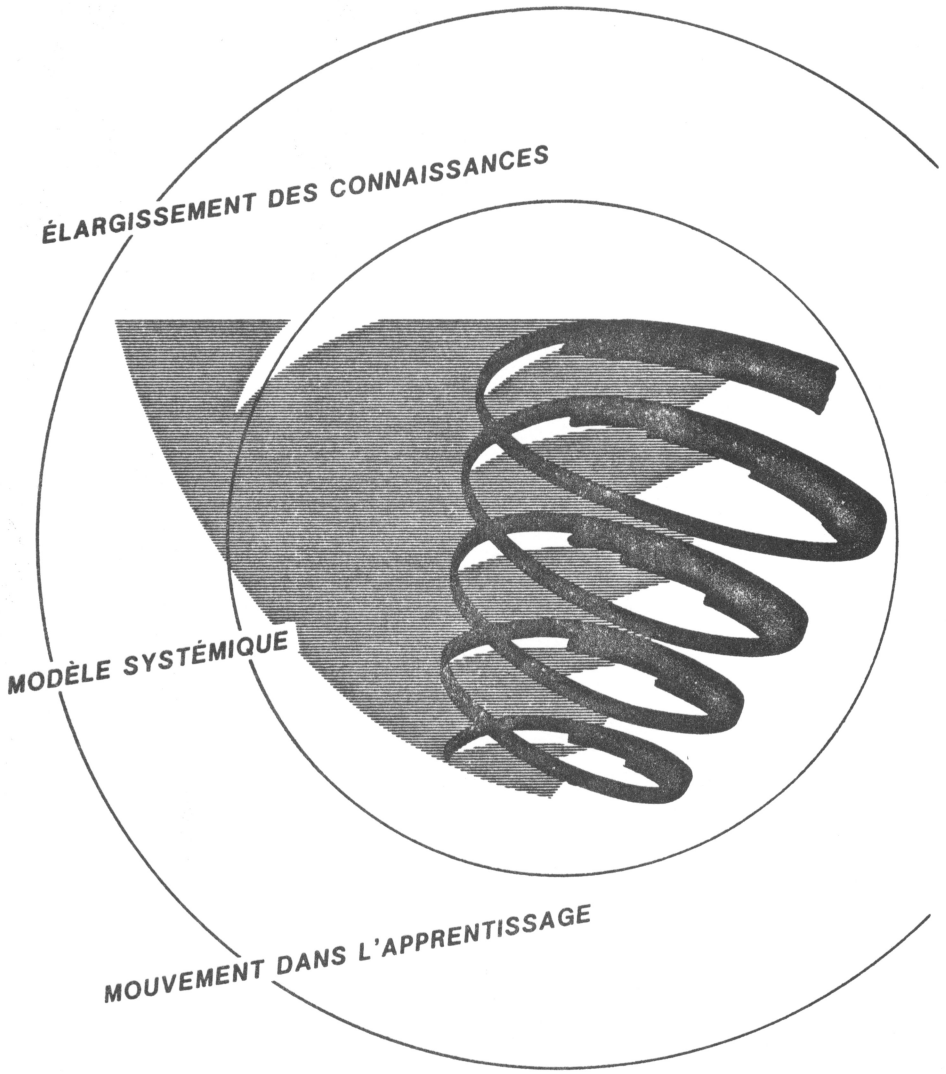



Fig. 4 - L'apprentissage dans un mouvement de spirale

### 2.1.2 L'approche holistique

Dans le programme-cadre, on propose une vision globale de la personne où «le diagnostic des besoins en soins infirmiers nécessite toujours la considération des aspects bio-psycho-sociaux de la personne» (Lambert et Riopelle, 1981, p. 4). De plus, connaître la personne implique selon

Orem (1985), Larouche (1985) et Beck (1984) de reconnaître son caractère unique et son entité propre.

Beck décrit l'approche holistique en soins infirmiers comme étant une approche où l'on «reconnaît tous les aspects de la personne comme significatifs; ces dimensions de la personne interagissent entre elles et affectent la personne dans son entité»* (Beck et al., 1984, p. 288).

Chaque individu se présente dans ses dimensions physique, émotionnelle, intellectuelle, sociale et spirituelle. On l'accueille comme un tout dans un système ouvert car il est en constante interaction avec les autres et avec son environnement.

Beck (1984) et Orem (1985) croient dans la capacité de l'être humain de prendre soin de sa santé. Ainsi, l'étudiante infirmière collabore à développer cette capacité chez l'individu à la lumière des connaissances et des habiletés acquises. Cependant, l'intégration des connaissances en regard de la personne se manifeste par une attitude ou une disposition intérieure à regarder l'être humain dans sa globalité.

> A holistic approach to health care is comprehensive in that the person, rather than one component of the person, is the focus of attention (Beck and al., 1984, p. 329).

L'approche holistique devient une *manière d'être* pour l'infirmière auprès du client et, pour l'enseignante en soins infirmiers, une *manière* de transmettre des connaissances.

### 2.1.3 Objectifs terminaux

Cette vision globale de l'individu apparaît dans les objectifs terminaux du fil conducteur connaissance de la personne présentés dans le tableau 1.

---

*Traduite de l'anglais par les auteures.

## TABLEAU 1

### Objectifs terminaux du fil conducteur connaissance de la personne

BUT: Connaître la personne dans sa dimension holistique, en vue de rendre un service d'aide qui relève de la promotion et du recouvrement de la santé, à des individus, selon les différents âges de la vie, dans des situations courantes.

| Soins infirmiers I | Soins infirmiers II | Soins infirmiers III | Soins infirmiers IV | Soins infirmiers V | Soins infirmiers VI-VII |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Acquérir des connaissances sur le concept santé, les diagnostics infirmiers et la conception des soins infirmiers selon le modèle de D. Orem.<br>2. Se sensibiliser aux diagnostics infirmiers dans des situations de promotion et de recouvrement de la santé.<br>3. Se sensibiliser aux mesures thérapeutiques dans des situations de promotion et de recouvrement de la santé. | 1. Acquérir des connaissances sur le concept santé-maladie, les diagnostics infirmiers, les premiers soins et sur l'ensemble des problèmes prioritaires de santé du Québec selon tous les âges de la vie.<br>2. Prendre conscience de l'importance de l'utilisation de la conception des soins infirmiers selon le modèle de D. Orem.<br>3. Se sensibiliser aux diagnostics infirmiers dans des situations de promotion et de recouvrement de la santé.<br>4. Se sensibiliser à l'application des connaissances acquises en regard de la conception explicite des soins infirmiers de D. Orem et les diagnostics infirmiers par le biais du développement d'un problème prioritaire de santé. | 1. Acquérir des connaissances sur les capacités d'auto-soin et sur les nécessités d'auto-soin spécifiques reliées aux différents stades de développement de l'enfant et de l'adolescent (0 à 18 ans).<br>2. Acquérir des connaissances sur les capacités d'auto-soin et sur les nécessités d'auto-soin spécifiques reliées à la maternité et à la paternité.<br>3. Utiliser les connaissances acquises (sur les nécessités d'auto-soin et sur les diagnostics infirmiers) dans l'étude de situations ayant des effets perturbateurs sur le développement et la croissance de l'enfant et sur la relation parentale.<br>4. Développer sa compréhension des problèmes prioritaires de santé en fonction des connaissances acquises sur les nécessités d'auto-soin et les diagnostics infirmiers. | 1. Acquérir des connaissances sur les capacités d'auto-soin et sur les nécessités d'auto-soin spécifiques à l'adulte et plus particulièrement celles reliées à la croissance: «le climatère»,«le travail» (l'absence de travail) et «le rôle social» de l'adulte.<br>2. Développer sa compréhension des problèmes prioritaires de santé en fonction des connaissances acquises sur les nécessités d'auto-soin de l'adulte et des diagnostics infirmiers.<br>3. Utiliser les connaissances acquises sur les nécessités d'auto-soin de l'adulte et des diagnostics infirmiers dans l'étude de problèmes de santé reliés au travail. | 1. Acquérir des connaissances sur les nécessités d'auto-soin reliées à la maladie mentale chez l'adulte.<br>2. Développer sa compréhension des problèmes prioritaires de santé en fonction des diagnostics infirmiers et des connaissances acquises sur les nécessités d'auto-soin de l'adulte qui vit une maladie mentale.<br>3. Acquérir des connaissances sur les capacités d'auto-soin et sur les nécessités d'auto-soin spécifiques à la personne d'âge mûr et plus particulièrement celles reliées à la croissance :<br>vieillissement<br>pré-retraite<br>retraite<br>isolement social<br>mort.<br>4. Développer sa compréhension des problèmes prioritaires des diagnostics infirmiers et des connaissances acquises sur les nécessités d'auto-soin de la personne d'âge mûr. | 1. Evaluer la capacité d'auto-soin de l'individu et celle de ses dépendants en fonction des connaissances acquises sur la personne.<br>2. Evaluer des situations complexes vécues par des personnes de différents âges et ayant des problèmes de santé.<br>3. Evaluer des plans d'action pertinents à des problèmes de santé complexes (âges variés). |

Ces objectifs terminaux tiennent également compte:

- des recherches effectuées au collège de Bois-de-Boulogne en soins infirmiers sur la démarche de soins, selon le modèle de D. Orem (Gosselin et al., 1985) et sur le diagnostic infirmier (Schmouth-Valois et al., 1984);

- d'une conception explicite des soins infirmiers du modèle de D. Orem;

- des problèmes prioritaires de santé au Québec (Conseil des affaires sociales et de la famille, 1983);

- de l'approche intitulée *processus comme contenu*.

Sur l'axe vertical, les objectifs terminaux délimitent le champ de connaissances de chaque unité de cours en soins infirmiers; ils soulignent également la présence d'un lien cohérent entre les trois composantes de ce fil conducteur (tableau 1).

Une autre séquence d'objectifs terminaux se lit sur l'axe horizontal. En effet, les objectifs définissent la continuité et la progression des apprentissages (théoriques et pratiques), en regard de la conception des soins infirmiers, du diagnostic infirmier et des problèmes prioritaires de santé, durant les trois années de la formation en soins infirmiers (tableau 2).

Les objectifs terminaux nous offrent des pistes pertinentes pour élaborer les objectifs intermédiaires et spécifiques. Toutefois, nous avons privilégié de traduire nos objectifs terminaux par un modèle d'articulation de connaissances.

### 2.1.4 Modèle d'articulation

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, le fil conducteur connaissance de la personne comporte les trois dimensions suivantes: la conception explicite des soins infirmiers, les diagnostics infirmiers et les problèmes prioritaires de santé. Nous nous sommes préoccupées de

TABLEAU 2

## Séquence d'objectifs terminaux du fil conducteur connaissance de la personne*

| Composantes: | Soins infirmiers I | Soins infirmiers II | Soins infirmiers III | Soins infirmiers IV | Soins infirmiers V | Soins infirmiers VI-VII |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- conception des soins infirmiers | Prendre conscience de l'importance de l'utilisation de la conception des soins infirmiers selon le modèle de D. Orem. | | Avoir la volonté d'utiliser dans les situations cliniques la conception de soins infirmiers (de D. Orem) | Être motivé à utiliser la conception des soins infirmiers (de D. Orem) dans les diverses situations cliniques en rapport avec les différents groupes d'âge. | Développer une compétence à utiliser la conception des soins infirmiers dans les diverses situations cliniques. | S'engager à utiliser une conception des soins infirmiers dans sa pratique professionnelle comme généraliste. |
| 2- diagnostic infirmier | Prendre conscience de l'importance des diagnostics infirmiers dans l'exercice de la profession de soins infirmiers. | Démontrer sa compréhension à identifier les diagnostics infirmiers en situation clinique. | Avoir la volonté d'utiliser les diagnostics infirmiers dans les situations cliniques. | Démontrer sa compréhension à utiliser les diagnostics infirmiers dans les situations cliniques et en rapport avec différents groupes d'âge. | Développer une compétence à identifier les diagnostics infirmiers dans les diverses situations cliniques. | Utiliser les diagnostics infirmiers dans l'exercice de la profession de soins infirmiers. |
| 3- problèmes prioritaires de santé | Se sensibiliser à l'importance des problèmes prioritaires de santé dans l'exercice de la profession des soins infirmiers. | | Avoir la volonté d'intervenir en fonction des problèmes prioritaires de santé chez l'enfant et le jeune adulte. | Démontrer son habileté à intervenir en fonction des problèmes prioritaires de santé chez l'adulte. | Développer une compétence à intervenir en fonction des problèmes prioritaires de santé dans les diverses situations cliniques. | Développer une compétence de la capacité de soins infirmiers dans des situations complexes de problèmes de santé. |

* Ces objectifs peuvent s'appliquer en milieu clinique.

relier ces trois composantes dans un mode d'organisation précis. Notre but est de produire un modèle d'articulation des connaissances de la personne représenté sous forme de schéma (figure 5). Celui-ci servira de tronc commun à la structuration des unités de cours.

Ainsi, l'enseignante peut l'utiliser comme un outil pédagogique, tantôt comme canevas pour la préparation de plan de cours, tantôt comme *structurant* dans la transmission des connaissances; le *structurant* étant défini par Laurendeau (1985) comme

> ...un ensemble réduit d'information verbale ou visuelle qui introduit un concept général et possède tous les éléments pouvant servir à ancrer plusieurs idées nouvelles aux connaissances acquises antérieurement (p. 53).

Il nous apparaît important de situer ce modèle d'articulation dans une approche systémique où les connaissances acquises sont véhiculées par le truchement d'un processus d'apprentissage et d'une conception de l'éducation choisie localement.

#### 2.1.4.1 Modèle d'articulation du fil conducteur connaissance de la personne

Le modèle d'articulation présenté dans ce document (figure 5) répond au but premier d'interrelier, sur un axe vertical, les trois composantes du fil conducteur connaissance de la personne, à savoir:

- la conception explicite des soins infirmiers selon le modèle de D. Orem
- les diagnostics infirmiers
- les problèmes prioritaires de santé.

Relier ces diverses composantes permet une connaissance générale de la personne dans chaque unité de cours du programme-cadre 180.01. Cette articulation, dans sa schématisation, facilite l'enseignement du fil conducteur connaissance de la personne dans la perspective d'une approche cohérente des nombreux éléments de contenu.

Ce modèle assure également un lien entre les différents numéros de cours des trois années de formation: l'organisation se fait alors sur un axe horizontal qui tient compte de l'acquisition de connaissances sur la personne en regard du continuum naissance-mort. En outre, ces connaissances deviennent des acquis auxquels se greffent de nouvelles données élargissant ainsi, de façon progressive, la conception holistique des soins infirmiers. Cette approche systémique prend la forme d'une spirale, suivant ces deux axes (figure 4).

Globalement, ce modèle d'articulation remplit la double fonction d'assurer la cohérence, la continuité et la progression des apprentissages, telle que préconisée dans le programme-cadre (Lambert et Riopelle, 1982) et de fournir un instrument pédagogique utile aux enseignantes de la discipline.

2.1.4.2 L'articulation dans le sens vertical

Tel que mentionné précédemment, il s'agit du mode d'organisation du contenu relié au fil conducteur connaissance de la personne à partir des composantes conception des soins infirmiers, diagnostics infirmiers et problèmes prioritaires de santé.

La conception explicite des soins infirmiers doit «fournir un cadre de référence pour recueillir l'information en vue du diagnostic et de la planification des soins infirmiers» (Schmouth-Valois et al., 1984, p. 31). Le modèle conceptuel de D. Orem, choisi par les enseignantes en techniques infirmières du collège de Bois-de-Boulogne, propose, au départ, la théorie du déficit d'auto-soin. Cette théorie stipule que les «individus peuvent bénéficier de soins infirmiers parce qu'ils ont des limitations reliées à leur santé qui les rendent incapables de prendre soin d'eux-mêmes ou de leurs dépendants de façon continue et efficace» (Gosselin et al., 1985, p. 24). Ainsi, il devient important de connaître la personne à qui s'adresse le service d'aide de l'infirmière, de façon à mieux identifier le type d'aide dont l'individu a besoin.

Si l'on se réfère au modèle d'articulation (figure 5), on constate que les notions d'auto-soin, de capacité d'auto-soin et celle de ses dépendants, les

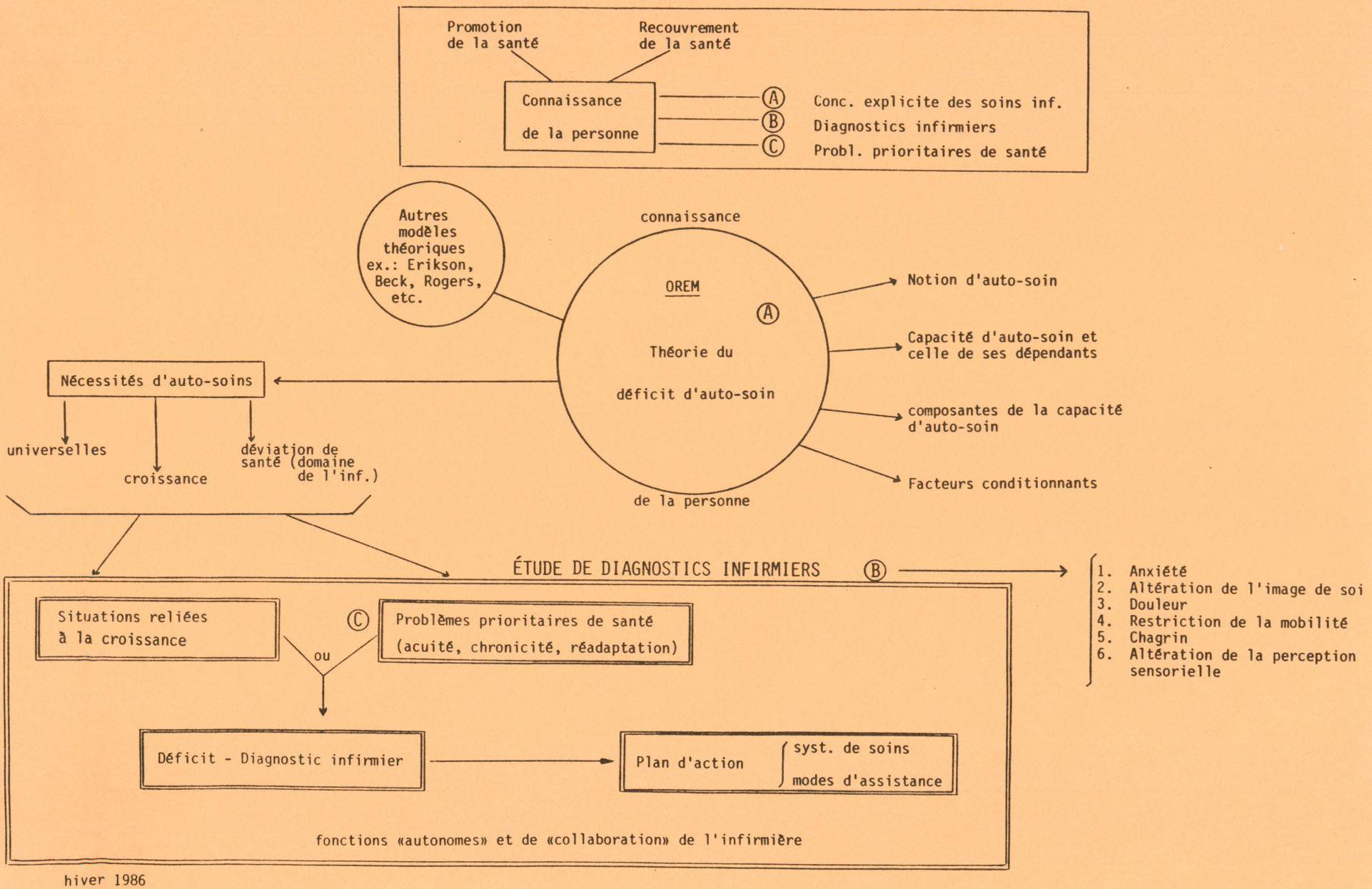



Fig. 5 - Modèle d'articulation du fil conducteur connaissance de la personne.

composantes de la capacité d'auto-soin et les facteurs conditionnants sont reliés à la théorie du déficit d'auto-soin. En effet, ils fournissent des éléments d'information sur la personne qui a besoin d'aide.

**L'auto-soin et les soins aux dépendants familiaux** sont des comportements appris qui se traduisent par une «action ou un ensemble d'actions délibérée(s) que l'individu accomplit pour maintenir ou promouvoir sa vie, sa santé et son bien-être (Gosselin et al., 1985, p. 159).

**La capacité d'auto-soin** et celle de ses dépendants réfère aux «qualités personnelles développées et actions nécessaires à l'accomplissement des opérations d'auto-soin» (Gosselin et al., 1985, p. 32) chez l'individu.

Comme l'expression de la capacité d'auto-soin peut être limitée, il est utile de connaître les composantes de cette capacité, car elles précisent le degré de la limitation de l'individu à satisfaire ses auto-soins de façon délibérée (Gosselin et al., 1985).

Toutes ces notions aident à définir pourquoi la personne a besoin de soins infirmiers et les facteurs conditionnants sont des données qui viennent influencer les nécessités d'auto-soin de la personne.

**Les nécessités d'auto-soin** sont «l'expression des buts à atteindre par les actions appelées auto-soins» (Gosselin et al., 1985, p. 26). Elles sont nécessaires au maintien de la vie, à la promotion de la santé et du bien-être de la personne. Ces nécessités sont, en quelque sorte, des conditions ou des normes auxquelles l'infirmière soignante se réfère pour préciser la demande d'aide du client (l'exigence d'actions thérapeutiques).

Ces nécessités d'auto-soin sont de trois sortes: les nécessités universelles, celles reliées à la croissance et celles reliées aux déviations de santé. Elles nous informent sur les actions entreprises par la personne pour le maintien de sa santé. De façon plus spécifique, elles nous renseignent sur les actions entreprises par l'individu au cours du processus de la croissance et sur celles posées dans une situation de déviation de santé.

Bref, les concepts d'auto-soin, de déficit d'auto-soin et de nécessité d'auto-soin nous permettent de connaître la personne dans son continuum naissance-mort, c'est-à-dire de la période du nouveau-né jusqu'à la période d'âge mûr inclusivement. L'infirmière généraliste connaît les caractéristiques de la personne se rattachant à chaque groupe d'âge en particulier; elle évalue, par l'analyse de la cueillette de données, la capacité d'auto-soin de cette personne et celle de ses dépendants.

En plus de la conception des soins infirmiers selon le modèle de D. Orem, le modèle d'articulation tient compte des théories proposées par d'autres disciplines et par d'autres auteurs jugés pertinents, par exemple Erikson, Beck, Rogers, etc. Elles sont indispensables pour enrichir nos connaissances sur des facteurs conditionnants qui influencent à la fois la capacité d'auto-soin et la capacité de soins infirmiers.

La cueillette et l'analyse des données se terminent par l'identification du déficit, la personne étant limitée dans sa capacité d'auto-soin ou de soins aux dépendants. En effet, selon Orem, «un individu qui a besoin de soins infirmiers requiert une double intervention», la première «pour accomplir l'auto-soin» et la seconde «pour compenser ou surmonter l'incapacité ou la capacité limitée de s'engager dans l'auto-soin» (Gosselin et al., 1985, p. 27). La formulation du déficit est le résultat d'un processus d'analyse et rejoint ainsi le processus de diagnostic infirmier*.

Le diagnostic infirmier est défini comme un «énoncé qui décrit l'état de santé du client ou un problème actuel ou potentiel que l'infirmière, en raison de sa formation et de son expérience, a l'autorisation et la responsabilité de traiter» (Schmouth-Valois et al, 1984, p. 12). Ainsi, le diagnostic infirmier guide la pratique des soins infirmiers dans ses fonctions *autonomes*.

En somme, l'identification du déficit ou le diagnostic infirmier a pour but d'aider l'infirmière à établir un plan d'action auprès du client.

---

*Le sens *équivalent* des termes diagnostic infirmier et déficit est à l'étude présentement par un comité départemental en techniques infirmières au collège de Bois-de-Boulogne.

Si l'on revient au modèle d'articulation (figure 5), les encadrements doubles permettent d'illustrer l'importance et l'influence des diagnostics infirmiers dans le développement de situations reliées à la croissance et celles reliées aux problèmes prioritaires de santé. Ainsi, l'étude des diagnostics infirmiers «fournit les moyens pour diagnostiquer et intervenir» (Schmouth-Valois et al., 1984, p. 31) dans l'exercice des fonctions de l'infirmière.

Nous considérons que les diagnostics infirmiers réfèrent à la fois au processus d'inférence et à l'étiquette apposée à cette inférence, le terme *inférence* étant défini comme une «opération logique par laquelle on admet une proposition en vertu de sa liaison avec d'autres propositions déjà tenues pour vraies» (Petit Robert, 1983, p. 998).

Le processus intellectuel d'inférence nous oriente vers le résultat de l'évaluation d'une situation. Par ailleurs, l'étiquette décrit un énoncé de l'état de santé du client ou un problème de santé qui relève de la compétence des soins infirmiers.

Le modèle d'articulation met en évidence les deux niveaux d'intégration des diagnostics infirmiers. Un premier niveau requiert une acquisition générale de connaissances sur les six diagnostics infirmiers retenus dans la classification de P. Jones par Schmouth-Valois et al., 1984: l'anxiété, la douleur, la restriction de la mobilité, l'altération de la perception sensorielle, le chagrin et l'altération de l'image de soi. Ceux-ci sont principalement développés car ils se retrouvent fréquemment dans les situations vécues par l'infirmière généraliste.

Ces mêmes diagnostics seront d'ailleurs précisés au moment de la présentation des situations cliniques afin d'orienter clairement le plan d'action de l'infirmière. D'autres diagnostics infirmiers, également contenus dans la classification de Jones, seront alors identifiés et précisés en fonction des priorités d'auto-soin du client.

Nous avons mentionné précédemment un lien entre le diagnostic et les problèmes prioritaires de santé. De façon plus explicite, les problèmes prioritaires de santé ont pour but de

> ...favoriser l'intégration de la conception explicite des soins infirmiers et des diagnostics infirmiers par l'étude des situations prioritaires choisies et de les développer en tenant compte des fonctions autonomes et des fonctions de collaboration de l'infirmière (Schmouth-Valois et al., 1984, p. 31).

Les problèmes de santé fournissent des connaissances sur la personne malade et définissent les déviations de santé les plus courantes pour lesquelles l'infirmière généraliste doit intervenir dans sa pratique quotidienne des soins infirmiers.

2.1.4.3 L'articulation dans le sens horizontal

Les trois dimensions du fil conducteur connaissance de la personne s'articulent, sur l'axe horizontal, suivant le continuum naissance-mort et ce, durant les trois années de formation.

Quant à la composante *conception des soins infirmiers*, le programme de première année de formation (soins infirmiers I et II) donne une vue d'ensemble du modèle infirmier de D. Orem en regard de la promotion et du recouvrement de la santé. Elle définit les nécessités d'auto-soin de la personne et illustre par des exemples les nécessités selon les différents groupes d'âge de la vie.

En deuxième année, les soins infirmiers III intitulés *l'enfant et la relation parentale* et les soins infirmiers IV *l'adulte* couvrent une partie importante du continuum naissance-mort, c'est-à-dire de la période du nouveau-né à la période adulte inclusivement.

En cinquième session, les soins infirmiers V traitent des soins infirmiers chez l'adulte en regard de la maladie mentale et des soins infirmiers chez la personne d'âge mûr, laquelle s'achemine vers la fin de sa vie dans son processus de vieillissement.

La première année de formation veut sensibiliser l'étudiante à l'identification des nécessités d'auto-soin des différentes catégories d'âge; cependant, les nécessités d'auto-soin suivant l'âge de la personne seront développées seulement en deuxième et troisième année. Nous rappelons ici que la dernière session (soins infirmiers VI et VII), constituant une session d'intégration, n'apporte plus ou apporte peu de nouvelles connaissances théoriques.

Ce mode d'organisation de la conception des soins infirmiers permet de faire découvrir à l'étudiante que les nécessités d'auto-soin de la personne peuvent être modifiées, de façon significative, suivant ses étapes de vie. Par exemple, les nécessités d'auto-soin reliées à une étape de croissance chez l'enfant sont différentes de celles de ses parents. Des événements tels que l'enfant qui vit la perte de ses parents, la grossesse chez l'adolescente enceinte, le travail chez l'adulte, le retrait social de la personne âgée, sont autant de situations qui modifient les auto-soins de la personne.

Globalement, l'étudiante doit non seulement acquérir des connaissances pour obtenir une vue d'ensemble de la personne, mais elle doit discerner les particularités propres de l'individu, dans ses *passages* de la vie, de façon à bien poser les diagnostics infirmiers pour mieux combler les déficits d'auto-soin du client.

Pour établir les diagnostics infirmiers, des connaissances de base sont requises chez l'étudiante dès la première année. Aussi, comme nous l'avons mentionné précédemment, six diagnostics infirmiers sont développés dès le début du cours selon la grille méthodologique proposée pour le développement d'un diagnostic en soins infirmiers (Schmouth-Valois et al., 1984, p. 54). Dans les années de formation subséquentes, ces mêmes diagnostics se précisent par l'intermédiaire des problèmes de santé. D'autres peuvent s'ajouter de façon à habiliter l'étudiante à identifier des diagnostics infirmiers et aussi à mieux diriger ses interventions auprès du client.

La dimension *recouvrement de la santé* s'intègre davantage aux situations de déviation de santé où nous développons les problèmes prioritaires de santé dans toutes les unités des soins infirmiers (sauf soins infirmiers I).

Les problèmes prioritaires de santé sont regroupés dans chacun des numéros de cours suivant les groupes d'âge de la vie. Une liste des problèmes a été établie d'après le livre Des problèmes prioritaires (Québec, 1983). Elle énumère une quantité impressionnante de problèmes de santé auxquels l'étudiante est confrontée dans sa pratique quotidienne.

Ces problèmes seront analysés en fonction des variables acuité, chronicité, réadaptation, suivant la grille méthodologique proposée pour l'analyse d'un problème prioritaire de santé (Schmouth-Valois et al., 1984, p. 126).

La *promotion* et le *recouvrement* de la santé se poursuivent en deuxième et troisième année à travers l'enseignement de situations de santé et de maladie de plus en plus complexes. Ce mouvement progresse en spirale, c'est-à-dire par l'ajout de connaissances sur des acquis, élargissant ainsi le champ de la connaissance et de l'action.

Nous espérons fortement que cette continuité dans les apprentissages et cette interrelation entre les éléments de connaissance favoriseront une conception holistique de la personne dans ses dimensions physique, émotionnelle, intellectuelle, sociale et spirituelle.

L'image de la spirale (figure 4), véhiculée dans ce modèle d'articulation, illustre la possibilité d'intégrer les connaissances transmises par les cours connexes du programme de formation en soins infirmiers: biologie, psychologie, sociologie, philosophie, français et éducation physique.

En effet, plusieurs éléments de connaissance de la personne nous sont fournis, on le sait, par ces cours. À ces éléments de contenu, nous greffons des connaissances en soins infirmiers qui, progressivement, prendront la forme de la spirale. Ce mouvement d'extension et de continuité favorise un processus d'intégration de connaissances pertinentes chez l'étudiante et favorise également l'atteinte des objectifs poursuivis par la professeure.

### 2.1.5 Répartition des éléments de contenu

Nous avons effectué la répartition des éléments de contenu du fil conducteur connaissance de la personne en fonction de critères spécifiques (Annexe 1) que nous décrivons brièvement.

#### 2.1.5.1 Critères de répartition

Un premier critère consiste à respecter, le plus possible, le continuum naissance-mort. C'est dans cet esprit que nous distinguons, en soins infirmiers V, la maladie mentale chez l'adulte et les problèmes de santé chez la personne âgée.

Un deuxième critère se soucie d'assurer un équilibre entre les sessions, devant la somme considérable des éléments de contenu. Ainsi les *premiers soins*, inscrits en soins infirmiers II, allègent le contenu de la session intitulée *l'adulte*.

Un autre critère porte sur l'intégration de situations de promotion et de recouvrement de santé qui se retrouvent simultanément dans chacune des unités de cours. Par exemple, dans la session *l'enfant et la relation parentale*, nous mettons l'accent à la fois sur les nécessités d'auto-soin reliées à la croissance et sur celles reliées aux déviations de santé. Ainsi, les événements de la vie: le fait de devenir parent, le fait d'être enceinte pour une adolescente, l'accouchement, l'hospitalisation de l'enfant, sont des situations de soins infirmiers aussi importantes que celles rattachées à la maladie chez l'enfant et chez le jeune adulte.

Ce troisième critère met en évidence la présence des pôles *santé et maladie*. Par exemple, la première session définit principalement la santé, alors que la seconde porte davantage sur la maladie. Toutefois, ce sont là des orientations qui restent souples dans leurs limites.

Le quatrième critère insiste sur la progression des apprentissages, en tenant compte du fait que des problèmes de santé de plus en plus complexes sont abordés au cours de la formation. Par exemple, la psychose est une maladie mentale étudiée en soins infirmiers V, alors que l'alcoolisme est

abordé dans une session antérieure. Rappelons que la compréhension de la psychose nécessite une plus grande capacité d'intériorisation des connaissances chez l'étudiante.

Le critère suivant propose une répartition des éléments particuliers de contenu qui sont susceptibles de se retrouver dans différents numéros de cours. Cette répartition doit respecter la possibilité d'utiliser ses nouvelles connaissances en milieu clinique, à l'intérieur même de la session. Ainsi nous étudierons l'hystérectomie en soins infirmiers IV plutôt qu'en soins infirmiers III, car l'étudiante rencontrera ces situations dans un milieu de chirurgie, plutôt qu'en périnatalité.

Le dernier critère rappelle l'orientation donnée à la première année du programme-cadre. Cette première année vise à offrir un ensemble de connaissances générales qui seront reprises et élaborées dans les sessions subséquentes et apporte des exemples de situations de promotion et de recouvrement de santé, suivant les différents âges de la vie.

Dans l'ensemble, la description des éléments de contenu apparaît détaillée et la somme de ceux-ci, parfois considérable. Nous suggérons aux nouvelles équipes de réorganiser la matière selon une approche conceptuelle. Ainsi, le regroupement par sujets, sous forme de concepts, systématise l'enseignement, favorise l'intégration de nouvelles connaissances et évite les répétitions inutiles.

2.1.5.2 Différents éléments de contenu

Les critères de répartition du contenu ayant été décrits précédemment, nous présentons ici une **répartition des différents éléments de contenu** du cours de soins infirmiers (Tableau 3).

Dans cette répartition (pp. 34-39 ), nous développons, de façon particulière, le thème *l'adulte et le travail* en soins infirmiers IV, puisqu'il constitue un aspect nouveau du programme-cadre. Dans la bibliographie, nous suggérons également plusieurs auteurs susceptibles d'alimenter l'enseignement de cette matière.

Les **techniques de soins infirmiers** qui suivent (Tableau 4, pp. 40-42), sont le fruit d'une consultation locale poursuivie depuis plusieurs années au département de techniques infirmières du collège de Bois-de-Boulogne et du travail effectué par le comité *ad hoc* de techniques de soins infirmiers pour le programme 180.01 (avril 1982) (document en annexe du devis du cégep de Limoilou, 1984).

Soulignons que ces procédés de soins s'intègrent dans l'étude des problèmes prioritaires de santé, à l'étape de la Perspective des soins infirmiers: Diagnostic et planification, Schmouth et al., 1984, p. 126).

Nous privilégions l'enseignement des techniques de soins en fonction des possibilités de les appliquer, à l'intérieur de la session, en milieu clinique; en essayant toutefois d'éviter la surcharge des unités de cours.

Une légende explique le niveau de maîtrise requis dans les habiletés techniques, soit en laboratoire-collège, soit à l'hôpital (p. 42).

Nous avons établi une liste de techniques de soins (tableau 4) regroupées dans des périodes de laboratoire-collège 180-510. La pratique de ces techniques permettra à l'étudiante d'acquérir un plus grand degré de maîtrise, ou tout au moins d'entretenir une habileté motrice, en prévision de la session d'intégration. Ces techniques de soins sont d'ailleurs susceptibles d'être utilisées aussi dans les unités de soins prolongés, en soins infirmiers V.

Globalement, cette liste de procédés de soins devient une référence pour l'enseignante d'une unité de cours en particulier. Elle servira aussi à la préparation d'un carnet de techniques pour l'étudiante, carnet qui est proposé comme un moyen pédagogique pouvant l'aider à se situer face aux habiletés techniques requises dans ses fonctions d'infirmière généraliste. L'étudiante devient alors responsable d'atteindre une bonne maîtrise dans sa pratique des techniques en laboratoire-collège et en milieu clinique.

Ainsi, l'enseignante peut identifier, d'une session à l'autre, les techniques de soins maîtrisées par l'étudiante et diriger cette dernière selon son rythme vers des situations requérant des habiletés nouvelles.

Comme les moyens d'investigation requérant l'assistance des soins infirmiers retiendront l'attention des professeures dans l'élaboration des contenus de cours, nous présentons, dans le tableau 5, la Liste des moyens d'investigation. Nous ajoutons également, dans le tableau 6, la Liste des médicaments. Ces deux listes sont extraites textuellement du devis pédagogique du collège de Trois-Rivières .

Nous remercions sincèrement mesdames Michèle Deslauriers, Simone Germain et Louise Grondin, auteures du devis pédagogique du collège de Trois-Rivières, pour la permission accordée d'utiliser les tableaux présentant les *moyens d'investigation* (tableau 5) et les *classes de médicaments* (tableau 6). Ceux-ci ont été élaborés en fonction des problèmes prioritaires de santé qui, à l'heure actuelle, sont en révision.

TABLEAU 3

Répartition des éléments du contenu du fil conducteur
connaissance de la personne

**SOINS INFIRMIERS I : 180-110**

*Conception de la santé*

- déterminants de la santé
- habitudes de vie
- environnement
- événements
- croissance et développement

*Conception des soins infirmiers en regard de la santé, selon le modèle d'Orem*

*Auto-soin*

- nécessités d'auto-soin universel (les normalités)
  - ° maintenir un apport suffisant d'air
  - ° maintenir un apport suffisant de liquide
  - ° maintenir un apport suffisant de nourriture (nutrition)
  - ° s'occuper des processus d'élimination
  - ° maintenir un équilibre entre les activités et le repos
  - ° maintenir un équilibre entre la solitude et les interactions sociales
  - ° prévenir les risques
  - ° promouvoir la normalité (sexualité, cycle menstruel, méthodes contraceptives)
- nécessités d'auto-soin lié à la croissance et à un événement de la vie

*Diagnostics infirmiers*

- anxiété
- chagrin
- altération de l'image de soi

*Problèmes prioritaires de santé*

Introduction à la thérapeutique:*

- médecines alternatives
- pharmacologie
- administration des médicaments
- techniques de soins
- moyens d'investigation

---

*La thérapeutique se poursuivra dans chacun des numéros de cours par le biais des problèmes prioritaires de santé.

TABLEAU 3

Répartition des éléments du contenu du fil conducteur
connaissance de la personne

(suite)

SOINS INFIRMIERS II : 180-210

*Approfondissement de la conception explicite des soins infirmiers selon Orem*

- Conception de la maladie/santé
- Nécessités d'auto-soin reliées aux déviations de santé

*Problèmes prioritaires de santé*

- Vue d'ensemble des problèmes de santé de la population du Québec (selon les âges de la vie)
- Rapport entre les problèmes de santé et les diagnostics infirmiers

*Diagnostics infirmiers*

- Douleur
- Restriction de la mobilité
- Altération de la perception sensorielle

*Étude d'un problème prioritaire de santé*

- Maladie ostéo-articulaire

*Premiers soins*

- Plan général d'intervention en cas d'urgence
- Hémorragie et état de choc
- Inconscience et obstruction des voies respiratoires
- Arrêt respiratoire, arrêt cardiaque
- Fractures
- Brûlures, engelures, hypothermie, hyperthermie
- Blessures aux yeux
- Intoxication
- Plaies mineures
- Déplacement et transport du blessé
- Matériel de premiers soins.

TABLEAU 3

Répartition des éléments du contenu du fil conducteur
connaissance de la personne

(suite)

SOINS INFIRMIERS III : 180-310 ou 180-410

*L'ENFANT ET LA RELATION PARENTALE*

*Conception explicite des soins infirmiers selon Orem*

| | |
|---|---|
| *Enfant* | Première année de vie<br>Petite enfance et âge scolaire<br>Adolescence |
| *Parent* | Préparation à la relation parentale (grossesse, le «devenir parent»)<br>Relation parentale (enfantement, période post-partum)<br>Famille monoparentale et adolescente enceinte. |

*Problèmes prioritaires de santé*

*Affectations périnatales*: maladies anoxémiques et hypoxémiques, prématuré, excès et insuffisance de poids, mort subite.

*Maladies de l'appareil respiratoire*: grippe, allergies, asthme, bronchiolite, broncho-pneumonie, amygdalite, fibrose kystique.

*Accidents et traumatismes physiques*: intoxications, brûlures, fractures, hyphéma, traumatismes cérébraux, polytraumatisés, synovite.

*Anomalies congénitales*: d'origine chromosomique: mongolisme
d'origine tératogénique: rubéole, radiation, médicaments, produits chimiques
d'origine infectieuse chez la mère: rubéole.

*Maladies de l'appareil digestif*: diarrhée, vomissement, appendicite, péritonite, hernies.

*Troubles de vision et d'audition*: otite, strabisme.

*Troubles psycho-sociaux et troubles mentaux*: troubles de comportement et d'apprentissage, enfants maltraités, troubles psychosomatiques et névrotiques, anorexie mentale.

*Maladies infectieuses*: oreillons, rubéole, rougeole, varicelle, coqueluche

*Tumeurs*: leucémie et tumeurs de l'encéphale.

*Affectations de la peau*: exzéma, acné.

*Problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement*: avortement, toxémie, pré-éclampsie, placenta praevia, hémorragie, décollement placentaire, prématurité, curetage.

*Étude de situations*

*Étude de situations* ayant des effets perturbateurs sur le développement et la croissance de l'enfant et sur la relation parentale, dans un contexte de soins infirmiers:

- violence familiale
- enfance handicapée
- agression sexuelle
- enfant hospitalisé.

TABLEAU 3

Répartition des éléments du contenu du fil conducteur
connaissance de la personne

*(suite)*

**SOINS INFIRMIERS IV : 180-320 ou 180-420**

*L'ADULTE*

*Conception explicite des soins infirmiers* selon Orem, en regard des particularités propres à l'adulte, relativement aux événements: le climatère, le travail (ou l'absence de travail) et le rôle social.

*Problèmes prioritaires de santé*

*Alcoolisme et toxicomanies*

*Dépression mineure, détresse spirituelle*

*Suicide*

*Maladies de l'appareil circulatoire:*
- cardiopathies: maladies coronariennes, insuffisance cardiaque, artériosclérose
- accidents cérébro-vasculaires (A.C.V.)
- hypertension.

*Tumeurs:* cancer du sein, cancer du poumon, tumeurs malignes du tube digestif (intestin).

*Maladies de l'appareil digestif:* ulcères, cirrhose du foie, cholecystite et lithiase biliaire.

*Maladies de l'appareil respiratoire:* emphysème, M.P.O.C. (maladies pulmonaires obstructives chroniques).

*Maladies ostéo-articulaires:* arthrite, rhumatisme.

*Maladies du système génito-urinaire:* adénome de la prostate, insuffisance rénale, cystite, infections vaginales, MTS, hystérectomie.

*Diabète et obésité.*

*Étude de problèmes de santé reliés au travail* dans un contexte de soins infirmiers

- Accidents de travail et traumatismes
- Maladies industrielles
  - . maux de dos
  - . M.P.O.C. (maladies pulmonaires obstructives chroniques)
- Prévention des maladies industrielles et accidents de travail chez le personnel infirmier
  - . maux de dos
  - . hépatite, sida
  - . risques en regard des anti-néophasiques et des agents anesthésiques.

TABLEAU 3

Répartition des éléments du contenu du fil conducteur
*(suite)* connaissance de la personne

**SOINS INFIRMIERS IV**

*L'ADULTE ET LE TRAVAIL*

Conception explicite des soins infirmiers en regard des particularités propres à l'adulte relativement aux événements: le travail.

Comment aborderons-nous ce thème «le travail»?

- Un événement important dans la vie de l'adulte.
- Le travail et l'absence de travail créent un impact important sur la santé de l'individu (physique et mentale)
- Le travail et l'absence de travail peuvent modifier les nécessités d'auto-soin de l'individu.
  Exemple: le travail peut changer mes habitudes alimentaires, mes périodes d'activité et de repos; le maintien de l'équilibre entre mes moments de solitude et d'interaction sociale, si je travaille le soir ou la nuit.

  Exemple: Un travail dans un milieu industriel où la demande de production apporte un stress chez le travailleur. Prévenir les risques pour maintenir sa santé et sa satisfaction au travail devient important compte tenu du facteur stress.

  Exemple: L'absence de travail (chômage) peut apporter des soucis financiers et créer une image dévalorisante de soi.

Quels sont les problèmes de santé reliés au travail?

Les risques de tout ordre sont possibles en milieu de travail et peuvent engendrer la maladie. Ces risques sont:
- physiques (bruit, radiations, poussière)
- chimiques (toxicologie industrielle)
- biologiques (maladies infectieuses, bactériologiques, virales, parasitaires)
- psycho-sociaux: stress psychique, troubles de comportement, troubles psychologiques, maladies psychosomatiques, burnout.

Étude de problèmes de santé reliés au travail dans un contexte de soins infirmiers

*Chez le client:*

- réactions inadaptées au stress
- traumatismes crâniens et médullaires
- prévention des accidents de travail et traumatismes
- prévention des maladies industrielles: maux de dos, M.P.O.C.

*Chez le personnel infirmier:*

- prévention des maladies industrielles et accidents de travail: maux de dos, hépatite, risques en regard des antinéoplasiques et des agents anesthésiques, burnout.

TABLEAU 3

Répartition des éléments du contenu du fil conducteur
connaissance de la personne
(*suite*)

**SOINS INFIRMIERS V : 180-510**

*L'ADULTE (suite)*

*Conception explicite des soins infirmiers selon Orem, en regard de la maladie mentale chez l'adulte*

- Phase d'intégration de la personnalité

*Problèmes prioritaires de santé*

- Troubles névrotiques
- Aspects de la psychosomatique et de l'anorexie
- Troubles caractériels et psychopathiques
- Troubles psychotiques: schizophrénie (aiguë et chronique), psychose maniaco-dépressive, dépression majeure, états délirants, états paranoïdes
- déficience mentale.

*LA PERSONNE D'ÂGE MÛR*

*Conception explicite des soins infirmiers selon Orem, en regard des particularités propres à la personne d'âge mûr et en fonction des événements*

- Pré-retraite et retraite
- Vieillissement
- Mort

*Problèmes prioritaires de santé propres à la personne d'âge mûr*

*Maladies cérébro-organiques*: démence sénile, maladie de Korsakoff, maladie d'Alzheimer.

*Maladies ostéo-articulaires*: arthrose, ostéoporose.

*Maladies de l'appareil circulatoire*: insuffisance artérielle/amputation.

*Accidents et traumatismes*: fracture de la hanche.

*Troubles des sens*: glaucome, cataracte, surdité.

*Malnutrition*: anémie, carence en vitamines, en minéraux et en fibres.

*Empoisonnement par intoxication médicamenteuse* (relié à la dépression et au suicide)

*Étude de situations*

*Étude de situations* ayant des effets perturbateurs sur le développement et la croissance de la personne adulte et d'âge mûr, dans un contexte de soins infirmiers

- institutionnalisation des personnes hospitalisées en psychiatrie et les autres alternatives à l'hospitalisation
- isolement social chez les personnes âgées.

# TABLEAU 4

## Techniques de soins infirmiers

| TECHNIQUES DE SOINS INFIRMIERS | DEGRÉ D'HABILETÉ | SESSION | TECHNIQUES DE SOINS INFIRMIERS | DEGRÉ D'HABILETÉ | SESSION |
|---|---|---|---|---|---|
| **1. Maintenir un apport suffisant d'air** | | | | | |
| Exercices respiratoires | M* | 210 | Aérosolthérapie | S | 310 |
| Administration d'$O_2$: . croupette | M | 310 | Aspiration des sécrétions: | M | 310/410 |
| . lunette nasale | M | 410 | . naso-pharyngées, bronchiques | M | 410 |
| . masque facial | M | 410 | . endo-trachéales | S | 410 |
| . tente faciale | M | 410 | . soins de trachéotomie | S | 410/510 |
| Administration d'humidité: | | | Drainage thoracique | S | 410 |
| . croupette | M | 310 | Technique d'Heimlich | S | 310 |
| . humidificateur | M | 310 | Appareils : Bird, Bennett | S | 410 |
| . tente faciale | M | 410 | Réanimation cardio-respiratoire | S(M) | 410/510 |
| . masque trachéal | S | 410 | | | |
| Drainage postural | S | 310/410 | | | |
| Clapping | S | 310/410 | | | |
| **2. Maintenir un apport suffisant de liquide et de nourriture** | | | | | |
| Aide à l'alimentation | M | 110 | Gavage: tube gastrique | M | 310/410 |
| Alimentation au sein | M | 310 | Installation d'un tube gastrique | S(M) | 310/410 |
| Alimentation au biberon | M | 310 | Irrigation du tube gastrique | M | 310/410 |
| Alimentation solide chez l'enfant | M | 310 | Résidu gastrique | M | 310/410 |
| Thérapie parentérale (soluté) | | | Drainage gastro-intestinal avec ou sans succion | M | 310/510 |
| Préparation, installation | M | 410/510 | Lavage gastrique | S | 310/410 |
| . papillon, jelco | M | 410/510 | Transfusion | | |
| Calcul du débit | M | 310 | Préparation, installation | M | 410 |
| Changement de tubulure | M | 310 | Surveillance | M | 410 |
| Pompe ivac | M | 310 | | | |
| Dosage ingesta excreta | M | 310 | | | |
| **3. S'occuper des processus d'élimination** | | | | | |
| Bassin de lit | M | 110 | Mise en place du condom avec drainage | M | 410 |
| Mesure de diurèse | M | 110/210 | Entretien d'une cystostomie (sonde) | S | 310/510 |
| Cathétérisme vésical | M | 210/510 | Irrigation de la colostomie | S | 410/510 |
| Cathétérisme résiduel | S | 210/510 | Entretien de l'iléostomie | S | 410/510 |
| Sonde à demeure | M | 210/510 | Lavement: évacuant | M | 110/210 |
| Changement du sac urinaire | S | 210/510 | à retenir | S | 110/210 |
| Évaluation du globe vésical | M | 210 | Curage rectal | S | 510 |
| Installation vésicale | M | 210/510 | Insertion du tube rectal | M | 110/210 |
| Irrigation vésicale | M | 210/510 | | | |
| Installation du sac collecteur (enfant) | M | 310 | | | |

TABLEAU 4

(suite) Techniques de soins infirmiers

| TECHNIQUES DE SOINS INFIRMIERS | DEGRÉ D'HABILETÉ | SESSION |
|---|---|---|
| **4. Maintenir un équilibre entre les activités et le repos** | | |
| Environnement du client | M | |
| . sécurité | S(M) | 110/310 |
| . température de la pièce | S(M) | 110 |
| . humidité | S(M) | 110 |
| . ventilation, odeurs | S(M) | 110 |
| Réfection du lit | | |
| . lit fermé, ouvert, occupé | M | 110 |
| Positions de confort | | |
| . au lit, au fauteuil | M | 110 |
| . pour examen et traitement | M | 310 |
| Techniques de relaxation | | |
| . friction et massage | M | 110 |
| Appréciation de la contraction | | 310 |
| Incusateur | S(M) | 310 |
| Mouvement et locomotion du client | | |
| . Principes de la mécanique corporelle | M | 210 |
| . Exercices: passifs, actifs | M | 210 |
| isométriques, isotoniques | M | 310 |
| . Lever au bord du lit | M | 210 |
| . Premier lever post-opératoire | M | 210 |
| accouchement | M | 310 |
| . Lever après séjour prolongé au lit | M | 210 |
| . Lever au fauteuil | M | 210 |
| . Lever au fauteuil roulant | M | 210 |
| . Transfert à la civière | M | 210 |
| . Appareils pour tourner le client: (stryclcer, Foster) | S | 310 |
| . Levier mécanique | M | 510 |
| Assistance à la marche | M | 210 |
| Déplacement avec: canne | S(M) | 210 |
| marchette | S(M) | 210 |
| béquilles | S(M) | 310 |
| Prothèses et orthèses | S | 510 |
| **5. Prévenir les risques** | | |
| Sécurité de l'environnement | | |
| . Identité, côtés de lit, cloche d'appel, appareils électriques, etc. | M | 110 |
| . Prévention des chutes et incendies | M | 110 |
| . Plan d'urgence | M | 110 |
| Thérapie par la chaleur et par le froid | | |
| . Sèche (coussins électriques, collier, sac lampe thermolite, etc.) | S | 210/310 |
| . Humide: pansement, enveloppement | M | 210 |
| Prévention et contrôle de l'infection | | |
| . Principes d'asepsie | M | 110 |
| . Lavage des mains | M | 110 |
| . Brossage chirurgical | M | 310 |
| . Manipulation du matériel: stérile | M | 110 |
| contaminé | M | 110 |
| . Port du masque et blouse | M | 110 |
| Techniques de la barrière | | |
| . Stricte, mitigée, inversée, contagion | M | 210 |
| Soins des plaies: désinfection | M | 210/510 |
| pansement | M | 210/510 |
| bandages | M | 210/510 |
| sutures, agrafes | M | 210/510 |
| mobilisation de drain | M | 310 |
| vidange de l'hémovac | S(M) | 310 |
| Préparation chirurgicale de la peau | M | 210 |
| Soin pré-post-opératoire | M | 210 |
| Déplacement | | |
| Mobilisation avec plâtre, traction | M | 310 |
| Soin d'un plâtre, d'une traction | S | 310 |
| Utilisation d'équipement | | |
| . Arceau de lit | M | 510 |
| . Repose-pieds | M | 510 |
| . Planche sous matelas | M | 510 |
| . Trapèze | M | |
| . Matelas pneumatique et d'eau | S | 510 |
| . Matelas caoutchouc mousse | S | 510 |
| Massage utérin | M | 310 |

# TABLEAU 4

(suite) Techniques de soins infirmiers

| TECHNIQUES DE SOINS INFIRMIERS | DEGRÉ D'HABILETÉ | SESSION |
|---|---|---|
| **6. Promouvoir la normalité** | | |
| Hygiène | | |
| . Soins de la bouche | M | 110 |
| . Soins de la peau et des phanères | M | 110 |
| . Soins des yeux | M | 110 |
| . Soins du nez, oreilles, cheveux | M | 110 |
| Examen physique | | |
| Température buccale, axillaire, rectale | M | 110 |
| par sonde électronique | M | 110 |
| Pulsation pédieuse,radiale, carotidienne, fémorale, | M | 110/410 |
| temporale, apicale | M | 310 |
| Respiration | M | 110 |
| Moniteur d'apnée | M | 310 |
| Foetoscope, isolette | M | 310 |
| Tension artérielle | M | 410 |
| Masse : Balance adaptée aux âges | M | 110/510 |
| Balance métabolique | | |
| Mensuration : hauteur | M | 110/310 |
| périmètre : thoracique, crânien, abdominal, des chevilles | M | 110 |
| Inspection de l'état de la peau et des muqueuses | M | 110 |
| Auscultation | M | 610 |
| **Thérapie médicamenteuse** | | |
| Vérification de l'ordonnance, calcul, préparation, administration et enregistrement des médicaments par voie: | | |
| a) buccale | M | 110/210 |
| b) vaginale | S | 310 |
| c) rectale | M | 110/210 |
| d) sous-cutanée | M | 110/210 |
| e) intramusculaire | M | 110/210 |
| f) intramusculaire en Z | S | 410 |
| g) intradermique | S(M) | 110/210 |
| h) intraveineuse | M | 410 |
| i) topique | M | 110/210 |
| j) cathéter et/ou sonde | M | 310 |

| TECHNIQUES DE SOINS INFIRMIERS | DEGRÉ D'HABILETÉ | SESSION |
|---|---|---|
| Hygiène | | |
| . Soins du nouveau-né à la salle d'accouchement | M | 310 |
| à la pouponnière | M | 310 |
| . Bain du bébé | M | 310 |
| . Bain de siège | M | 310 |
| . Soins des seins, du périnée | M | 310 |
| . Soins de l'ombilic | M | 310 |
| Examen physique (Suite) | | |
| Réflexes du nouveau-né | S | 310 |
| Examen des fontanelles | M | 310 |
| Involution utérine | M | 310 |
| Contraction utérine | M | 310 |
| Signes neurologiques | | |
| Réaction pupillaire, force motrice | M | 310 |
| État de conscience, sensibilité | M | 310 |
| Orientation dans le temps et l'espace | M | 310 |
| Tension veineuse centrale | S(M) | 410 |
| Soins du mourant | M | 510 |
| Soins post-mortem | M | 510 |
| Instillation | | |
| a) auriculaire | S(M) | 110/210 |
| b) nasale | S(M) | 110/210 |
| c) oculaire | S(M) | 110/210 |
| d) vésicale | S(M) | 110/210 |
| Administration de l'insuline | M | 410 |
| Enregistrement des drogues contrôlées | M | 110/210 |

*Légende : M = Maîtrise de l'exécution de la technique auprès d'un client
S = Connaissance de l'exécution de la technique en situation simulée** lorsque les expériences cliniques sont insuffisantes
S(M)= Maîtrise de l'exécution de la technique par simulation
**«Simulation» désigne les expériences non-cliniques

# TABLEAU 5 *

## Liste des moyens d'investigation

| 180-110 | 180-210 | 180-310 | 180-410 | 180-510 | 180-610-620 |
|---|---|---|---|---|---|
| Analyses de laboratoire:<br>. Analyse sommaire des urines<br>. Hématologie<br>. Biochimie<br>. Banque de sang<br>. Histologie<br>. Cytologie<br>. Bactériologie<br>. Biopsie<br><br>Auscultation<br><br>Biopsie<br><br>Inspection<br><br>Palpation<br><br>Percussion<br><br>Prélèvement | Analyses de laboratoire:<br>Hématologie<br>. Hématocrite<br>. Hémoglobine<br>. Formule sanguine<br>. Différentielle<br>. Plaquette<br>. Taux, temps de prothrombine<br>. Temps de saignement<br>. Vitesse de sédimentation<br>. B.W.<br>. V.D.R.L.<br><br>Bangue de sang<br>. Groupe sanguin<br>. RH<br><br>Biochimie<br>. Glycémie<br>. Azotémie<br><br>Bactériologie<br>. Culture et antibiogramme des urines<br><br>Radiologie<br>. Radiographie pulmonaire | Analyses de laboratoire:<br>Dosages hormonales: F.S.H. L.H. dans le sang et les urines.<br><br>Épreuves fonctionnelles<br>Fonction respiratoire:<br>. $HCO_3$<br>. PH<br>. $PO_2$<br>. $PCO_2$<br><br>Radiologie<br>. Hystérosalpingographie<br>. Urographie I.V.<br><br>Endoscopie<br>. Otoscopie<br>. Laparoscopie<br><br>Autres<br>. Examen gynécologique<br>. Cytologie vaginale<br>. Test de Papanicolaou<br><br>Audiogramme<br><br>Test au diapason<br><br>Ponction capillaire digitale<br><br>Amniocenthèse<br><br>Échographie<br><br>Iontophorèse | Analyses de laboratoire:<br>Hématologie<br>. Temps de Quick<br>. Volume plasmatique<br>. Volume sanguin<br>. Volume globulaire<br>. S.G.O.T., S.G.P.T.<br><br>Biochimie<br>. Électrophorèse des protéines<br>. $T_3$, $T_4$, 17 hydroxycorticoïdes<br>. Bicarbonate, Potassémie, Natrémie<br>. Bilirubinémie directe, totale<br>. Triglycérides, cholestérolémie, total lipidique<br>. Amylase, calcémie<br>. Créatinémie<br>. Phosphatose acide et alcaline<br><br>Examens fonctionnels<br>. P.S.P., P.B.I., B.S.P.<br>. Clearance à l'urée, à la créatinine. Cytologie gastrique. Hyperglycémie provoquée<br>. Épreuve à l'histamine<br>. Épreuve à l'insuline<br>. Tubage gastrique<br>. Test au diagnex bleu<br>. Épreuve du liquide d'ascite<br><br>Ponctions<br>. Lombaire<br>. Sternale | Analyses de laboratoire:<br>Épreuve de Schilling<br><br>Radiologie<br>. Bronchographie<br>. Arthrographie<br><br>Endoscopie<br>. Bronchoscopie<br><br>Autres<br>. Test d'acuité visuelle<br>. Examen du fond d'oeil<br>. Tonométrie<br>. Examen de la cornée et de la pupille<br>. Inspection de la conjonctive | Analyses de laboratoire: |

TABLEAU 5

Liste des moyens d'investigation

*(suite)*

| 180-110 | 180-210 | 180-310 | 180-410 | 180-510 | 180-610-620 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Examens de laboratoire:<br><br>Radiologie<br><br>. Cholécystographie, cholangiographie<br>. Repas baryté et lavement baryté<br>. Routine cardiaque<br>. Cathétérisme cardiaque<br>. Cartographie<br>. Angiocardiographie (artères, veines)<br>. Angiographie<br>. Mammographie<br>. Pyelographie rétrograde<br>. Myélographie<br><br>Endoscopie<br><br>. Gastroscopie<br>. Cystoscopie<br>. Fluoroscopie<br>. Rectosigmoïdoscopie<br><br>Examens sous appareils à implusions électriques<br><br>. Électrocardiogramme<br>. Électroencéphalogramme<br>. Électromyogramme<br><br>Autres<br><br>Biopsie gastrique, hépatite rénale, intestinale. Tension veineuse centrale et périphérique. Examens neurologiques. Toucher rectal.<br><br>Examens isotopiques<br><br>. Scintigraphie rénale<br>. Scintigraphie cérébrale<br>. Scintigraphie autre | | |

*Cégep de Trois-Rivières, Devis pédagogique, Soins infirmiers 180.01, Trois-Rivières, 1984

# TABLEAU 6 *

## Liste des médicaments

| 180-110 | 180-210 | 180-310 | 180-410 | 180-510 | 180-610-620 |
|---|---|---|---|---|---|
| | . Analgésiques mineurs et majeurs<br>. Antibiotiques<br>. Antipyrétiques<br>. Anti-inflammatoires<br>. Insuline<br>. Sulfamidés | Hormones hypophysaires<br>. Du lobe antérieur:<br>. S.T.H.<br>. A.C.T.H.<br>. T.S.H.<br>. Gonadostimulines<br>- F.S.H.<br>- L.H.<br>- L.T.H. (Prolactine)<br>. Du lobe postérieur:<br>. A.D.H.<br>. Ocytocine (Pitocine)<br>. Inhibiteurs de la prolactine:<br>. Parlodel<br><br>Hormones sexuelles<br>. Androgènes<br>. Oestrogènes<br>. Progestérone<br>. Prostaglandine<br>. Contraceptifs oraux<br>. Agents d'immunisation passive<br><br>Médicaments des fonctions respiratoires<br>. Antihistaminiques<br>. Antitussifs<br>. Bronchodilatateurs<br>. Décongestionnants par voie orale et en vaporisation<br>. Expectorants | Médicaments du système nerveux<br>. Anesthésiques locaux<br>. Anxiolytiques (tranquillisants mineurs)<br>. Hypnotiques<br>. Parasympatholytiques<br>. Parasympathomimétiques<br>. Relaxants musculaires<br>. Sympatholytiques<br>. Sympathomimétiques<br>. Anti-spasmodiques<br><br>Médicaments des fonctions digestives<br>. Anti-acides gastriques<br>. Anti-émétiques<br>. Émétiques<br>. Médicaments divers:<br>- Biogastrone<br>- Maxéran<br>- Tagamet<br><br>Hypoglycémiants et hyperglycémiants<br>. Hypoglycémiants oraux:<br>- Sulfanylures<br>- Biguanides<br>. Glycagon<br><br>Hormones surrénaliennes<br>. Minéralocorticoïdes<br>. Glycocorticoïdes | Médicaments du système nerveux<br>. Antidépresseurs: inhibiteurs de m.a.o.<br>. Antiparkinsoniens<br>. Lithium<br>. Neuroleptiques (tranquillisants majeurs)<br><br>Sels d'or | |

TABLEAU 6

Liste des médicaments

(suite)

| 180-110 | 180-210 | 180-310 | 180-410 | 180-510 | 180-610-620 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Médicaments des fonctions intestinales<br>. Antidiarrhéiques<br>. Laxatifs<br><br>Médicaments anti-infectieux<br>. Anti-fongiques<br>. Anti-parasitaires<br>. Antiseptiques<br>. Antiseptiques urinaires<br>. Antituberculeux<br>. Anti-viraux<br>Agents dermatologiques<br>. Astringents<br>. Agents protecteurs<br>. Agents kératolytiques<br>Médicaments du système nerveux<br>. Anti-dépresseurs: Tricycliques<br>. Anti-convulsivants. | Hormones thyroïdiennes<br>. Agents thyroïdiens<br>. Agents anti-thyroïdiens:<br>- Thiamides<br>- Iode<br>- Iode radio-actif<br>Médicaments des fonctions cardiovasculaires<br>. Anti-coagulants<br>. Anti-arythmiques<br>. Hémostatiques systémiques<br>. Hypolipémiants<br>. Hypotenseurs<br>. Agent sympatholytique pré-synaptique<br>. Tonicardiaques<br>. Vasodilatateurs artériolaires<br>. Vasodilatateurs coronariens<br>Agents électrolytiques<br>. Agents acidifiants<br>. Agents alcalinisants<br>. Uricosuriques<br>. Calcium<br>. Potassium<br>Diurétiques<br>Antinéoplasiques | | |

*Cégep de Trois-Rivières, Devis pédagogique, Soins infirmiers 180.01, Trois-Rivières, 1984

## 2.2 FIL CONDUCTEUR DÉMARCHE DE SOINS

### 2.2.1 Introduction

Le fil conducteur démarche de soins constitue un élément clé du programme-cadre en soins infirmiers. Dans les orientations de ce programme, il est précisé que le processus de la démarche de soins, au même titre que les autres processus (communication, actualisation de soi, engagement professionnel) constitue une habileté essentielle à développer chez la future infirmière, dans l'exercice de sa profession.

Ce fil conducteur correspond à une norme de la pratique professionnelle qui se lit comme suit:

> La pratique infirmière exige l'utilisation efficace de la démarche scientifique comme méthode de travail dans l'exercice des fonctions indépendantes, interdépendantes et dépendantes de la pratique infirmière (Norme 2, de la pratique infirmière, A.I.I.C., juin 1981).

En effet, selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (A.I.I.C.) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (O.I.I.Q.), la démarche de soins constitue une méthode de travail, une façon systématique de procéder, indépendamment de la conception des soins infirmiers choisie. «C'est une démarche scientifique qui procède suivant un ordre logique: la collecte des données, l'interprétation ou analyse des données, la planification des interventions, l'exécution et l'évaluation des soins» (Gosselin et al., 1985, p. 35). C'est aussi, selon Gordon (1982), une méthode d'identification et de résolution des problèmes et, pour l'A.I.I.C. et l'O.I.I.Q., «le terrain privilégié d'application d'une conception des soins infirmiers» (Gosselin et al., 1985, p. 35).

À ce titre, et depuis plusieurs années déjà, le département de techniques infirmières du collège de Bois-de-Boulogne a adopté le modèle conceptuel de Dorothea E. Orem. Le souci de bien comprendre la conception qu'a cette auteure de la pratique infirmière, et de bien articuler son approche dans les étapes de la démarche de soins, ont constitué le point de départ de

Démarche de soins, selon la théorie de Dorothea E. Orem (Gosselin et al., 1985). Réalisée par une équipe de professeures de notre département, cette recherche constitue le pilier central du fil conducteur démarche de soins, objet du présent chapitre.

Mentionnons que dans le chapitre 2.1 traitant du fil conducteur connaissance de la personne versus une conception des soins infirmiers, la théorie de l'*auto-soin* et celle du *déficit d'auto-soin* ont déjà été développées. Le but de ce chapitre était de bien connaître la personne du client dans sa capacité et sa limitation d'auto-soin en fonction du service d'aide offert par l'infirmière.

La section qui suit reprend l'ensemble des concepts théoriques reliés au modèle d'Orem, lesquels seront considérés parallèlement aux étapes de la démarche de soins afin de bien saisir les étapes d'intégration des éléments du modèle dans une démarche scientifique qui procède selon un ordre logique.

### 2.2.2 Modèle conceptuel de Dorothea E. Orem rendu opérationnel dans les cinq étapes de la démarche de soins

Orem (1985) stipule l'existence de quatre opérations communes à toutes les professions de la santé: le diagnostic, la prescription, le traitement et enfin, l'administration des soins. Ces opérations correspondent au «nursing process» ou démarche de soins. Elles «comportent d'une part des opérations technologiques et professionnelles qui correspondent aux étapes de la démarche de soins (...) des opérations interpersonnelles et contractuelles» (Gosselin et al., 1985, p. 39); ces dernières réfèrent au fil conducteur communication. Il est heureux de constater que les deux fils conducteurs du programme-cadre, démarche de soins et communication, sont interreliés.

Orem (1985) mentionne aussi que la démarche de soins a son fondement dans l'action délibérée, ce qui sous-tend nécessairement un choix (décision) et l'engagement à l'exécuter en fonction d'un but déterminé. De ce fait, elle considère que les étapes de la démarche de soins peuvent être regroupées en trois phases (Gosselin et al., 1985); l'idée maîtresse de chacune d'elle se résume ainsi:

Phase I : Déterminer pourquoi le client a besoin de soins infirmiers (diagnostic et prescription)

Phase II : Déterminer le type d'assistance requis par le client (élaboration d'un système de soins et planification de l'assistance)

Phase III : Entreprendre, diriger et contrôler les actions d'assistance (production des soins et administration du système de soins).

Chacune de ces phases se rattache à des étapes précises de la démarche de soins et aux opérations communes aux professions de la santé, tel que l'illustre la figure suivante sur laquelle nous nous attarderons pour étudier les interrelations concernées à des étapes spécifiques de la démarche de soins.

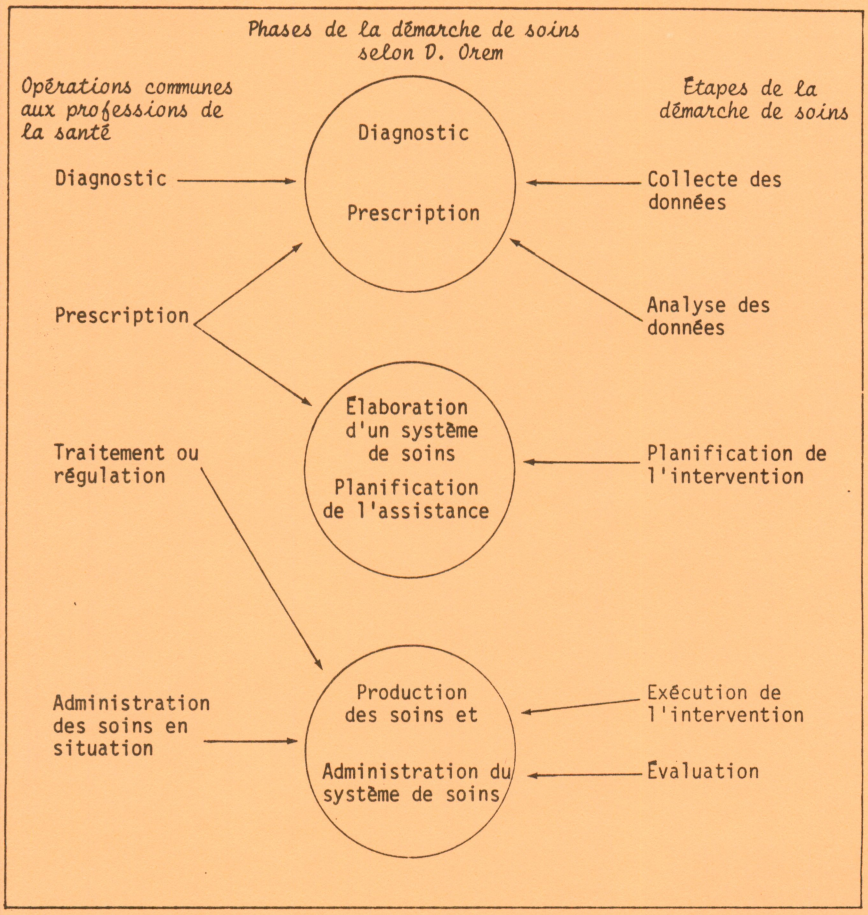



Fig. 6 - Concordance entre les phases proposées par Orem, les étapes de la démarche de soins et les opérations communes aux professions de la santé (Gosselin et al., 1985, p. 41)

**PHASE I** - Déterminer pourquoi le client a besoin de soins infirmiers

Cette première phase comporte la collecte et l'analyse des données qui permettent de diagnostiquer le déficit d'auto-soin du client et de formuler une prescription. Orem (1985) spécifie que le diagnostic est une «investigation qui permet à l'infirmière de porter un jugement sur la situation de santé actuelle du client, tandis que la prescription est reliée au fait de décider ce qui est à faire ou ce qui devrait être fait» (Gosselin et al., 1985, p. 43). Ainsi, ces deux éléments (diagnostic et prescription) découlent de la conception du client et de la conception du but des soins infirmiers.

En effet, dans le modèle conceptuel d'Orem, le client est considéré comme ayant la capacité d'agir pour satisfaire les nécessités d'auto-soin; l'orientation des soins infirmiers étant de compenser les limitations d'auto-soin du client et/ou de rétablir ou de développer sa capacité d'auto-soin (Gosselin et al., 1985).

L'identification du déficit d'auto-soin du client suppose d'abord que l'on recueille des données relatives aux éléments suivants:

- les facteurs conditionnants
- les nécessités d'auto-soin universelles, celles reliées à la croissance et celles reliées aux déviations de santé
- les pratiques d'auto-soin du client ou celles de la personne dépendante
- les composantes de la capacité d'auto-soin du client ou celles de la personne dépendante.

Dans un deuxième temps, l'infirmière porte un jugement clinique sur l'ensemble de ces données afin de:

- déterminer l'exigence d'actions thérapeutiques
- évaluer la capacité d'auto-soin du client
- diagnostiquer le déficit d'auto-soin (Gosselin et al., 1985, p. 173).

Ces opérations s'inscrivent dans le cadre de la relation infirmière-client et rejoignent ainsi la Phase I du processus d'aide d'Egan (tableau 9), en regard de l'exploration et de la clarification du problème du client.

**PHASE II** - Déterminer le type d'assistance requis par le client

Déterminer le type d'assistance requis par le client correspond à l'étape planification de l'intervention. Cette Phase II oriente les actions délibérées posées par l'infirmière et le client, actions dont l'ensemble constitue un système de soins infirmiers. Plus spécifiquement, selon Orem, le système de soins infirmiers vise à satisfaire l'exigence d'actions thérapeutiques, à compenser les limites d'actions du client et à régulariser le développement et l'exercice de la capacité d'auto-soin de celui-ci (Gosselin et al., 1985). En d'autres termes, à la Phase II, il faut répondre aux questions suivantes: «Qui va exécuter les actions reliées à l'exigence d'actions thérapeutiques?» et «Comment ces actions doivent-elles être accomplies?».

Ces questions introduisent la notion de répartition des rôles entre l'infirmière, le client et/ou l'agent de soins aux dépendants. Pour ce faire, Orem identifie trois systèmes de soins infirmiers auxquels sont reliés des modes d'assistance de l'infirmière.

Selon Orem, le système **entièrement compensatoire** réfère à des situations où «le client ne peut avoir un rôle actif dans la réalisation de son auto-soin» et le système **partiellement compensatoire**, à «une situation où l'infirmière et le client effectuent des activités reliées aux soins» (Gosselin et al., 1985, p. 45). Le système de **soutien et d'éducation** s'applique dans toutes les situations où le client accomplit l'auto-soin et où l'infirmière l'assiste dans l'exécution et/ou l'apprentissage de l'accomplissement de l'auto-soin thérapeutique.

Dans cette optique, les cinq modes d'assistance mentionnés par Orem, en regard de ces trois systèmes de soin, viennent préciser l'action de l'infirmière:

- exécuter ou agir pour le client
- le guider ou le diriger
- le soutenir psychologiquement et physiquement
- lui procurer un environnement qui engage le développement de sa personne
- lui enseigner (Gosselin et al., 1985, p. 45).

Précisons que ces actions de l'infirmière se situent nécessairement dans le champ de la limitation du client. En effet, la capacité et le pouvoir d'agir de celui-ci sont pris en considération et stimulés de manière à maintenir et à promouvoir les pratiques d'auto-soin de l'individu qui reçoit le service d'aide de l'infirmière.

**PHASE III** - Entreprendre, diriger et contrôler les actions d'assistance

Cette troisième phase correspond à l'exécution de l'intervention et à l'évaluation.

L'infirmière fournit au client l'assistance nécessaire pour l'aider à satisfaire les exigences thérapeutiques et à régulariser l'exercice et le développement de ses capacités de s'engager dans l'auto-soin. Cette assistance est maintenue aussi longtemps qu'existe le déficit d'auto-soin ou de soins aux dépendants. Elle est réévaluée régulièrement afin de réajuster le système de soins infirmiers si nécessaire.

Gosselin et al. (1985) proposent des guides d'opération pour chacune de ces étapes, mais l'expérimentation de ceux-ci reste à faire.

### 2.2.3 Objectifs terminaux, intermédiaires, spécifiques

Les concepts du modèle d'Orem et leur relation avec les cinq étapes de la démarche de soins sont rendus opérationnels dans une séquence d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques destinés à l'apprentissage de l'étudiant.

Ces objectifs d'ordre cognitif et affectif permettent d'intégrer les concepts théoriques d'Orem à une démarche systématique qui vise l'identification des besoins de soins infirmiers, la planification, l'administration

et l'évaluation des soins, dans le cadre des fonctions autonomes et de collaboration de l'infirmière généraliste.

La séquence du processus d'apprentissage de la démarche de soins respecte l'orientation du programme-cadre, à savoir que l'étudiante prendra connaissance de toutes les étapes de la démarche de soins, dès la première session, afin de bien cerner le but de cette démarche et d'éviter un morcellement jugé artificiel. Par contre, la progression du simple au complexe durant les trois années de formation se fera en fonction et des concepts théoriques du modèle en soins infirmiers et des habiletés reliées à chaque étape de la démarche de soins. Ceci se traduit par une gradation des comportements attendus chez l'étudiante, d'une session à l'autre, progression qu'on peut observer dans la séquence des objectifs d'apprentissage reliés à la démarche de soins (tableau 7) tirée telle quelle de Gosselin et al.,(1985, pp. 183-195).

### 2.2.4 Répartition des éléments théoriques et de laboratoire

La répartition des éléments théoriques et de laboratoire est résumée au tableau 8. Nous y relevons les principaux éléments de connaissances théoriques prévus pour chacune des sessions. En parallèle, nous précisons le sens des objectifs poursuivis en laboratoire (au collège et/où à l'hôpital). Également, nous reprenons les habiletés d'ordre cognitif et affectif à développer chez l'étudiante, de façon cohérente et progressive, durant les trois années de sa formation.

TABLEAU 7

180-110

## Séquence des objectifs d'apprentissage reliés à la démarche de soins**

| OBJECTIF TERMINAL | OBJECTIFS INTERMEDIAIRES | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES | RÉFÉRENCES |
|---|---|---|---|
| 1. Prend conscience de l'importance de l'utilisation d'une démarche scientifique basée sur la théorie du déficit d'auto-soin dans l'exercice de la profession infirmière. | 1.1 Situe la démarche de soins dans l'exercice de la profession infirmière | 1.1.1 Examine les définitions des soins infirmiers selon le Conseil international des infirmières (C.I.I.), l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (A.I.I.C.), la Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec, articles 36 et 37 | Kozier p.5 |
| | | 1.1.2 Connaît les normes reliées à la pratique infirmière selon l'A.I.I.C. et l'O.I.I.Q. | Kozier p.23 |
| | 1.2 Explicite le but de la profession infirmière d'après la théorie du déficit d'auto-soin | 1.2.1 Connaît l'idée centrale de la théorie du déficit d'auto-soin | Orem p.36-37-38 |
| | | 1.2.2 Énumère ses trois fondements théoriques | Orem p.36-37-38 |
| | | 1.2.3 Énumère des propositions, des postulats qui sous-tendent la théorie du déficit d'auto-soin | Orem p.36-37-38 |
| | 1.3 Se sensibilise aux concepts reliés à la théorie de l'auto-soin | 1.3.1 Connaît le concept d'auto-soin et le système d'auto-soin | Orem p.9-11 |
| | | 1.3.2 Connaît les 8 facteurs conditionnants | Orem p.251-253 |
| | 1.4 Se sensibilise aux concepts reliés à la théorie du déficit d'auto-soin | 1.4.1 Connaît les nécessités d'auto-soin universelles, liées à la croissance, liées aux déviations de santé | Orem p.90-97 |
| | | 1.4.2 Connaît le concept d'exigence d'actions thérapeutiques | Orem |
| | | 1.4.3 Connaît le concept de capacité d'auto-soin et de limitation dans la capacité d'auto-soin | Orem p.105-107 |
| | | 1.4.4 Connaît le concept de déficit d'auto-soin | Orem p.122-125 |
| | 1.5 Se sensibilise aux concepts reliés à la théorie des systèmes de soins infirmiers | 1.5.1 Connaît le concept de modes d'assistance | Orem p.151-153 |
| | | 1.5.2 Connaît le concept de systèmes de soins infirmiers | |
| | | 1.5.3 Connaît le concept de capacité de soins infirmiers | |
| | 1.6 Démontre une compréhension des opérations reliées aux étapes de la démarche de soins | 1.6.1 Connaît les différentes étapes de la démarche de soins | Kozier p.339 |
| | | 1.6.2 Expérimente les étapes de la démarche en cherchant des solutions à un problème de vie quotidienne relié au maintien de la santé | |

TABLEAU 7
(suite)

180-110 (suite)

Séquence des objectifs d'apprentissage reliés
à la démarche de soins**

| OBJECTIF TERMINAL | OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES | RÉFÉRENCES |
|---|---|---|---|
| | 1.7 Relie la théorie du déficit d'auto-soin à la démarche de soins | 1.7.1 Fait des liens entre la théorie du déficit d'auto-soin et son application dans la démarche de soins | |
| | 1.8 S'initie à utiliser la démarche de soins auprès de personnes dont le système d'auto-soin permet la satisfaction des exigences d'actions thérapeutiques | 1.8.1 Recueille les données liées aux nécessités d'auto-soin<br>1.8.2 Analyse les données afin d'identifier l'exigence d'actions thérapeutiques, les capacités d'auto-soin, le déficit d'auto-soin<br>1.8.3 Explore des interventions que l'infirmière peut poser afin d'aider le client à poursuivre le développement de son potentiel en regard de sa santé | Orem p.224-225 |
| | 1.9* Prend conscience de ses goûts, de ses intérêts en regard de sa capacité de soigner | 1.9.1 Examine ses intérêts, ses goûts pour appliquer la démarche de soins | |
| | 1.10* Développe sa curiosité intellectuelle ou sa capacité à orienter son action | 1.10.1 Démontre de la réflexion, de l'effort, de la curiosité dans les travaux cliniques | |
| | 1.11* Consent à se sensibiliser à de nouveaux concepts qui l'amènent à définir les soins infirmiers | 1.11.1 Compare sa perception antérieure des soins infirmiers aux nouvelles notions théoriques et à la réalité clinique | |
| | 1.12* Prend conscience de sa capacité d'observation | 1.12.1 Utilise ses sens pour rapporter des données<br>1.12.2 Procède à un examen physique sommaire<br>1.12.3 Se sensibilise à l'importance de rapporter ses observations avec précision | |

TABLEAU 7
(suite)

180-210

Séquence des objectifs d'apprentissage reliés
à la démarche de soins**

| OBJECTIF TERMINAL | OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES | RÉFÉRENCES |
|---|---|---|---|
| 2. Démontre sa compréhension à identifier le déficit d'auto-soin dans une situation clinique | 2.1 Utilise les concepts appris pour orienter l'application de sa démarche de soins | 2.1.1 Examine sa compréhension des différents concepts en relation avec les étapes de la démarche de soins | |
| | 2.2 Démontre sa compréhension à appliquer la démarche de soins selon la théorie du déficit d'auto-soin auprès d'individus hospitalisés | 2.2.1 Recueille les données liées aux nécessités d'auto-soin et aux facteurs conditionnants | |
| | | 2.2.2 Analyse les données afin d'identifier l'exigence d'actions thérapeutiques, les capacités d'auto-soin, le déficit d'auto-soin | Orem p.224-225 |
| | 2.3 S'initie à la planification des soins | 2.3.1 Reconnaît les 3 systèmes de soins élaborés par Orem | |
| | | 2.3.2 Reconnaît les 5 modes d'assistance | |
| | | 2.3.3 S'initie à spécifier les interventions reliées aux différents modes d'assistance | Orem, 3° édition p.150 à 156 |
| | | 2.3.4 Apprend à exécuter les interventions propres à la situation | |
| | | 2.3.5 S'exerce à évaluer avec aide la démarche de soins | |
| | 2.4* Accepte d'utiliser les concepts appris pour orienter l'application de sa démarche de soins | 2.4.1 Choisit de recueillir les données en utilisant la grille des nécessités d'auto-soin | |
| | | 2.4.2 Projette d'utiliser ce cadre de référence dans sa pratique | |
| | 2.5* S'intéresser à l'utilisation de la démarche de soins basée sur la théorie du déficit d'auto-soin | 2.5.1 Présente la situation clinique au groupe de stage en tenant compte des étapes de la démarche de soins selon la théorie du déficit d'auto-soin | |
| | | 2.5.2 Rédige ses travaux cliniques en tenant compte des étapes de la démarche de soins | |
| | 2.6* Se fait confiance dans la compréhension de son processus intellectuel | 2.6.1 Se permet d'énoncer des hypothèses en rapport avec sa perception de la situation clinique | |
| | | 2.6.2 S'initie à valider ses hypothèses | |
| | | 2.6.3 Nomme un diagnostic de déficit d'auto-soin | |

(suite)

180-310

## Séquence des objectifs d'apprentissage reliés à la démarche de soins**

| OBJECTIF TERMINAL | OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES | RÉFÉRENCES |
|---|---|---|---|
| 3. Prend conscience du concept «soins aux dépendants» dans certaines situations liées aux âges de la vie | 3.1 S'initie à appliquer la démarche de soins auprès de personnes responsables des soins aux membres dépendants de leur famille | 3.1.1 Recueille des données reliées au vécu de la personne dépendante et reliées aux composantes du système de soins des personnes responsables | |
| | | 3.1.2 Analyse :<br>.identifie les nécessités d'auto-soin prioritaires<br>.prescrit l'exigence d'actions thérapeutiques de la personne dépendante<br>.évalue l'état de développement et l'adéquacité des capacités de soins de la personne responsable<br>.diagnostique le déficit d'auto-soin | Orem<br>p.224-225 |
| | | 3.1.3 Planifie :<br>.établit un accord avec la personne responsable concernant la prescription de l'exigence d'actions thérapeutiques<br>.s'initie à identifier le système de soins infirmiers et les modes d'assistance<br>.s'initie à répartir les rôles entre le client, la personne responsable et l'infirmière | Orem<br>p.150-156 |
| | | 3.1.4 Exécute des interventions qui permettront la régularisation, le développement des capacités de soins de la personne responsable | |
| | | 3.1.5 Évalue sa démarche de soins | |
| | 3.2* Manifeste sa volonté de comprendre les étapes de la démarche de soins | 3.2.1 Fait appel à ses goûts, ses désirs pour décider d'utiliser la démarche | |
| | 3.3* Prend la responsabilité de s'impliquer dans toutes les étapes de la démarche de soins | 3.3.1 Choisit elle-même d'utiliser la démarche de soins | |

TABLEAU 7
(suite)

180-410

## Séquence des objectifs d'apprentissage reliés à la démarche de soins**

| OBJECTIF TERMINAL | OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES | RÉFÉRENCES |
|---|---|---|---|
| 4. Démontre sa compréhension à appliquer la démarche de soins auprès d'individus de tous les âges et prend conscience du concept «soins aux dépendants» | 4.1 Manifeste des habiletés à appliquer les différentes étapes de la démarche de soins | 4.1.1 Recueille des données reliées aux nécessités d'auto-soin universelles, reliées à la croissance et aux déviations de santé | |
| | | 4.1.2 Analyse les données<br>.identifie les nécessités d'auto-soin prioritaires<br>.prescrit l'exigence d'actions thérapeutiques actuelle et potentielle<br>.évalue la capacité de soin de l'individu ou de la personne responsable<br>.diagnostique le déficit d'auto-soin | Orem, p.224-225 |
| | | 4.1.3 Planifie<br>.spécifie le système de soins infirmiers<br>.spécifie les modes d'assistance<br>.répartit les rôles entre l'infirmière, le client et les personnes responsables | Orem p.150-156 |
| | | 4.1.4 Exécute<br>.les interventions planifiées | |
| | | 4.1.5 Évalue la satisfaction des nécessités d'auto-soin et le rétablissement ou le développement de la capacité de soin de l'individu ou de la personne responsable | |
| | 4.2* Prend une part active au vécu de l'équipe de soins infirmiers du département | 4.2.1 S'initie à partager avec les membres de l'équipe de soins les résultats de sa démarche | |

(suite)

180-510

## Séquence des objectifs d'apprentissage reliés à la démarche de soins**

| OBJECTIF TERMINAL | OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES | RÉFÉRENCES |
|---|---|---|---|
| 5. Développe une compétence à appliquer les étapes de la démarche de soins auprès d'individus présentant un processus de vieillissement ou des perturbations d'ordre psychologique | 5.1 Manifeste de façon précise ses habiletés à appliquer les différentes étapes de la démarche de soins | 5.1.1 Recueille des données reliées aux nécessités d'auto-soin universelles, reliées à la croissance et aux déviations de santé | |
| | | 5.1.2 Analyse les données<br>.établit des priorités dans les nécessités d'auto-soin<br>.prescrit l'exigence d'actions thérapeutiques actuelle et potentielle<br>.évalue la capacité de soin de l'individu ou de la personne responsable<br>.diagnostique le déficit d'auto-soin | Orem<br>p.224-225 |
| | | 5.1.3 Planifie<br>.spécifie le système de soins infirmiers<br>.spécifie les modes d'assistance<br>.répartit les rôles entre l'infirmière, le client et les personnes responsables | Orem<br>p.150-156 |
| | | 5.1.4 Exécute<br>.les interventions planifiées | |
| | | 5.1.5 Évalue la satisfaction des nécessités d'auto-soin et le rétablissement ou le développement de la capacité de soin de l'individu ou de la personne responsable | |
| | 5.2 Développe son habileté à identifier et à compenser des limitations d'auto-soin reliées à la capacité de juger et de décider et à la motivation à s'engager dans l'auto-soin | 5.2.1 Applique et révise régulièrement sa démarche de soins dans le cadre d'une relation infirmière-client continue et à moyen terme. | |
| | | 5.2.2 Reconnaît les modifications de l'exigence d'actions thérapeutiques et de la capacité d'auto-soin du client, compte tenu de la durée de la situation et de la relation | |
| | 5.3 * Commence à concevoir comment la théorie du déficit d'auto-soin influence sa pratique professionnelle | 5.3.1 Reconnaît l'importance des notions relatives à cette théorie | |
| | 5.4 * Commence à se faire une opinion sur son futur rôle d'infirmière | 5.4.1 Identifie des actes professionnels qui relèvent de la profession | |

TABLEAU 7
(suite)

180-610 ET 620

Séquence des objectifs d'apprentissage reliés à la démarche de soins**

| OBJECTIF TERMINAL | OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES | RÉFÉRENCES |
|---|---|---|---|
| 6. Démontre sa maîtrise à appliquer la démarche de soins auprès de plusieurs clients | 6.1 Fait le lien entre les trois phases de la démarche de soins selon la théorie de D.E. Orem | 6.1.1 .Diagnostique le déficit d'auto-soin de plusieurs clients<br>.Détermine et planifie l'assistance dont les clients ont besoin<br>.Entreprend, dirige, évalue l'administration de son assistance en tenant compte des priorités de soins aux différents clients dans l'organisation de son travail | Orem, p.228 |
| | 6.2 Se sent intégrée à l'équipe de travail | 6.2.1 Discute avec les autres membres de l'équipe ses hypothèses de travail et propose des interventions<br>6.2.2 Écrit dans le kardex les résultats de sa démarche de soins<br>6.2.3 Fait des démarches personnelles pour utiliser les ressources de l'équipe de soins | |
| | 6.3* Considère la théorie du déficit d'auto-soin comme une valeur qui alimente sa pratique professionnelle | 6.3.1 Se fait confiance dans sa capacité d'appliquer la démarche de soins à partir de la théorie du déficit d'auto-soin<br>6.3.2 Continue d'approfondir le but des soins infirmiers | |

* L'astérisque identifie les objectifs affectifs

** Gosselin et al., 1985, p. 184

TABLEAU 8

Répartition des éléments théoriques et de laboratoire
reliés au fil conducteur démarche de soins

| Soins infirmiers I | Soins infirmiers II |
|---|---|
| *Théorie*<br><br>Introduction à toutes les étapes de la démarche de soins<br>1.1 Situation de la démarche de soins dans l'exercice de la profession<br>1.2 Explication du but de la profession, d'après la théorie du déficit d'auto-soin<br>1.3 Orem: sensibilisation aux concepts reliés à:<br>- la théorie de l'auto-soin<br>- la théorie du déficit d'auto-soin<br>- la théorie des systèmes de soins | *Théorie*<br><br>Approfondissement des étapes de la démarche de soins<br>Orem: 2.1 Approfondissement des différents concepts reliés à la démarche de soins<br>2.3 Initiation à la planification de soins<br>- théorie des systèmes de soins<br>- modes d'assistance |
| *Laboratoire*<br><br>Début d'expérimentation des étapes de la démarche de soins à partir d'une situation vécue par l'étudiante et/ou d'une situation clinique<br>Entraînement à recueillir des données<br>L'étudiante devra donc :<br>- prendre conscience<br>- consentir à se sensibiliser<br>- développer sa curiosité<br>- démontrer de l'intérêt, de l'effort<br>- développer son sens d'observation | *Laboratoire*<br><br>- Collecte et analyse des données<br>- Diagnostic du déficit d'auto-soin<br>- Initiation à la planification des soins<br>Ceci se fera à l'aide de situations simulées ou cliniques<br>L'étudiante devra donc :<br>- démontrer sa compréhension<br>- accepter d'utiliser la démarche de soins<br>- se faire confiance dans la compréhension de son processus intellectuel<br>À la fin du 180-210: Avoir le goût et le désir d'utiliser la démarche de soins dans sa pratique |

TABLEAU 6
(suite)

Répartitions des éléments théoriques et de laboratoire
reliés au fil conducteur démarche de soins

| Soins infirmiers III | Soins infirmiers IV |
|---|---|
| *Théorie* | *Théorie* |
| Orem: Théorie du déficit d'auto-soin reliée à la notion de «soins aux dépendants» en fonction de l'enfant, de l'adolescent et de la relation parentale | Aucune nouvelle notion théorique |
| *Laboratoire* | *Laboratoire* |
| - Poursuite de l'expérimentation des étapes de la démarche de soins selon le modèle d'Orem<br>- Retour sur des démarches de soins faites en stage<br>- Initiation à l'identification des systèmes de soins et des modes d'assistance<br>- Établissement des priorités d'action<br>- Initiation à la répartition des rôles (client, personne responsable, infirmière)<br>- Évaluation de la démarche de soins | Poursuite de l'appropriation de toutes les étapes de la démarche de soins auprès d'individus de tous âges<br>Initiation à partager avec le groupe de stage et/ou l'équipe de soins les résultats des démarches de soins |
| L'étudiante devra donc :<br>- Manifester sa volonté de comprendre<br>- Prendre la responsabilité de s'impliquer<br>- Faire appel à ses goûts et désirs pour décider d'utiliser la démarche de soins<br>- Prendre la décision d'utiliser la démarche de soins | L'étudiante devra donc :<br>- Prendre une part active du vécu de l'équipe de soins<br>- Manifester de l'intérêt à partager avec les gens du milieu clinique |

TABLEAU 8
(suite)

Répartitions des éléments théoriques et de laboratoire
reliés au fil conducteur démarche de soins

| Soins infirmiers V | Soins infirmiers VI-VII |
|---|---|
| *Théorie*<br><br>Orem: Composantes de la capacité d'auto-soin et des limitations en fonction de la personne présentant un processus de vieillissement ou des perturbations d'ordre psychologique | *Théorie*<br><br>Session d'intégration<br>Retour sur des situations cliniques complexes pour consolider des apprentissages en regard des cinq fils conducteurs |
| *Laboratoire*<br><br>Expérimentation des étapes de la démarche de soins auprès de la personne d'âge mûr et du malade psychiatrique<br>- Limitations d'auto-soin reliées au vieillissement<br>- Limitations d'auto-soin reliées à la capacité de juger et de décider<br>- Limitations reliées à la motivation à s'engager dans l'auto-soin<br>L'étudiante devra donc :<br>- Concevoir que la théorie du déficit d'auto-soin influence sa pratique professionnelle (5.3)<br>- Se faire une opinion sur son futur rôle professionnel | *Laboratoire*<br><br>- Démonstration de la maîtrise à appliquer la démarche de soins auprès de plusieurs clients<br>- Intégration à l'équipe de soin, partage des hypothèses de travail; suggestions d'interventions<br>- Rédaction au kardex des résultats de la démarche de soins<br><br>L'étudiante devra donc :<br>- Se sentir confiante, à l'aise et intégrée à l'équipe de soin<br>- Reconnaître la théorie du déficit d'auto-soin comme une valeur qui alimente sa pratique professionnelle |

## 2.3 FIL CONDUCTEUR COMMUNICATION

### 2.3.1 Introduction

La recherche Communication en soins infirmiers (Audette et al., 1985) a porté essentiellement sur le fil conducteur communication. Nous préciserons ici les éléments clés de cette recherche, jugés pertinents à l'élaboration du devis.

Ce fil conducteur fait référence à la place et à l'importance de la communication en soins infirmiers. Il s'agit, pour l'infirmière, de développer des habiletés dans sa relation interpersonnelle avec le client et l'équipe de soins.

Nous verrons ici de quelle manière le programme de formation en soins infirmiers 180.01, les normes professionnelles et le modèle de soins infirmiers de D. Orem nous aident à préciser le sens de la communication en soins infirmiers.

Nous situerons aussi les schèmes de référence choisis en communication: Egan et Orem. Nous résumerons ensuite le processus d'aide d'Egan afin d'établir des liens entre les modèles d'Egan et d'Orem.

La séquence des objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques et la répartition des éléments théoriques et de laboratoire complètent la présentation du fil conducteur communication.

### 2.3.2 Programme-cadre

Tel que mentionné au chapitre 1, le programme-cadre identifie le fil conducteur communication comme l'un des cinq axes de la formation et comme l'un des processus à développer chez l'étudiante infirmière, tout au long de ses trois années de cours. Ce processus favorise l'acquisition d'habiletés spécifiques pour exercer le service d'aide propre à la formation infirmière (Lambert et Riopelle, 1982). Il offre une place importante dans la relation interpersonnelle que l'étudiante doit établir et maintenir avec le client.

Deux volets de la communication sont mis en évidence dans le programme-cadre:

> Le premier se rapporte à la nécessité d'établir une relation aidante. À cet effet, l'élève devra développer des attitudes facilitantes dont le respect d'autrui, l'authenticité, l'empathie et des habiletés qui lui permettent de commencer, de maintenir et de mettre fin à une interaction avec son client. Elle devra aussi développer des habiletés pour l'enseignement au client et à ses proches. La communication écrite et verbale à ses pairs et aux autres membres de l'équipe soignante constitue le deuxième volet (Lambert, 1984, p. 24).

### 2.3.3 Normes professionnelles

Les orientations du nouveau programme rejoignent, de toute évidence, les exigences de l'O.I.I.Q. concernant la pratique infirmière dans ses aspects de communication. Ainsi, l'infirmière se doit d'acquérir des connaissances au sujet de la relation interpersonnelle et de développer des attitudes et des habiletés qui la rendent capable de vivre ce processus.

Plusieurs normes de compétence de la pratique infirmière (O.I.I.Q., 1984) concernent de plus près la communication avec le client, l'équipe de soins infirmiers et l'équipe multidisciplinaire. L'A.I.I.C. spécifie également, dans ses normes, les caractéristiques d'une communication pertinente, valable et efficace entre l'infirmière et son client. En plus d'établir une relation aidante, l'infirmière utilise des moyens de communication appropriés pour collaborer avec les autres membres de l'équipe de santé.

Nous pouvons déjà comprendre que l'infirmière a non seulement la responsabilité d'acquérir des connaissances sur la relation d'aide, mais aussi de développer des habiletés en ce sens.

### 2.3.4 Modèle de soins infirmiers de D. Orem

Dans son modèle de soins infirmiers, Orem souligne l'importance de la communication entre l'infirmière et le client en termes de qualité et d'efficacité, permettant de «comprendre comment et jusqu'à quel degré le client peut être

aidé par les soins infirmiers» (Orem, 1980, p. 2)*. Conséquemment, l'infirmière peut apporter un service d'aide à l'individu dans la mesure où elle développe sa capacité de soins infirmiers; ceci implique l'acquisition des habiletés suivantes:

- évaluer la capacité d'auto-soin du client
- maintenir ou développer la capacité d'auto-soin du client
- compenser les déficits d'auto-soin du client.

Dans sa relation de type «complémentaire», l'infirmière favorise les conditions et l'aide nécessaires au client afin que celui-ci assume sa responsabilité face à ses auto-soins. Ce type de relation fait référence au développement des habiletés ci-haut mentionnées. L'action de l'infirmière se situe dans le système de soins, défini par Orem comme un lieu «de l'ensemble des actions et des interactions entre l'infirmière et le client dans des situations de soins» (Orem, 1980, p. 92)*.

Ainsi, la praticienne agit avec le client, dans un système ouvert, en fonction d'un but commun: maintenir et promouvoir la santé. Cette relation de collaboration implique aussi la communication avec les autres membres de l'équipe soignante.

L'infirmière doit manifester ses habiletés en fonction des dimensions sociales, interpersonnelles et technologiques afin de produire un système de soins orienté vers la satisfaction des besoins du client.

Orem, dans Nursing Concepts of Practice (3e édition, 1985) développe des règles pouvant guider l'infirmière dans la communication tout au long du processus d'aide:

- initier la relation infirmière-client
- maintenir et terminer la relation interpersonnelle infirmière-client
- développer des relations interpersonnelles avec les autres infirmières et les membres de l'équipe de soins (Audette et al., 1985, pp. 47-48).

---

*Traduite par Audette et al., 1985

De ces règles ressortent une série d'opérations effectuées par l'infirmière pour identifier l'exigence d'actions thérapeutiques et pour régulariser la capacité d'auto-soin du client.

> Ces opérations indiquent que l'infirmière collabore avec le client ou la famille, cherche des ententes et aide le client qui a des limites au niveau de sa capacité d'auto-soin (Audette et al., 1985, p. 51).

Cette suite d'opérations permet de comprendre que «l'extension de la relation infirmière-client varie selon la capacité d'auto-soin du client» (Orem, 1980, p. 9)*. Elle induit un processus d'aide en fonction de l'interaction aidant-aidé et en fonction de l'environnement.

Globalement, ces orientations du programme-cadre, les normes professionnelles et le modèle d'Orem traduisent bien les exigences de la formation de l'infirmière généraliste dans son rôle en communication.

### 2.3.5 Schèmes de référence

La recherche sur le fil conducteur communication a porté, entre autres, sur le choix de schèmes de référence en communication. Le but de cette démarche est la formation de l'infirmière. En effet, le schème de référence permet «d'utiliser une terminologie cohérente pour les étudiantes et de planifier pour celles-ci une formation unifiée et continue» (Audette et al., 1985, p. 20).

Orem et Egan sont les principaux auteurs choisis comme schèmes de référence de la communication en soins infirmiers.

- Le modèle d'Orem constitue la charpente conceptuelle pour l'enseignement du fil conducteur; il devient un modèle de base.
- Egan est choisi comme modèle en communication. Il permet de rendre opérationnel le modèle proposé par Orem par rapport à la communication et de concrétiser les attitudes facilitantes d'un processus d'aide.
- Les références recommandées sont Duldt et al., Edinberg et Bradley, ce dernier traitant de la communication en groupe dans un contexte de pratique en soins infirmiers.

---

*Traduite par Audette et al., 1985.

## 2.3.6 Processus d'aide d'Egan

Dans The Skilled Helper, Egan (1982) présente un processus d'aide qui repose sur un modèle de participation: l'aidé a la responsabilité de son changement, l'aidant doit faciliter le processus de changement de l'aidé dans un but de mieux-être. Le tableau 9 résume les trois phases du processus d'aide. Dans chacune de ces phases, il met en évidence les tâches de l'aidant et de l'aidé.

TABLEAU 9

Le processus d'aide d'Egan

| L'AIDANT | L'AIDÉ |
|---|---|
| **PHASE I - Exploration et clarification du problème** | 1. Explore ses expériences, ses comportements et ses sentiments reliés à la situation problématique (auto-exploration) |
| 1. Habiletés qui permettent de clarifier la situation problématique de l'aidé:<br>a) présence (être complètement disponible, être en contact...)<br>b) écoute (active) | |
| 2. Habiletés et techniques qui favorisent l'auto-exploration de l'aidé:<br>a) empathie (niveau 1) (communiquer sa compréhension des émotions, des expériences et des comportements de l'aidé, à partir de ses schèmes de références...)<br>b) authenticité (être spontané, ouvert, soi-même; ne pas se cacher derrière un rôle)<br>c) processus d'influence sociale: compétence, confiance, attirance. | |
| **PHASE II - Développement de nouvelles perspectives et identification d'objectifs** | 1. Commence à comprendre sa situation problématique |
| 1. Habiletés qui stimulent l'aidé à développer de nouvelles perspectives:<br>a) résumé<br>b) information<br>c) empathie (niveau 2) (saisir le monde de l'aidé à partir de ses schèmes de références et le lui communiquer) | 2. Comprend qu'il a besoin d'agir<br>3. Choisit des objectifs permettant d'atténuer la situation problématique |
| 2. Habiletés qui stimulent l'aidé à se fixer des objectifs concrets:<br>a) confrontation (inviter l'aidé à examiner la zone problématique et à changer de comportement tout en se servant des ressources personnelles non utilisées)<br>b) implication de l'aidant (être ouvert à l'aidé; se dévoiler)<br>c) immédiateté (explorer avec l'aidé ce qui se passe dans la relation présente) | |
| **PHASE III - Action** | 1. Explore différentes façons d'atteindre les objectifs |
| 1. Attitudes, habiletés et techniques des phases I et II reliées au but de développer des programmes et d'en faire des séquences afin de pouvoir orienter l'aidé | 2. Développe de nouvelles ressources |
| 2. Attitudes, habiletés et techniques des phases I et II reliées au but d'implanter et d'évaluer des programmes afin d'appuyer et de supporter l'aidé. | 3. Agit pour atteindre les objectifs fixés:<br>a) implante le programme<br>b) modifie les attitudes<br>c) fait face aux problèmes<br>4. Évalue le processus d'aide avec l'aidant<br>5. Devient plus efficace dans sa façon de vivre. |

Ainsi, Egan constitue un modèle systémique d'un processus d'aide où les attitudes facilitantes sont opérationnelles. Voilà l'intérêt de ce modèle dans l'apprentissage de la relation interpersonnelle préconisée en soins infirmiers.

### 2.3.7 Liens entre les schèmes de référence: Egan et Orem

Les modèles d'Egan et d'Orem possèdent plusieurs points communs et sur certains aspects, ils sont complémentaires.

Egan s'intègre bien à Orem, car ces modèles relèvent de la même philosophie de base, inspirée par des valeurs de l'approche humaniste. Ils croient au potentiel de la personne dans sa capacité de se prendre en charge et d'agir de façon délibérée. Si l'individu vit des limites face à ses pouvoirs, il peut être assisté dans sa démarche.

L'infirmière, selon Orem, assiste l'individu qui a des limites ou des incapacités d'action pour maintenir ou promouvoir sa santé. Elle ne peut répondre à ce service d'aide sans communiquer, la relation interpersonnelle devenant alors fondamentale dans cette assistance.

Orem définit les habiletés et le contexte de la relation interpersonnelle en soins infirmiers, mais elle ne propose pas de mise en application des interventions ni des attitudes.

Les phases du processus d'aide d'Egan s'articulent bien dans le plan d'action de l'infirmière, selon le modèle d'Orem. En effet, développer des attitudes et des habiletés dans la relation interpersonnelle constitue une partie intégrante de la capacité en soins infirmiers de la praticienne, et, d'autre part, insister sur l'importance de la responsabilité du client dans son traitement favorise la capacité d'auto-soin de la personne.

En résumé, Egan et Orem se rejoignent en ce qu'ils proposent une démarche systématique et analytique pour la résolution d'un problème: tous deux orientent le client vers l'action désirée pour satisfaire ses besoins.

### 2.3.8 Séquence des objectifs pédagogiques

Une séquence des objectifs pédagogiques a été élaborée dans le but d'assurer une progression et une cohérence dans la formation des étudiantes infirmières durant les six sessions (cours et stages). Cette séquence sera donc utile pour l'enseignement du fil conducteur communication, car elle permet de délimiter le rôle de l'infirmière dans sa relation interpersonnelle avec le client.

Les objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques sont décrits en fonction des niveaux cognitif (Bloom) et affectif (Krathwohl et Assagioli) de la formation.

Le tableau 10 présente textuellement la séquence des objectifs pédagogiques pour l'enseignement du fil conducteur communication, élaborée par Audette et al., (1985, pp. 151-156).

Cette séquence propose un cheminement chez l'étudiante, qui l'engage dans sa relation interpersonnelle avec le client, la famille de celui-ci et l'équipe de soins.

### 2.3.9 Répartition des éléments théoriques et de laboratoire

Dans le tableau 11 qui suit, nous relevons les principaux éléments de connaissances donnés en cours théoriques à chacune des sessions. En parallèle, nous précisons le sens des objectifs poursuivis en laboratoire (collège et hôpital).

Nous observons que la première année comporte de nombreux éléments de connaissances comparativement aux autres années. Par ailleurs, le développement du processus de la communication, en termes d'attitudes et d'habiletés chez l'étudiante, est présent dans chacune des sessions.

TABLEAU 10

## Séquence des objectifs pédagogiques pour l'enseignement du fil conducteur communication

| OBJECTIFS TERMINAUX | OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES | RÉFÉRENCES |
|---|---|---|---|
| 1-110*<br>Prendre conscience de l'importance de la communication dans la pratique infirmière. (A1)<br><br>*(Cet objectif vise à rendre l'étudiante attentive aux faits et stimuli concernant la communication infirmière-client et infirmière-équipe ainsi qu'à l'utilité de la communication dans son rôle d'infirmière.)* | 1.1* Reconnaître les éléments du processus de communication. | 1.1.1* Comprendre les éléments de la communication: émetteur, récepteur, canal, message et rétroaction.<br>. Définir les éléments<br>. Décrire leurs caractéristiques<br>. Saisir le rapport entre les différents éléments.<br>1.1.2* Comprendre les facteurs influençant le processus de la communication.<br>. Identifier les facteurs<br>. Saisir l'impact des facteurs sur la communication.<br>1.1.3* Expliquer le processus de communication. | *Kozier, p. 266*<br>*Bradley, chap. 2*<br>*Duldt, chap. 2,4,5*<br><br>*Duldt, chap. 3* |
| | 1.2* Situer la communication dans l'exercice de la profession infirmière. | 1.2.1 Connaître la définition de l'acte infirmier.<br>1.2.2* Connaître les normes de compétence de l'O.I.I.Q. et de l'A.I.I.C. par rapport à la communication.<br>1.2.3* Reconnaître la communication comme étant fondamentale pour les soins infirmiers. | *Loi des I.& I., art.36-37*<br>*O.I.I.Q., tome 4*<br>*Kozier, p. 25*<br>*Orem, chap.1, chap.7 p.190-191*<br>*Duldt, p. 274* |
| | 1.3* Reconnaître les valeurs qui sous-tendent la relation interpersonnelle en soins infirmiers. | 1.3.1* Identifier les valeurs humanistes propres à la communication en soins infirmiers.<br>1.3.2* Comprendre l'influence des valeurs humanistes sur la qualité et les types de relation. | *Duldt, chap.1, équipe p.11-13*<br>*chap.12, p. 262*<br>*Orem, p.28-29, théorie a.-s.*<br>*p.11, types de comm.* |
| | 1.4 Comprendre le modèle développemental de la communication d'Egan. | 1.4.1 Connaître les courants qui ont influencé le modèle.<br>1.4.2 Connaître les caractéristiques de l'aidant.<br>1.4.3 Connaître les caractéristiques de l'aidé.<br>1.4.4 Connaître les buts, habiletés et attitudes de l'aidant et les tâches de l'aidé reliés aux trois (3) phases du processus d'aide d'Egan.<br>1.4.5 Expliquer le modèle de communication d'Egan. | *Egan, p.12, resp. du client*<br>*Egan, p.15*<br>*Egan, portrait de l'aidant et de l'aidé, chap.1*<br>*Egan, chap.2*<br>*Egan, chap.2* |
| | 1.5* Comprendre l'aspect communication dans le modèle de soins infirmiers d'Orem. | 1.5.1* Connaître les caractéristiques sociales et interpersonnelles de la pratique infirmière.<br>1.5.2* Connaître les principes qui permettent d'initier, de maintenir et de terminer une relation interpersonnelle avec le client et l'équipe multidisciplinaire.<br>1.5.3 Connaître les opérations interpersonnelles et contractuelles reliées à l'exigence d'actions thérapeutiques.<br>1.5.4 Connaître les opérations interpersonnelles et contractuelles reliées à la capacité d'auto-soin et à ses principes.<br>1.5.5 Connaître les habiletés de communication reliées aux méthodes d'aide et aux systèmes de soins.<br>1.5.6* Expliquer les différents éléments de la relation interpersonnelle selon le modèle de soins d'Orem. | *Orem, chap. 5, p. 103*<br>*Orem, 3e éd., p. 240*<br><br><br><br>*Orem, p. 206-207*<br>*Orem, p. 208-209*<br>*Orem, chap. 4 et 5* |
| **La présence de l'astérique au début de l'énoncé indique que l'objectif concerne également la communication de l'étudiante avec l'équipe multidisciplinaire* | 1.6 Établir les liens entre le processus d'aide d'Egan et les éléments de la communication infirmière-client apportés par Orem. | 1.6.1 Ressortir les valeurs et les éléments semblables des deux (2) modèles.<br>1.6.2 Comparer les processus impliqués dans les deux (2) modèles.<br>1.6.3 Réaliser que les deux (2) modèles sont complémentaires. | |
| | 1.7* Comprendre les éléments de la communication reliés au travail d'équipe. | 1.7.1* Identifier les dimensions d'une relation de collaboration infirmière-équipe.<br>1.7.2* Connaître les types de communication en équipe.<br>1.7.3* Connaître les formes de communication en équipe.<br>1.7.4* Connaître des paradigmes de communication reliés à la dynamique d'équipe.<br>1.7.5* Connaître les habiletés qui facilitent une relation d'équipe.<br>1.7.6* Expliquer les différents éléments de la communication reliés au travail d'équipe. | *Bradley, chap.7,rel.réciproque*<br>*Bradley, chap. 12, p. 300*<br>*Bradley, chap. 12, p. 281*<br>*Bradley, chap. 12, p.290*<br>*Bradley, chap. 12, p.297*<br>*Bradley, chap. 12, p.300* |
| | 1.8* Dégager une première vision personnelle de la communication interpersonnelle en soins infirmiers. | 1.8.1* Examiner ses valeurs relatives à la communication en soins infirmiers.<br>1.8.2* Comparer ses propres valeurs avec les éléments appris.<br>1.8.3* Évaluer la concordance entre ses propres valeurs et les éléments appris.<br>1.8.4* Signifier le résultat de son cheminement. | |

TABLEAU 10
(suite)

Séquence des objectifs pédagogiques
pour l'enseignement du fil conducteur communication

| OBJECTIFS TERMINAUX | OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES | RÉFÉRENCES |
|---|---|---|---|
| 2-210*<br>Avoir la volonté d'entrer en relation avec le client, la famille, les personnes significatives et l'équipe. (A2) | 2.1* Avoir l'intention d'entrer dans le processus de la relation interpersonnelle. | 2.1.1* Identifier ses goûts, tendances et désirs comme infirmière entrant en relation avec le client et l'équipe.<br>2.1.2* Évaluer la concordance entre ses goûts, tendances, désirs et les buts poursuivis par la relation interpersonnelle en soins infirmiers.<br>2.1.3* Se fixer des buts par rapport à la relation interpersonnelle.<br>2.1.4* Projeter d'entrer en relation avec le client et l'équipe. | |
| *(Cet objectif vise à développer la capacité de l'étudiante de faire appel à ses désirs, goûts et tendances pour décider d'adhérer au processus de la relation interpersonnelle infirmière-client et infirmière-équipe.)* | 2.2 Développer les habiletés nécessaires pour établir une relation de collaboration et de complémentarité (Orem). | 2.2.1 Expérimenter les principes d'initiation d'une relation de collaboration et de complémentarité.<br>2.2.2 Expérimenter les opérations interpersonnelles et contractuelles pour déterminer l'exigence d'actions thérapeutiques.<br>2.2.3 Expérimenter les opérations interpersonnelles et contractuelles reliées à la capacité d'auto-soin et à ses principes. | *Orem, 3e éd., p. 240-241*<br>*Orem, chap. 8*<br>*Orem, chap. 8* |
| | 2.3 Développer les habiletés nécessaires pour réaliser la phase I d'Egan: l'exploration et la clarification du problème. | 2.3.1 Expérimenter la présence et l'écoute pour clarifier la situation problématique du client.<br>2.3.2 Expérimenter l'empathie (niveau I) et les techniques d'investigation pour favoriser l'auto-exploration du client.<br>2.3.3 Expérimenter les attitudes fondamentales de respect et d'authenticité.<br>2.3.4 Expérimenter les éléments du processus d'influence sociale. | *Egan, chap. 3*<br>*Egan, chap. 4*<br>*Egan, chap. 5*<br>*Egan, chap. 5* |
| | 2.4* Développer les habiletés qui facilitent une relation de collaboration avec l'équipe multidisciplinaire. | 2.4.1* Expérimenter les habiletés qui facilitent une relation d'équipe: méta-communication, paraphrase, rétroaction, congruence, empathie, écoute, reflet, clarification, résumé, humour. | *Bradley, chap. 12, p.301* |
| | 2.5* Prendre en considération les différentes situations vécues en rapport avec le désir d'entrer en relation. | 2.5.1* Regarder de nouveau ses goûts, tendances et désirs (facteurs de motivation) à partir de l'expérience vécue.<br>2.5.2* Comparer le résultat obtenu aux buts de la relation interpersonnelle. | |
| | 2.6* Manifester de façon précise son désir d'aider le client et d'établir une relation de collaboration avec l'équipe multidisciplinaire. | 2.6.1* Examiner les alternatives face aux désirs d'entrer ou non en relation en tenant compte de ses désirs et de ses expériences.<br>2.6.2* Choisir des priorités relatives à la relation en soins infirmiers. | |

TABLEAU 10
(suite)

## Séquence des objectifs pédagogiques pour l'enseignement du fil conducteur communication

| OBJECTIFS TERMINAUX | OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES | RÉFÉRENCES |
|---|---|---|---|
| 3-310*<br>Distinguer ce qui est facilitant et non facilitant dans sa relation avec le client, la famille, les personnes significatives et l'équipe.<br>(C4)<br><br>*(Cet objectif vise à faire acquérir à l'étudiante l'habileté à reconnaître et à analyser l'impact positif ou négatif de ses habiletés et attitudes dans sa relation avec le client, la famille, les personnes significatives et l'équipe.)* | 3.1 Développer les habiletés nécessaires à la phase 2 d'Egan: le développement de nouvelles perspectives et l'identification des buts. | 3.1.1 Expérimenter les habiletés de stimulation (résumé, information, empathie (niveau 2)) afin que le client soit motivé à développer de nouvelles perspectives.<br>3.1.2 Expérimenter les habiletés de stimulation (confrontation, implication de l'aidant, immédiateté) afin que le client soit motivé à se fixer des buts concrets. | *Egan, chap. 6, p.149-183*<br>*Egan, chap. 7, p.185-221* |
| | 3.2 Développer les habiletés nécessaires à la phase 3 d'Egan: l'action. | 3.2.1 Expérimenter les habiletés des phases 1 et 2 en relation avec les buts de la première partie de la phase 3: développer des programmes et en faire des séquences.<br>3.2.2 Expérimenter les habiletés des phases 1 et 2 en relation avec les buts de la deuxième partie de la phase 3: évaluer et implanter les programmes. | *Egan, chap. 8, p.223-255*<br>*Egan, chap. 9, p.257-291* |
| | 3.3 Développer les habiletés pour initier, maintenir et terminer une relation de collaboration et de complémentarité avec le client, la famille et les personnes significatives. | 3.3.1 Expérimenter les principes qui, selon Orem, permettent de maintenir et de terminer la relation de collaboration et de complémentarité.<br>3.3.2 Expérimenter les habiletés de communication relatives à chaque méthode d'aide, tout en tenant compte du système de soins.<br>3.3.3 Expérimenter dans son ensemble le processus d'aide d'Egan.<br>3.3.4 Expérimenter l'ensemble des habiletés de communication relatives au modèle d'Orem.<br>3.3.5 Expérimenter les éléments du modèle d'Orem en relation avec les trois (3) phases du processus d'Egan. | *Orem, 3e éd., p. 241*<br>*Orem, p. 59-68*<br>*Orem, p. 95-96*<br>*Orem, p. 215-218* |
| | 3.4* Développer les habiletés de communication relatives à la poursuite des buts et à la prise de décision dans une relation de collaboration avec l'équipe multidisciplinaire. | 3.4.1* Identifier les types (ouverture, fermeture, symétrie, complémentarité, demande et don d'information, clarification) et les formes de communication à partir de ses contacts avec l'équipe.<br>3.4.2* Expérimenter les habiletés de communication relatives à «l'établissement et à la poursuite du but» lors des rencontres d'équipe.<br>3.4.3* Expérimenter les habiletés de communication relatives au processus de «prise de décision» lors des rencontres d'équipe. | *Bradley, p. 281-300*<br>*Bradley, p. 298*<br>*Bradley, p. 299* |
| | 3.5* Comprendre comment ses habiletés et attitudes peuvent être facilitantes ou non facilitantes dans sa relation. | 3.5.1* Décrire sa relation interpersonnelle.<br>3.5.2* Isoler à partir de cette description, son comportement, ses pensées et ses sentiments, les facteurs extérieurs (obstacles à la communication) ainsi que le comportement du client.<br>3.5.3* Regarder l'impact des éléments entre eux.<br>3.5.4* Reconnaître les habiletés et les attitudes facilitantes et non facilitantes de sa relation. | |

TABLEAU 10
(suite)

Séquence des objectifs pédagogiques
pour l'enseignement du fil conducteur communication

| OBJECTIFS TERMINAUX | OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES | RÉFÉRENCES |
|---|---|---|---|
| 4-410*<br>Être motivée à s'engager dans une relation interpersonnelle en soins infirmiers. (A3) | 4.1* Avoir l'intention de s'engager dans le processus de la relation interpersonnelle. | 4.1.1* Identifier ses tendances, désirs et goûts à s'engager dans une relation avec le client et l'équipe.<br>4.1.2* Évaluer la concordance entre ses goûts, tendances et désirs et le but poursuivi.<br>4.1.3* Se fixer des buts personnels par rapport à son engagement dans la relation interpersonnelle.<br>4.1.4* Projeter de s'engager dans une relation avec le client et l'équipe. | |
| *(Cet objectif vise à susciter chez l'étudiante la volonté assidue de s'impliquer dans le processus de la relation infirmière-client et infirmière-équipe.)* | 4.2* Développer les habiletés de communication reliées au travail d'équipe face à la négociation des rôles, à la solution des conflits et à la qualité du climat de travail. | 4.2.1* Prendre en considération les types et les formes de communication.<br>4.2.2* Expérimenter les habiletés de communication relatives à «la négociation des rôles» lors des rencontres d'équipe.<br>4.2.3* Expérimenter les habiletés de communication relatives à «la solution des conflits» lors des rencontres d'équipes.<br>4.2.4* Expérimenter les habiletés de communication relatives au climat du travail en équipe. | *Orem*<br>*Bradley, p. 298*<br>*Bradley, p. 299*<br>*Bradley, p. 300* |
| | 4.3 Appliquer le processus de la relation interpersonnelle avec le client, la famille et les personnes significatives. | 4.3.1 Se rappeler les éléments du modèle d'Orem en relation avec les trois (3) phases du processus d'aide d'Egan.<br>4.3.2 Utiliser les éléments du modèle d'Orem en relation avec les trois (3) phases du processus d'aide d'Egan dans des situations concrètes. | |
| | 4.4* Appliquer toutes les connaissances et habiletés relatives à la communication en équipe. | 4.4.1* Se rappeler les connaissances et les habiletés relatives à la communication en équipe.<br>4.4.2* Utiliser ses connaissances et habiletés dans des situations concrètes. | *Orem*<br>*Bradley*<br>*Egan* |
| | 4.5* Prendre en considération les différentes situations vécues en rapport avec le désir de s'engager dans le processus de la relation interpersonnelle. | 4.5.1* Regarder de nouveau ses goûts, tendances et désirs (facteurs de motivation) à partir de l'expérience vécue.<br>4.5.2* Comparer le résultat obtenu par rapport à l'engagement dans une relation interpersonnelle. | |
| | 4.6* Affirmer sa volonté de s'engager dans la relation | 4.6.1* Examiner les alternatives face aux désirs de s'engager ou non dans sa relation.<br>4.6.2* Choisir des priorités reliées à son engagement.<br>4.6.3* Être convaincue du choix de ses priorités. | |

TABLEAU 10
(suite)

Séquence des objectifs pédagogiques
pour l'enseignement du fil conducteur communication

| OBJECTIFS TERMINAUX | OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES | RÉFÉRENCES |
|---|---|---|---|
| 5-510*<br>Créer une relation interpersonnelle avec le client, la famille, les personnes significatives et l'équipe. (A4)<br><br>*(Cet objectif vise à amener l'étudiante à établir (construire, organiser) une relation coopérative et complémentaire avec le client, la famille, les personnes significatives et l'équipe.)* | 5.1* Prendre l'initiative de construire la relation à partir de ses propres valeurs et des buts des soins infirmiers. | 5.1.1* Tenir compte d'elle et du client en regardant de nouveau l'ensemble de ses valeurs et les buts de la relation.<br>5.1.2* Accepter ses capacités, ses limites et l'ambiguïté vécue lors du processus de création de la relation.<br>5.1.3* Prévoir au niveau de sa relation, les étapes nécessaires à l'atteinte des buts fixés.<br>5.1.4* Ordonner les étapes de sa relation d'une façon claire et cohérente.<br>5.1.5 Entreprendre la relation planifiée en assurant cohérence et stabilité.<br>5.1.6 Établir des relations contractuelles et interpersonnelles en fonction du système de soins. | |
| | 5.2* Évaluer au moment approprié l'efficacité de sa relation en terme de clarté, de cohérence et de stabilité (continuité et équilibre). | 5.2.1* Vérifier si les interventions prévues quant à sa relation ont été effectuées.<br>5.2.2* Identifier les résultats de ses interventions, par rapport aux buts fixés.<br>5.2.3* Analyser les résultats obtenus à l'aide des critères suivants: la clarté, la stabilité et la cohérence.<br>5.2.4* Faire une synthèse des éléments de sa relation.<br>5.2.5* Porter un jugement sur sa relation. | *Egan, p.46-47, 282-284* |
| | 5.3* Harmoniser son style relationnel. | 5.3.1* Regarder de nouveau ses valeurs à partir de l'évaluation de sa relation.<br>5.3.2* Inventorier des moyens pour assurer une relation qui corresponde aux critères déjà fixés.<br>5.3.3* Privilégier les moyens qui assurent une relation coopérative et complémentaire.<br>5.3.4* Réajuster sa relation.<br>5.3.5* Réaliser avec satisfaction que l'ajustement des moyens et des habiletés permet la création d'une relation coopérative et complémentaire. | |

TABLEAU 10
(suite)

Séquence des objectifs pédagogiques
pour l'enseignement du fil conducteur communication

| OBJECTIFS TERMINAUX | OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES | OBJECTIFS SPÉCIFIQUES | |
|---|---|---|---|
| 6-610*<br>Vivre une relation interpersonnelle avec le client la famille, les personnes significatives et l'équipe. (A5) | 6.1* Intégrer les composantes de la relation interpersonnelle en soins infirmiers. | 6.1.1* Identifier les éléments qu'elle veut approfondir et maîtriser, dans sa relation en soins infirmiers.<br>6.1.2* Établir l'interdépendance entre tous les éléments appris.<br>6.1.3* Assumer efficacement la responsabilité qui lui revient dans l'ensemble de la relation. | |
| *(Cet objectif vise à susciter chez l'étudiante l'intégration de ses acquis antérieurs. Ainsi l'étudiante sera capable de s'impliquer dans un rapport de collaboration avec l'équipe; dans un rapport de coopération et de complémentarité avec le client, la famille et les personnes significatives en utilisant le processus d'aide afin d'atteindre les objectifs visés par le sercice d'aide (maintien, promotion ou protection du fonctionnement du client comme être humain.)* | 6.2* «Être» en relation. | 6.2.1* Dégager le sens de sa relation.<br>6.2.2* Ajuster de manière optimale sa réalité «expérientielle» à la réalité de la relation en soins infirmiers.<br>6.2.3* Réaliser le bien-être dans la manière de vivre sa relation.<br>6.2.4* Initier, maintenir et terminer une relation authentique. | |

* Audette et al., 1985, pp. 151-156

TABLEAU II

Répartition des éléments théoriques et de laboratoire
reliés au fil conducteur communication

| Soins infirmiers I | Soins infirmiers II |
|---|---|
| *Théorie*<br><br>1.1 Éléments du processus de communication<br>1.2 Normes de compétence/communication<br>1.3 Valeurs/relation interpersonnelle<br>1.4 Modèle de la communication d'Egan (processus d'aide)<br>1.5 Éléments de communication/modèle d'Orem<br>1.6 Processus d'aide d'Egan/éléments de communication infirmière-client, selon Orem<br>1.7 Éléments de communication reliés au travail d'équipe (Bradley) | *Théorie*<br><br>2.3 Phase I d'Egan: l'exploration et la clarification du problème<br>2.4 Relation de collaboration avec l'équipe multidisciplinaire (Bradley) |
| *Laboratoire*<br><br>- Se sensibiliser et se familiariser à l'importance de la communication en soins infirmiers<br>- Développer une première réflexion sur la communication dans la pratique infirmière<br>.valeurs professionnelles/personnelles.<br><br>L'étudiante devra donc dégager une première vision personnelle de la communication interpersonnelle. Elle n'est pas évaluée sur son processus même de communication. | *Laboratoire*<br><br>- Faire le choix d'entrer en relation avec le client et l'équipe de soins<br>- Développer et expérimenter des habiletés de communication avec le client et avec l'équipe<br>- .Orem<br>.Phase d'Egan<br>.Bradley<br><br>L'étudiante devra donc réfléchir sur sa volonté (choix volontaire) d'aider le client et d'établir une relation de collaboration avec l'équipe multidisciplinaire. |

TABLEAU 11
(suite)

Répartition des éléments théoriques et de laboratoire
reliés au fil conducteur communication

| Soins infirmiers III | Soins infirmiers IV |
|---|---|
| *Théorie*<br>3.1 Phase 2 d'Egan: développement de nouvelles perspectives et identification des buts<br>3.2 Phase 3 d'Egan: (l'action)<br>3.4 Prise de décision dans une relation de collaboration avec l'équipe multidisciplinaire (Bradley)<br><br>*Laboratoire*<br>- Développer les habiletés nécessaires<br>. phases 2 et 3 d'Egan<br>.relation avec le client, la famille et les personnes significatives (Orem)<br>.relation avec l'équipe multidisciplinaire<br>- Analyser comment ses habiletés et attitudes sont facilitantes ou non facilitantes dans sa relation<br>L'étudiante devra donc évaluer, dans sa réflexion, l'impact positif ou négatif de ses habiletés dans sa relation avec : . l'enfant<br>. les parents<br>. l'adulte | *Théorie*<br>4.2 Éléments de communication reliés au travail d'équipe (Bradley)<br>.négociation des rôles<br>.solution des conflits<br>.qualité du climat de travail<br><br>*Laboratoire*<br>- S'engager dans le processus de la relation interpersonnelle<br>- Développer des habiletés de communication reliées au travail d'équipe<br>- Appliquer les connaissances et habiletés de la communication avec<br>.l'équipe de soins<br>.le client adulte et sa famille<br>.l'enfant<br>.les parents<br>L'étudiante devra donc évaluer sa capacité de s'engager dans sa relation : . infirmière-client<br>. infirmière-équipe<br>(Ceci implique une volonté assidue d'engagement) |

TABLEAU 11
(suite)

Répartition des éléments théoriques et de laboratoire
reliés au fil conducteur communication

| Soins infirmiers V | Soins infirmiers VI |
|---|---|
| *Théorie*<br><br>Aucune notion théorique nouvelle | *Théorie*<br><br>Aucune notion théorique nouvelle |
| *Laboratoire*<br><br>- Prendre l'initiative de construire la relation à partir de ses propres valeurs et des buts des soins infirmiers<br><br>- Évaluer l'efficacité de sa relation (clarté, cohérence, stabilité),selon Egan:<br>.avec le client âgé<br>.avec le client ayant une maladie mentale<br>.avec la famille<br>.avec l'équipe | *Laboratoire*<br><br>- Intégrer les composantes de la relation interpersonnelle en soins infirmiers |
| L'étudiante devra donc critiquer sa capacité de créer une relation et de l'établir en harmonie avec son style personnel | L'étudiante devra donc évaluer sa capacité de s'impliquer à différents niveaux dans sa relation :<br>.de collaboration avec l'équipe<br>.de coopération avec le client et la famille et sa capacité d'apporter le service d'aide au client dans des situations complexes de santé. |

## 2.4 FIL CONDUCTEUR ACTUALISATION DE SOI

### 2.4.1 Introduction

L'actualisation de soi est un fil conducteur qui réfère à la croissance de la personne, au développement de ses ressources et à l'utilisation de toutes ses potentialités. Sa particularité réside dans le fait que l'objet de son apprentissage est la personne elle-même. Le but de ce fil conducteur est d'aider l'étudiante infirmière à cheminer dans une démarche de soi et à agir avec tout ce qu'elle est, comme personne, dans le contexte d'apprentissage en soins infirmiers.

L'objectif principal des chercheures qui ont étudié en 1985-86 ce fil conducteur (Aubin et al., 1986) a été de favoriser, chez l'étudiante, une démarche continue et cohérente vers l'actualisation de soi dans sa vie personnelle et professionnelle. Aussi se sont-elles préoccupées de décrire un processus de croissance et d'identifier des critères d'actualisation de soi.

Cette démarche implique chez l'étudiante une façon d'apprendre et d'être qui permet de développer la connaissance de soi et d'agir en tenant compte de son vécu personnel.

Nous aborderons ce fil conducteur en rappelant les éléments clés du programme-cadre, les normes professionnelles et le modèle en soins infirmiers d'Orem. Nous expliquerons ensuite les notions se rattachant au processus de l'actualisation de soi et à l'apprentissage que nous compléterons par quelques considérations sur un type particulier d'apprentissage: l'apprentissage expérientiel. Puis, nous décrirons le guide d'actualisation proposé pour l'enseignement par Aubin et al. (1986). Nous terminerons par des considérations sur l'enseignement du fil conducteur actualisation de soi qui toucheront la situation des professeures, l'évaluation de l'enseignement et l'application de l'apprentissage expérientiel.

### 2.4.2 Programme-cadre

Le programme-cadre indique le but général du fil conducteur actualisation de soi, à savoir la connaissance personnelle et professionnelle des étudiantes. Le contenu de chacun des numéros de cours est indiqué à l'Annexe 1. Toutefois, de cet ensemble d'éléments de contenu, nous pouvons dégager:

- l'importance de la connaissance de soi (identification de ses ressources et de ses limites);
- l'impact de ses valeurs sur sa croissance;
- le principe qui sous-tend le fait que la croissance de l'individu se situe à l'intérieur d'une démarche, d'un processus de changement;
- l'utilisation de soi à des fins thérapeutiques dans la pratique des soins infirmiers.

Ainsi, la formation même à l'exercice des soins infirmiers demande de développer des habiletés particulières chez l'étudiante infirmière (Lambert et Riopelle, 1981):

- des attitudes à l'égard d'elle-même
  . acceptation de soi
  . autocritique
  . acceptation d'assumer les conséquences de ses actions

- des attitudes à l'égard de l'autre
  . acceptation de l'autre
  . respect des valeurs de l'autre
  . empathie.

### 2.4.3 Normes professionnelles

La Loi des infirmières et infirmiers du Québec (Québec, 1978), dans sa définition du rôle de l'infirmière, mise sur l'utilisation des capacités personnelles et professionnelles de l'infirmière pour assurer un service de qualité. En effet, l'O.I.I.Q. (1984), dans la description de ses critères et normes de compétence, stipule la responsabilité de l'infirmière

quant à l'exercice de sa profession, ce qui implique qu'elle doit posséder les connaissances scientifiques et professionnelles nécessaires à sa pratique, le jugement et les habiletés requises à l'auto-évaluation de sa compétence.

Dans son Hypothèse de cadre conceptuel en nursing, l'O.I.I.Q. (1980) considère la personne comme un tout qui tend à l'harmonie de son être. Aussi, les soins infirmiers sont-ils définis comme un service d'aide destiné à maintenir, promouvoir ou rétablir l'harmonie des tendances fondamentales de la personne. D'une part, ils font appel aux capacités d'autonomie et de participation de l'individu en vue de son bien-être et, d'autre part, ils exigent une conscience de soi et une autonomie professionnelle chez l'infirmière.

### 2.4.4 Modèle de soins infirmiers de D. Orem

Dans son modèle de soins infirmiers, Orem postule aussi l'existence d'un potentiel de croissance et de développement chez l'être humain. Elle croit dans «l'auto-soin» de l'individu et dans sa «capacité d'auto-soin», qui est un pouvoir humain l'aidant dans son processus de croissance et de bien-être.

Par ailleurs, Orem (1985) reconnaît aussi que les soins infirmiers nécessitent chez l'infirmière des attitudes, des connaissances et des habiletés pour assister le client dans ses nécessités d'auto-soin. Cette capacité de soins infirmiers implique que l'infirmière s'accepte comme personne aidante ou soignante et en conséquence, se rende responsable de ses actes et de son développement professionnel.

L'infirmière situe son champ d'action dans le système de soins. Dans son mode d'assistance, elle développe des attitudes de présence, de respect et de considération positive qui se manifestent dans un mouvement vers la personne. Elle est donc capable:

- de supporter le client par sa communication verbale et non verbale;
- de procurer un environnement qui favorise le développement de la personne par le respect et la considération positive de l'autre;
- d'enseigner au client en respectant son rythme d'apprentissage.

Assister le client engage aussi l'infirmière vis-à-vis d'elle-même dans ses motivations et dans ses valeurs. Ainsi, la volonté d'aider et d'agir pour le bien-être de l'autre fait partie de l'art des soins infirmiers. Pour Orem (1985), l'art des soins infirmiers est défini par cette «qualité de l'infirmière d'investiguer de façon créatrice, d'analyser et de faire la synthèse des situations en soins infirmiers» (Orem, 1985, p. 144)*. Cependant, pour pratiquer cet art des soins infirmiers, il faut à la fois le support de la connaissance et la pratique de la prudence.

La prudence dans l'exercice des soins infirmiers est cette autre «qualité qui permet de rechercher des conseils dans les situations nouvelles ou difficiles, de poser un jugement adéquat sur ce qui est à faire ou à éviter, de décider et d'agir de façon particulière à un moment donné» (Orem, 1985, p. 144)*.

L'infirmière doit aussi développer des habiletés nécessaires aux opérations communes aux professions de la santé: les opérations de diagnostic, de prescription, de planification et d'administration des soins. De telles habiletés relèvent des dimensions sociales, interpersonnelles et technologiques de la pratique infirmière. Elles

> ...rendent l'infirmière capable d'être participante active dans ses relations avec le client, d'être une observatrice participante dans les relations interpersonnelles, d'entrer en contact avec les clients et d'accepter les personnes qu'elle soigne (Aubin et al., 1986, section 2.2.3.3)

La production d'un système de soins suppose encore chez l'infirmière une connaissance de soi et des autres, le respect de soi et des autres pour établir une relation de collaboration avec le client.

Orem indique une autre dimension du développement de l'infirmière lorsqu'elle introduit la notion de *personnalisation* dans la pratique des soins infirmiers. C'est un «processus qui pousse l'individu à utiliser son potentiel, à se perfectionner dans sa condition humaine, à s'interroger et à chercher des réponses» (Aubin et al., 1986, section 2.2.3.4). Le processus de personnalisation réfère donc, pour Orem, à cette tendance de la personne vers la réalisation de soi et vers la recherche de son bien-être.

---

*Traduit par Aubin et al., 1986

En résumé, cette façon de voir le développement de la personne influence les règles de la pratique infirmière mentionnées au chapitre précédent et implique que l'infirmière peut exercer sa capacité de soins infirmiers dans la mesure où elle développe ses potentialités pour les actualiser dans sa relation auprès du client.

### 2.4.5 Processus de l'actualisation de soi

Le processus de l'actualisation de soi est défini à partir de la conception d'Yves St-Arnaud, choisi comme principal auteur de référence dans la recherche d'Aubin et al. (1986). Ce processus repose sur une conception organismique de la croissance référant à un modèle naturel de croissance: C'est le déploiement naturel des potentialités inscrites dans l'organisme et le respect de ses rythmes naturels (Aubin et al., 1986).

À la base de cette conception de la croissance, St-Arnaud considère les principes suivants:

- chaque personne est unique
- le dynamisme de la personne repose sur ses potentialités
- le processus de croissance est naturel et spontanné et, par conséquent, il faut renoncer à prédire chacun des comportements de l'individu en croissance.

Dans ce processus d'actualisation, la personne se situe dans un système ouvert en continuelle interaction avec son environnement. Ainsi, l'individu reçoit de l'information venant à la fois de son milieu interne et de son milieu externe. Selon son champ perceptuel, il traite ces informations de façon cognitive, produisant les interprétations, et de façon affective, produisant les ressentis. Tous ces éléments, perceptions, interprétations, ressentis s'organisent, créent un mouvement chez l'individu et orientent son comportement. D'autre part, l'individu réagit au milieu environnant. Dans ce sens, St-Arnaud rejoint l'approche globale de la personne où l'on ne peut détacher cette personne de son environnement.

Le processus d'interaction entre l'individu et son milieu confère aussi une dimension énergétique au système; c'est la *tendance actualisante* qui amène la personne à développer toutes ses potentialités. Cette tendance actualisante est un processus naturel de croissance propre à chaque individu qui lui permet d'acquérir une identité à mesure qu'il agit en interaction avec son environnement.

Les principes d'actualisation de soi qu'il faut chercher à l'intérieur du champ perceptuel de la personne peuvent, selon St-Arnaud (1974) se résumer à trois éléments essentiels:

- l'ouverture à l'expérience
- la prise en charge
- l'action sur l'environnement.

L'ouverture à l'expérience se définit comme l'état d'une personne n'éprouvant aucun sentiment de menace face à son expérience. Elle suppose une attitude d'accueil, une ouverture à soi et à l'autre. Elle permet l'émergence des besoins réels chez la personne plutôt que la réponse aux besoins suscités par l'environnement.

La prise en charge se traduit par «toute activité consciente par laquelle une personne analyse, critique, évalue son expérience et fait des choix libres» (St-Arnaud, 1974, p. 67). Ainsi, la personne se rend responsable de ses choix et en accepte les conséquences.

Mais, une personne en processus d'actualisation doit aussi réaliser ses choix à travers son action sur l'environnement puisque, selon St-Arnaud (1974) «plus la personne s'actualise, plus elle apprend à puiser dans son environnement les éléments nécessaires à sa croissance» (pp. 68-69).

### 2.4.6 Apprentissage

La notion d'apprentissage rejoint celle de l'actualisation de soi en ce sens qu'elle implique aussi un changement ou un mouvement chez la personne. En effet, selon Dufresne-Tassé, 1981, l'apprentissage est l'acquisition d'un pouvoir nouveau résultant d'un échange avec la réalité. C'est à la fois:

- le résultat d'un mouvement qui nécessite une ouverture à soi et à la réalité;
- le mouvement vers l'appropriation de la réalité.

Dans une même optique, Paquette décrit l'apprentissage comme une prise de conscience des relations existant dans un environnement. Il considère l'apprentissage comme une démarche significative où l'on construit sur du «connu».

En somme, apprendre, c'est réagir avec tout son potentiel pour recréer la réalité; c'est un mouvement qui débute à l'intérieur de soi et qui s'inscrit dans ses attitudes et dans ses comportements. Le processus d'apprentissage fait appel à ses propres valeurs qui teintent également ses attitudes et ses comportements.

Les valeurs

Les valeurs reliées à l'apprentissage ou à l'éducation sont différentes suivant les auteurs choisis. Nous préciserons ici les valeurs sur lesquelles reposera notre enseignement du fil conducteur actualisation de soi: autonomie, responsabilité et liberté.

La liberté constitue pour Rogers (1972) une valeur fondamentale en éducation où l'apprenant fait l'expérience de choisir, de s'exprimer et d'être.

Selon Paquette (1985), l'autonomie vise à développer la capacité d'utiliser ses ressources internes, d'agir et de réagir selon des règles personnelles. La liberté se concrétise dans la possibilité de faire des choix alors que la responsabilité se manifeste dans la capacité de les assumer.

Pour ce même auteur, l'intervenant se doit de nommer les valeurs qui deviennent alors des références dans la pratique quotidienne. Ainsi, le fait de définir ses valeurs, pour l'individu, précise la base de ses choix et rend plus claire sa position par rapport à celle de l'autre.

## Les objectifs

Pour décrire un processus d'apprentissage favorisant l'actualisation de soi, les chercheures ont choisi de formuler des objectifs ouverts. Ces objectifs «sont plutôt formulés en termes de processus impliqués dans l'apprentissage et le développement des élèves, qu'en termes de résultats escomptés et se caractérisent par leur globalité» (Thouin, 1982, p. 33).

L'objectif ouvert se précise au fur et à mesure que l'on progresse dans une tâche; il peut être exprimé différemment d'une personne à l'autre. Il ne s'insère pas dans une séquence progressive d'objectifs fermés mais il permet d'ouvrir l'étudiante à son expérience d'autonomie, de liberté et de responsabilité.

Pour Paquette (1979), l'objectif ouvert tend à rendre le processus d'apprentissage dynamique. L'auteur insiste sur le processus plutôt que sur les objectifs d'apprentissage.

## Évaluation

Évaluer, c'est-à-dire porter un jugement sur la valeur d'un objet, nous apparaît difficile lorsque l'objet de l'apprentissage est la personne elle-même. Voilà pourquoi Rogers (1972) réfère la personne à son lieu interne d'évaluation, l'individu devant se fier à son jugement, à ses sentiments et à ses intuitions pour savoir ce qu'il convient de faire. Aussi propose-t-il l'autoévaluation comme moyen d'évaluation. Il croit que ce mode d'évaluation facilite l'apprentissage de la responsabilité vis-à-vis de soi-même et de ses choix.

Pour Paquette, le processus d'évaluation fait partie intégrante du processus d'apprentissage. L'évaluation doit donc être compatible avec le modèle pédagogique et la conception du développement humain choisis. Par ailleurs, l'évaluation pose des difficultés en termes de mesure. Il propose donc que l'objectif ouvert serve d'indicateur et que l'évaluation passe par l'examen de ces indicateurs, qui «sont des sources d'information utilisables pour évaluer la qualité des interventions éducatives» (Paquette, 1985, p. 95). Ces indicateurs facilitent également la compréhension du processus d'apprentissage.

## L'apprentissage expérientiel

Tel que défini par Bernard et al., (1981), l'apprentissage expérientiel se veut «une démarche de connaissances lucide, continue et progressive qui associe très étroitement la pensée et l'action en faisant d'eux des partenaires tout à fait indissociables» (p. 21).

C'est une démarche éducative puisque l'individu vit ses expériences en interaction avec l'environnement et en continuité avec les expériences antérieures.

L'apprentissage expérientiel se réalise selon un cycle de quatre phases: l'expérience concrète de la réalité, l'observation réflexive, la conceptualisation abstraite et l'expérimentation active. Ces phases sont illustrées dans la figure qui suivante:

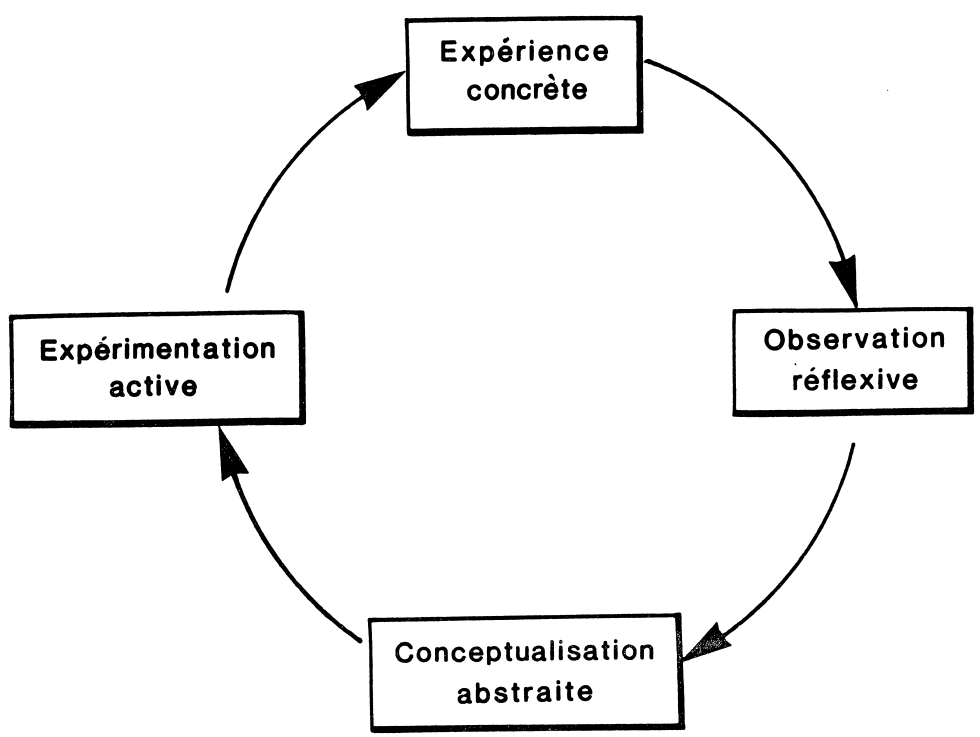



Fig. 7 - Cycle de l'apprentissage expérientiel
(Adapté de Kolb, 1976, p. 40 par Bernard et al., 1981)

Globalement, l'apprentissage modifie ou transforme le comportement de l'individu dans ses rapports avec la réalité. Il sous-tend des valeurs profondes chez la personne et l'ouvre à son expérience. L'apprentissage expérientiel s'insère dans une démarche d'apprentissage qui engage activement toute la personne.

### 2.4.7 Guide d'actualisation de soi

Dans le but de favoriser chez l'étudiante une démarche continue et cohérente vers l'actualisation de soi dans sa vie personnelle et professionnelle, des *objectifs terminaux, intermédiaires* et des *indices d'actualisation* ont été élaborés pour l'enseignement de ce fil conducteur par Aubin et al. (1986).

Ces objectifs ne sont pas élaborés suivant une séquence pédagogique progressive. Ils ne précisent pas, non plus, le comportement que l'étudiante doit adopter à la fin d'une activité d'apprentissage puisque ce sont des objectifs ouverts qui mettent l'accent sur le processus d'apprentissage et non sur les résultats attendus. Ce processus n'est d'ailleurs pas seulement intellectuel puisqu'il engage toute la personne; il se situe dans une approche globale de l'être humain en interaction avec son milieu.

Les objectifs ouverts du guide d'actualisation illustrent un processus d'apprentissage et nomment des indices d'actualisation. Aussi est-il pertinent pour l'enseignante d'aider l'étudiante à vivre ce processus d'apprentissage susceptible de lui permettre de s'actualiser, plutôt que d'orienter l'étudiante vers un comportement prévu et attendu.

Les objectifs du processus d'apprentissage favorisant l'actualisation de soi de l'étudiante, tels que proposés par Aubin et al. (1986) dans leur Guide d'actualisation, sont présentés au tableau 12. Ils doivent être perçus comme des indices du processus actualisant. Ces indices sont des signes ou des repères qui se réflètent dans le comportement de l'étudiante engagée dans un processus actualisant.

Le processus d'actualisation est naturel et spontané; il débute à l'intérieur de soi et émerge vers l'extérieur. Il se manifeste par des indices de croissance observables dans le comportement de la personne.

# TABLEAU 12
## Guide d'actualisation
## (Objectifs pédagogiques pour l'enseignement du fil conducteur actualisation de soi)
## (version finale)

| OBJECTIFS TERMINAUX | OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES | INDICES D'ACTUALISATION |
|---|---|---|
| 1. DÉVELOPPER UNE CONNAISSANCE DE SOI PLUS VASTE ET PLUS APPROFONDIE<br>*Cet objectif vise à accroître la connaissance de soi au niveau des perceptions, des ressentis, de l'intuition et des valeurs dans le but de permettre à l'étudiante d'identifier ses ressources et ses capacités. La connaissance des éléments suggérés accroîtra vraisemblablement sa capacité de se prendre en charge et d'agir avec tout son vécu expérientiel.* | 1.1 Percevoir*la réalité de manière plus concrète et plus immédiate<br>*Phénomène actif, où la personne extrait de l'environnement une information qui lui est utile. Percevoir implique tout le système sensoriel de la personne de même que les composantes cognitives et affectives, d'où son caractère hautement sélectif.* | 1.1.1 Décrire la réalité perçue<br>1.1.2 Partager avec l'autre sa compréhension de la réalité perçue<br>1.1.3 Prendre contact avec ses réactions face aux perceptions des autres<br>1.1.4 Accroître sa capacité d'être et de rester en contact avec le moment présent<br>1.1.5 Distinguer la réalité perçue des interprétations<br>1.1.6 Établir des liens entre ses perceptions et ses interprétations |
| | 1.2 Élargir progressivement le contact avec ses ressentis*<br>*Sensation interne réunissant tout ce que la personne éprouve à un moment quelconque à l'égard des données perçues. Le ressenti englobe les émotions, les sentiments et les désirs.* | 1.2.1 Prendre contact avec ses émotions<br>1.2.2 Accueillir les émotions ressenties<br>1.2.3 Être attentive aux messages émis par son corps<br>1.2.4 Prendre contact avec les sensations corporelles reliées au vécu<br>1.2.5 Être en contact avec les désirs animant sa personne |
| | 1.3 S'ouvrir davantage à son intuition*<br>*L'intuition est une perception immédiate de la réalité interne et externe, sans référence, au raisonnement et à la déduction, permettant d'appréhender l'essence de la vie. C'est un savoir venant de l'intérieur qui n'utilise pas les cinq canaux sensoriels.* | 1.3.1 Écouter la voie intérieure qu'est l'intuition<br>1.3.2 Permettre à l'intuition d'accéder à la conscience<br>1.3.3 Faire confiance à sa perception intuitive<br>1.3.4 Utiliser cette connaissance venant de l'intérieur |
| | 1.4 Comprendre et saisir davantage les valeurs* animant ses comportements<br>*La valeur est une croyance qui indique ce qu'il y a de plus profond en nous. Elle anime et guide nos gestes quotidiens et possède en plus un caractère de mobilité expliquant les transformations au fur et à mesure des expériences de vie.* | 1.4.1 Explorer ses valeurs personnelles<br>1.4.2 Découvrir ses valeurs personnelles<br>1.4.3 Réfléchir sur ses valeurs personnelles<br>1.4.4 Partager ses valeurs avec les autres<br>1.4.5 Connaître les valeurs du milieu et les sources facilitant ou freinant son actualisation<br>1.4.6 Explorer l'accord ou le désaccord entre ses valeurs et les gestes posés quotidiennement<br>1.4.7 Découvrir la mobilité de ses valeurs |
| 2. VIVRE L'EXPÉRIENCE DE LA PRISE EN CHARGE DE SON PROPRE DÉVELOPPEMENT<br>*Cet objectif vise à exploiter la potentialité de choisir, considérée comme très importante du point de vue de l'actualisation. Il met en lumière toute activité consciente par laquelle une personne analyse, évalue son expérience et fait des choix autonomes.* | 2.1 Saisir en profondeur les différents éléments de la réalité | 2.1.1 Recueillir des informations venant de sa réalité intérieure<br>2.1.2 Recueillir des informations venant de la réalité extérieure<br>2.1.3 Estimer le niveau d'anxiété pouvant embrouiller la prise d'information |
| | 2.2 Réfléchir sur les éléments de la réalité | 2.2.1 Utiliser son jugement, son raisonnement pour comprendre la réalité<br>2.2.2 Utiliser ses émotions, ses désirs pour comprendre la réalité<br>2.2.3 Repérer la concordance entre ses intentions et ses valeurs<br>2.2.4 Départager ce qui vient d'elle de ce qui vient de l'extérieur<br>2.2.5 Envisager des solutions possibles |
| | 2.3 Découvrir la possibilité de faire des choix libres | 2.3.1 Clarifier les intentions qui se manifestent dans son champ de conscience<br>2.3.2 Décider à partir de sa réflexion sur sa réalité<br>2.3.3 Accepter de faire le deuil de ce qu'elle perd<br>2.3.4 Créer de nouvelles solutions<br>2.3.5 Tenir compte des autres dans ses choix |
| | 2.4 Accéder au sentiment de responsabilité de ses choix | 2.4.1 Éprouver la conviction d'avoir choisi selon ses valeurs et ses désirs<br>2.4.2 Découvrir la cohérence ou l'incohérence entre son choix et ses valeurs<br>2.4.3 Accepter les conséquences de ses choix et s'en tenir seule responsable |
| 3. AGIR AVEC SON VÉCU EXPÉRIENTIEL<br>*Cet objectif met l'accent sur le développement de la capacité de l'étudiante de s'utiliser dans ses interactions, d'affirmer sa différence, de respecter l'autre dans sa différence et de se réaliser dans ses actions. Il implique l'utilisation de toutes ses ressources, de ses ressentis, de ses perceptions et de ses intuitions dans l'action concrétisant le choix en vue de poursuivre sa croissance.* | 3.1 S'utiliser dans ses interactions | 3.1.1 Utiliser ses perceptions, ses ressentis<br>3.1.2 Utiliser son jugement, son intuition<br>3.1.3 Vérifier l'exactitude de ses perceptions<br>3.1.4 Composer avec ses émotions, ses désirs, ses sentiments<br>3.1.5 Exploiter ses ressources et ses capacités |
| | 3.2 Affirmer sa différence | 3.2.1 Être en contact avec soi<br>3.2.2 Prendre contact avec l'autre<br>3.2.3 Tenir compte du cadre de référence de l'autre<br>3.2.4 Départager ce qui lui appartient de ce qui appartient à l'autre<br>3.2.5 Manifester son individualité dans son agir |
| | 3.3 Respecter l'autre dans sa différence | 3.3.1 Laisser à l'autre le soin d'entreprendre son changement<br>3.3.2 Chercher à comprendre le cadre de référence de l'autre<br>3.3.3 Pondérer l'importance des besoins de l'autre |
| | 3.4 Se réaliser dans ses actions | 3.4.1 Utiliser des moyens pour mobiliser son énergie interne<br>3.4.2 Établir des limites claires et réalistes entre sa vie personnelle et sa vie professionnelle<br>3.4.3 Composer avec ses valeurs personnelles et celles du milieu<br>3.4.4 Découvrir les moyens de ressourcement disponibles<br>3.4.5 Attribuer une valeur personnelle à ses actes<br>3.4.6 Laisser émerger le plaisir de la réalisation de soi |

* Les termes marqués d'un astérisque sont définis par le texte réduit qui les suit.

Ce processus peut être expérimenté dans ses trois dimensions par l'étudiante en situation d'apprentissage et il demeure le même tout au long de la formation.

Notons qu'aucun élément du fil conducteur actualisation de soi n'est enseigné en cours théorique. Cependant, certains thèmes (perceptions, ressentis, intuitions, valeurs, analyse des valeurs, choix, cohérence des choix, action, différenciation avec l'autre) peuvent être traités en laboratoire (au collège et à l'hôpital) à partir de mises en situation.

Précisons une fois de plus cependant que ces thèmes ne constituent pas les éléments de connaissance spécifiques ou des résultats attendus.

### 2.4.8 Enseignement du fil conducteur actualisation de soi

Enseigner le fil conducteur actualisation de soi demande à l'enseignante d'utiliser ses connaissances et ses habiletés personnelles pour aider l'étudiante à expérimenter ce processus d'apprentissage dans un contexte de soins infirmiers. Ainsi, l'enseignante amène l'étudiante à développer la connaissance d'elle-même et à s'utiliser dans sa relation avec le client.

#### Engagement, valeurs et attitudes de l'enseignante

Dans le mesure où l'enseignante s'actualise, elle favorise cette même démarche auprès de l'étudiante. Mais cette démarche d'actualisation de soi est largement teintée par ses valeurs tout comme l'enseignement de ce fil conducteur lui-même repose sur ses valeurs en éducation.

Les valeurs privilégiées pour induire un processus d'actualisation de soi chez l'étudiante sont: l'autonomie, la liberté et la responsabilité. Ces valeurs se traduisent à travers des attitudes d'écoute, d'empathie et d'acceptation chez l'enseignante en soins infirmiers.

Par son attitude, l'enseignante punit ou favorise l'ouverture de l'étudiante à son expérience. Par ailleurs, si elle attend des comportements précis d'actualisation de soi, elle risque d'induire un processus défensif ou

uniquement intellectuel chez l'étudiante. L'enseignante devra donc surtout accompagner l'étudiante, lui proposer des activités et exploiter des situations cliniques de telle façon que l'étudiante «expériencie» et prenne conscience de son processus d'apprentissage.

## Évaluation des apprentissages

La démarche d'actualisation appartient à l'étudiante. Celle-ci doit être active et «participative» dans son cheminement mais aussi dans son évaluation.

L'auto-évaluation devient donc le mode privilégié pour évaluer comment l'étudiante s'engage dans son processus; elle peut servir d'instrument à l'étudiante pour s'approprier la responsabilité de ses apprentissages.

L'apprentissage du processus d'actualisation étant difficilement mesurable, il demande une évaluation formative par laquelle l'enseignante supporte l'étudiante dans son cheminement personnel.

## Application de l'apprentissage expérientiel

Les chercheures qui ont travaillé en 1985-1986 le fil conducteur actualisation de soi (Aubin et al., 1986) se sont préoccupées d'offrir à l'enseignante en soins infirmiers un instrument pédagogique qui lui permette d'aider l'étudiante à apprendre à mieux se connaître.

En effet, l'application de l'apprentissage expérientiel proposé constitue un moyen d'exploiter les situations d'apprentissage en milieu clinique et en laboratoire-collège. En suivant le cycle de ce type d'apprentissage (figure 7), il s'agit pour l'enseignante de reprendre la description des différentes phases en utilisant les situations cliniques:

Première phase : l'étudiante prend contact avec son expérience concrète.

Deuxième phase : l'étudiante s'interroge sur son expérience et sur ses ressentis. Sa réflexion l'amène à considérer si ses ressentis actuels sont rattachés à une expérience passée.

Troisième phase : l'étudiante nomme, crée des liens nouveaux au moyen de l'analyse et de la synthèse. C'est la conceptualisation abstraite.

Quatrième phase : l'étudiante confronte ses idées et ses concepts avec la réalité dans le but de vérifier et de valider son expérience. Elle est capable d'appliquer ses connaissances nouvelles à une situation réelle.

Nous pouvons résumer le processus d'actualisation de soi en ces termes: «tout ce qui à l'intérieur de la personne contribue à sa santé physique et psychologique» (St-Arnaud, 1974, p. 64). C'est un processus de croissance où l'action de l'individu est guidée par sa compétence à décider de ce qui est bon pour lui.

## 2.5 FIL CONDUCTEUR ENGAGEMENT PROFESSIONNEL

### 2.5.1 Présentation du fil conducteur

L'engagement professionnel, qui constitue l'un des cinq fils conducteurs du programme-cadre, réfère à des habiletés essentielles à développer chez l'étudiante infirmière, en regard du service d'aide au client. C'est un processus à développer autour des quatre grands thèmes suivants, précisés dans le programme-cadre (Lambert et Lafortune-Demers (1985):

- éthique et déontologie
- droits et responsabilités (de l'infirmière et du client)
- collaboration avec autrui
- engagement social.

L'acquisition de connaissances en regard des normes, des règles, des lois et procédures sous-jacentes à ces grands éléments de contenu devrait se traduire, chez la future généraliste, par l'adoption de comportements reflétant son engagement professionnel.

Dans cette optique, le programme-cadre mentionne quelques attitudes et habiletés à développer chez la future généraliste: les attitudes conformes aux principes d'éthique et de déontologie dans l'exécution des soins; le respect de la confidentialité, de l'intimité et des valeurs du client; le respect des droits et des responsabilités inhérents au statut d'étudiante-stagiaire de la future généraliste (Lafortune-Demers, janvier 1986, n° 1). Ces comportements guident l'engagement professionnel de la future infirmière.

### 2.5.2 Projet de recherche présenté au PARPA

Les professeures du département de techniques infirmières du collège de Bois-de-Boulogne bénéficient déjà des résultats de recherches effectuées par rapport aux quatre autres fils conducteurs du programme-cadre. D'ailleurs, le présent devis pédagogique constitue le lieu d'intégration de celles-ci.

La pertinence de poursuivre et de compléter l'étude des fils conducteurs a suscité, chez trois professeures du département, le désir d'une recherche en ce sens. Ainsi, le dernier fil conducteur engagement professionnel, a fait l'objet d'une demande soumise à la Direction générale de l'enseignement collégial (D.G.E.C.) dans le cadre du Programme d'aide à la recherche sur la pédagogie et l'apprentissage (PARPA), par Ghislaine St-Amour, France Desgroseilliers et Monique Richard-Cormier.

Par cette recherche, l'équipe des chercheures vise essentiellement à «assurer aux étudiantes infirmières du collège de Bois-de-Boulogne, une formation unifiée et à favoriser une démarche continue et progressive vers l'engagement professionnel» (St-Amour et al., février 1986).

Dans cette optique, l'élaboration d'une séquence d'objectifs terminaux et intermédiaires de formation a été prévue, avec la collaboration des professeures du département. Cette séquence vise l'enseignement des éléments de contenu reliés à ce fil conducteur, aux étudiantes en soins infirmiers du réseau collégial.

Ainsi, les étudiantes infirmières, les enseignantes du département et du réseau provincial en techniques infirmières pourraient bénéficier de cette dernière recherche.

Dans la perspective de la réalisation de cette recherche en 1986-87, la troisième partie de ce chapitre aborde uniquement les éléments du contenu reliés à l'engagement professionnel, tels que proposés au niveau provincial. Il n'y a donc pas encore de couleur locale attribuée à ce fil conducteur.

### 2.5.3 Orientations provinciales de l'engagement professionnel

Dans le tableau 13, les orientations provinciales données à l'engagement professionnel sont présentées en fonction de chacun des numéros de cours du programme de formation. Elles sont tirées du document de Micheline-Lafortune-Demers intitulé: Programme en soins infirmiers 180.01. Devis (2° version). Document de travail en vue de la rédaction des plans d'études cadres, janvier 1986, pp. 10-11.

Ainsi, pour chacune des sessions, sont relevées les notions cognitives rattachées à chaque thème du fil conducteur engagement professionnel, de même que les attitudes et les habiletés découlant de cette acquisition de connaissances. Ces éléments de contenu, nombreux et diversifiés, seront utiles dans l'élaboration subséquente des plans de cours.

# TABLEAU 13*

## Devis - soins infirmiers 180.01

Fil conducteur : Engagement professionnel

| SOINS INFIRMIERS I | SOINS INFIRMIERS II | SOINS INFIRMIERS III | SOINS INFIRMIERS IV | SOINS INFIRMIERS V | SOINS INFIRMIERS VI-VII | SOINS INFIRMIERS VIII |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NOTIONS COGNITIVES<br>1. Éthique et déontologie | | | | | | |
| Principes généraux et applications<br><br>Droits du client à l'intimité et à la confidentialité<br><br>Le secret professionnel | Notions de responsabilité civile et professionnelle<br><br>Valeurs professionnelles<br><br>Responsabilités professionnelles<br>. être responsable<br>. rendre des comptes<br>. être digne de confiance<br>. respecter les autres<br><br>Faute et négligence professionnelles | Confrontation des valeurs<br><br>Droits à la vie | Résolution des conflits de valeur<br><br>Droits du client:<br>. à l'information<br>. à l'individualité des soins | Droit à la qualité de vie<br><br>Droit à la mort dans la dignité<br><br>Euthanasie<br><br>Suicide | Principes propres aux situations analysées | Valeurs de l'école et les valeurs du monde du travail |
| 2. Collaboration avec autrui | | | | | | |
| Initiation à la structure des services de santé<br><br>Concept: collaboration | Attitudes et comportements de collaboration<br><br>Notions sur le fonctionnement d'un groupe (dans le contexte d'une équipe de soins) | Rôles et fonctions des membres d'une équipe de soins: modes de collaboration dans des contextes variés | Rôles et fonctions de l'équipe multidisciplinaire dans des contextes variés | L'équipe multidisciplinaire dans un contexte de soins prolongés et de soins psychiatriques | Clarification des responsabilités des divers intervenants dans les situations analysées | La réalité du marché du travail:<br>. conditions d'emploi<br>. code du travail<br>. conditions de travail<br>. conditions de formation en cours d'emploi<br>. difficultés d'adaptation<br>. ressources de soutien |
| 3. Droits et responsabilités | | | | | | |
| Notions élémentaires sur l'exercice de la profession<br>. Loi 273, section VIII art. 36-37<br>. Code des professions<br>. Actes autonomes et dépendants<br>. Actes délégués: définition exempte<br><br>Éléments de santé et sécurité au travail: facteurs de risque et mesures préventives | Charte des droits et libertés de la personne: impacts sur l'exercice de la profession | *Mesures sociales et législatives relatives à la protection de l'enfant et de la famille: enfance handicapée, négligée, maltraitée (agressions sexuelles) | *Mesures sociales et législatives à la santé et sécurité au travail<br><br>Droits des malades et des handicapés, impact sur la pratique infirmière | Mesures sociales et législatives relatives à la personne âgée ou mourante et au malade mental: impact sur la pratique infirmière | Mesures sociales et législatives appropriées aux situations analysées | Implications législatives de l'exercice de la profession:<br>. actes autonomes<br>. actes délégués<br>. actes désignés<br>. contrôle des soins infirmiers<br><br>Associations professionnelles et syndicales: droits et responsabilités de l'infirmière |

* Contenu pouvant être vu en soins infirmiers IV

* Contenu pouvant être vu en soins infirmiers III

TABLEAU 13 *
(suite)

## Devis - soins infirmiers 180.01

Fil conducteur: Engagement professionnel

| SOINS INFIRMIERS I | SOINS INFIRMIERS II | SOINS INFIRMIERS III | SOINS INFIRMIERS IV | SOINS INFIRMIERS V | SOINS INFIRMIERS VI-VII | SOINS INFIRMIERS VIII |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NOTIONS COGNITIVES (suite) | | | | | | |
| 4. Engagement social | | | | | | |
| Événements historiques qui ont influencé l'évolution de la profession | Contribution de l'infirmière généraliste au système de santé<br><br>Rôles et fonctions de l'infirmière en soins de courte durée | *Apport de la profession infirmière à la promotion de la santé familiale et de la lutte contre la violence<br><br>Rôles et fonctions de l'infirmière<br>. en planning<br>. en néonatalogie<br>. en milieu scolaire | *Apport de la profession infirmière à la promotion de la santé et sécurité au travail<br><br>Rôles et fonctions de l'infirmière en santé au travail | Apport de la profession infirmière à la promotion de la santé des personnes âgées et à la santé mentale<br><br>Rôles et fonctions de l'infirmière en centre d'accueil, en centre de soins prolongés, en soins palliatifs et en milieux psychiatriques | Évaluation de l'apport de la profession dans le développement des soins relatifs aux situations analysées | Questions de prospectives pour la profession infirmière:<br>. fondements théoriques<br>. réorganisation des sources de distribution des soins infirmiers<br>. degré de formation<br><br>Perspectives d'avenir pour l'infirmière nouvellement diplômée:<br>. secteur pratique<br>. secteur administration<br>. secteur formation<br>. secteur recherche |
| Attitudes | | | | | | |
| Prise de conscience des implications de l'engagement professionnel dans le contexte d'activités d'apprentissage des soins infirmiers | Attention dirigée vers la découverte des implications de l'engagement professionnel dans le contexte d'activités d'apprentissage des soins infirmiers | Volonté de répondre aux exigences de l'engagement professionnel dans le contexte d'activités d'apprentissage des soins infirmiers | Acceptation des exigences de l'engagement professionnel dans l'exercice des activités d'apprentissage des soins infirmiers | Adhésion à l'importance de l'engagement professionnel pour exercer la profession d'infirmière | Disposition à réviser ses comportements à la lumière des principes de l'engagement professionnel | Disposition à se préparer à accéder au marché du travail |
| Habiletés | | | | | | |
| Initiation aux comportements et valeurs qui sous-tendent les divers aspects de l'engagement professionnel | Compréhension de l'importance des comportements et valeurs qui sous-tendent les divers aspects de l'engagement professionnel | Manifestation régulière de comportements qui découlent des divers aspects de l'engagement professionnel dans divers contextes (enfant et relation parentale, adulte) | Analyse de la raison d'être des comportements qui découlent des divers aspects de l'engagement professionnel dans divers contextes (enfant et relation parentale, adulte) | Manifestation d'un engagement en regard des divers aspects de l'engagement professionnel dans des contextes propres à la personne âgée et à la santé mentale | Évaluation de ses comportements en regard des divers aspects de l'engagement professionnel | Évaluation de ses acquis en regard des attentes et exigences du marché du travail |



* Demers, Janvier 1986, p. 10-11.

# Chapitre 3

# INTÉGRATION DES FILS CONDUCTEURS

## 3. INTÉGRATION DES FILS CONDUCTEURS

Ce chapitre concerne l'intégration des cinq fils conducteurs et vise à les relier en un tout organisé et harmonieux qui tienne compte à la fois du contenu du programme et de l'enseignement en soins infirmiers.

Dans notre devis pédagogique, nous nous préoccupons donc de créer localement une unité d'ensemble avec les divers éléments de contenu du programme, sans négliger l'aspect didactique de ce programme de formation en soins infirmiers.

Nous aborderons, en premier lieu, ce dernier aspect car nous voulons orienter le lecteur vers une approche systémique où le contenu se traduit en processus. C'est à travers ce processus, le «comment» enseigner les soins infirmiers, que nous invitons le lecteur à prendre connaissance de l'ensemble du programme et de ses parties constituantes.

### 3.1 ENSEIGNEMENT DES SOINS INFIRMIERS

L'approche systémique appliquée à l'enseignement des soins infirmiers est une approche par programme qui consiste à articuler un ensemble de cours afin de constituer un tout cohérent. Cette organisation de contenu se fait en relation avec les cinq fils conducteurs.

De Rosnay (1975) mentionne que l'approche systémique en éducation permet la simplification de l'enseignement et son enrichissement. En effet, regrouper les éléments de connaissances et interrelier ces regroupements en un tout cohérent, facilite, pour l'apprenante, l'acquisition de ces connaissances et leur application dans l'action, c'est-à-dire dans la pratique professionnelle de l'étudiante-infirmière.

L'enseignement des fils conducteurs implique que l'enseignante en soins infirmiers utilise une approche «processus comme contenu» , c'est-à-dire une approche centrée sur le «comment enseigner les soins infirmiers», de manière à susciter chez l'étudiante le développement des connaissances, des attitudes et des habiletés requises pour offrir le service d'aide au client.

Cette manière de faire suppose aussi que l'enseignante sache comment favoriser chez l'apprenante l'application, dans sa *pratique professionnelle*, des connaissances, des attitudes et des habiletés développées en regard des cinq fils conducteurs, l'objectif poursuivi étant de développer la capacité de soins infirmiers chez la généraliste en soins infirmiers.

Ces préoccupations de l'enseignante nous amènent à formuler une dernière question importante : «Quelles sont les stratégies d'enseignement privilégiées pour développer cette capacité de soins infirmiers chez l'étudiante-infirmière?».

Afin de répondre à cette question, il nous faut tout d'abord définir la stratégie d'enseignement ainsi que le contexte dans lequel elle se situe; nous considérerons ensuite les stratégies privilégiées qui permettront d'atteindre les objectifs d'ordres cognitif, affectif et psycho-moteur visés par notre programme de formation en soins infirmiers.

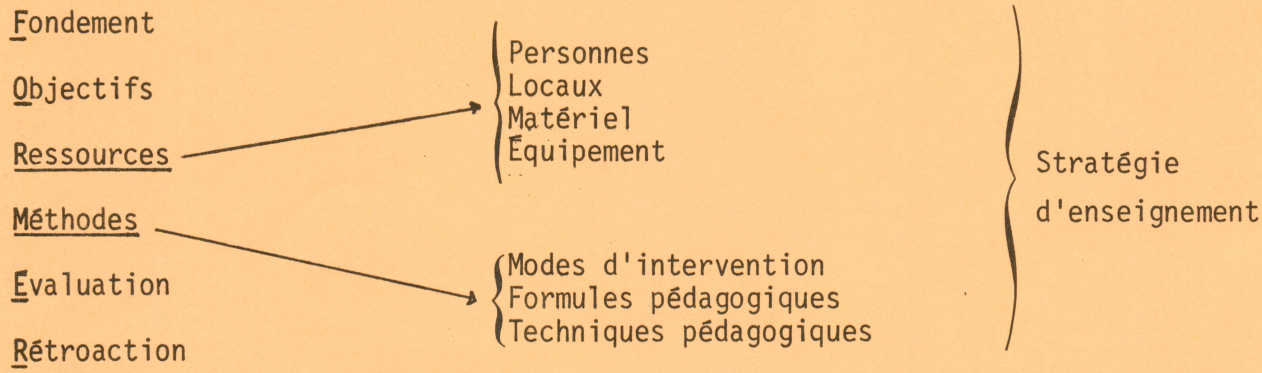
### 3.1.1 Stratégie d'intervention

La référence dont nous nous sommes servies pour définir la stratégie d'enseignement et le contexte dans lequel elle se situe est le volume de Parent et al., (1978) intitulé : Élaboration d'une stratégie d'enseignement.

La stratégie d'enseignement réfère à un «ensemble d'activités de planification destinées à favoriser le meilleur choix qui soit de l'organisation optimale des ressources et des méthodes d'enseignement à [la] disposition [de l'enseignant]». (p. 3). Le tableau suivant permet de situer ces ressources et ces méthodes d'enseignement dans le contexte global de l'élaboration d'une stratégie d'enseignement.

TABLEAU 14

Contexte dans lequel se situe une stratégie d'enseignement
(Parent et al., 1978, p. 3)




Une brève explication de chaque élément constituant ce tableau nous apparaît nécessaire. Quant aux modes d'intervention et aux formules pédagogiques considérés ici, ils seront développés dans la section suivante qui traite de notre orientation locale.

Selon Parent et al., (1978), *établir le fondement du cours* impose de déterminer les objectifs du programme auxquels l'enseignement doit satisfaire. Cependant, dans l'élaboration de ces objectifs, il faut tenir compte du fait que les caractéristiques des étudiantes inscrites au programme varient au cours des années. Dans le contexte de formation en soins infirmiers au collégial, les assises du cours sont déterminées par le comité provincial de révision des plans d'études cadres; ce sont les buts et objectifs généraux du programme-cadre (voir chapitre 1).

On doit ensuite *spécifier les objectifs* de l'enseignement lesquels sont orientés vers les résultats attendus. Ces objectifs sont d'ordres cognitif, affectif et psychomoteur. Selon Parent et al., ils sont essentiels même s'ils ne sont pas toujours exprimés. Pour nous, spécifier les objectifs c'est préciser et définir nos objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques reliés aux fils conducteurs du programme de formation en soins infirmiers.

Le fondement du cours étant connu et les objectifs précisés, l'enseignante peut élaborer sa stratégie d'enseignement. Pour ce faire, elle *organise un ensemble de ressources* (personnes, locaux, matériel, équipement) et *de méthodes* (modes d'intervention, formules pédagogiques, techniques pédagogiques) afin de permettre l'atteinte des objectifs. Les méthodes pédagogiques sont les «façons» d'utiliser les ressources disponibles à l'enseignante; elles seront explicitées plus loin.

L'enseignante voit à *planifier l'évaluation*. L'évaluation peut concerner les trois dimensions suivantes, selon le niveau de formation : le programme de formation, les cours et les apprentissages. Pour les besoins de ce devis, seule l'évaluation des apprentissages sera développée puisque les autres dimensions de l'évaluation font partie de l'élaboration et de la révision des plans d'études cadres. Évaluer les apprentissages, c'est mesurer l'atteinte des objectifs et «décider du statut des étudiants en fonction des résultats de la mesure.» (Parent et al., 1978, p. 6).

*Prévoir les mécanismes de rétroaction*, c'est se servir des résultats livrés par l'évaluation comme source d'information pour modifier un ou plusieurs éléments d'un système. Les mécanismes de rétroaction ont pour effet «d'améliorer une stratégie et ses produits»(Loc. cit., p. 7), ceux-ci désignant ici la formation d'une généraliste capable de prodiguer des soins infirmiers avec compétence.

Examinons de plus près les éléments qui constituent la stratégie d'enseignement, c'est-à-dire les modes et les formules pédagogiques, car ces derniers servent de fondements théoriques dans le choix de nos stratégies d'enseignement.

Parent et al. (1978) mentionnent que le «mode d'intervention indique la façon globale dont le professeur fait acquérir les différentes connaissances, attitudes et habiletés préconisées par les objectifs» (p. 11). Ils ajoutent qu'il existe deux modes d'intervention extrêmes qui sont utilisés : la présentation de notions et la découverte de notions; ils précisent qu'entre ces façons opposées d'intervenir se situe l'interaction.

La *présentation de notions* réfère aux formules pédagogiques où la majorité des connaissances sont transmises à l'étudiante par l'enseignante. Celle-ci est au centre de l'activité éducative et utilise l'exposé magistral,

l'exposé médiatisé, la démonstration ou certaines formes d'enseignement programmé comme les formules pédagogiques.

La *découverte de notions* consiste à fournir à l'étudiante les objectifs du cours en lui laissant le soin d'acquérir les connaissances jugées nécessaires. L'enseignante n'intervient pas directement dans ce mode d'enseignement. Le jeu de rôle, la simulation, la lecture et le visionnement personnel, l'enseignement par contrat, la recherche libre, etc., constituent des exemples de formules pédagogiques reliées à la découverte de notions. Nous pensons que ces formules *peuvent être «dirigées»* et ainsi s'inscrire dans le mode pédagogique suivant: l'interaction.

L'*interaction* consiste, de la part de l'enseignante, à fournir une partie des informations et à laisser l'étudiante en découvrir d'autres. Ainsi, le séminaire, le stage, le laboratoire, le travail d'équipe, la résolution de problèmes constituent des exemples de cette formule.

Toute une gamme de formules pédagogiques s'offrent à l'enseignante en soins infirmiers. Dans le cadre d'un enseignement orienté vers le développement d'attitudes et d'habiletés, conduisant au développement global de la personnalité de l'étudiante, nous privilégions les formules pédagogiques *actives* où la participation et l'implication de l'étudiante deviennent primordiales. À ce titre, nous retenons les formules pédagogiques actives suivantes : les jeux de rôle, les exercices de simulation, le travail d'équipe, l'expérimentation en laboratoire et en stage, les séminaires, les histoires de cas, les exercices de résolution de problèmes, les discussions et échanges entre étudiantes et entre étudiantes et enseignantes.

Il nous apparaît important de privilégier ces formules pédagogiques actives, dans un contexte d'atteinte d'objectifs d'ordres cognitif et affectif chez l'étudiante-infirmière. La section suivante aborde ces dimensions.

### 3.1.1.1 Stratégies d'intervention versus l'atteinte d'objectifs cognitifs

Rappelons que les objectifs d'apprentissage d'ordre cognitif sont élaborés suivant les niveaux taxonomiques cognitifs de Bloom et al. (1969) et qu'ils font appel à la connaissance, aux habiletés et aux capacités intellectuelles. Ainsi, développer des habiletés et des capacités intellectuelles suppose non

seulement l'acquisition de connaissances, mais aussi l'organisation de celles-ci pour résoudre une opération intellectuelle. Par exemple, l'étudiante acquiert les éléments constituant la démarche de soins, analyse ces données et organise un plan d'action dans le but de résoudre un problème de soins infirmiers.

L'acquisition des connaissances et le développement d'habiletés intellectuelles s'amorcent, chez l'étudiante, dans le contexte des cours théoriques. Cependant les situations de laboratoire-collège et de milieu clinique constituent des lieux privilégiés de compréhension, d'application, d'évaluation de ces connaissances et de création.

Aussi, il nous apparaît difficile d'élaborer des stratégies d'intervention en regard uniquement de la poursuite d'objectifs d'ordre cognitif. Dans cet ordre d'idée, Krathwohl (1970) mentionne l'existence d'un rapport entre les domaines cognitif et affectif. Le comportement sous-jacent aux objectifs d'ordre cognitif peut devenir un moyen d'atteindre un comportement d'ordre affectif. Par exemple, l'acquisition de connaissances en communication peut motiver l'étudiante-infirmière à utiliser ces éléments de connaissance dans sa relation avec son client.

3.1.1.2 Stratégies d'intervention versus l'atteinte d'objectifs affectifs

L'enseignement des soins infirmiers, selon une approche systémique, rejoint la préoccupation des philosophes modernes de l'éducation qui prêchent en faveur d'une formation globale de la personnalité. Bujold (1982) affirme, dans ce sens, que toute activité de formation comporte des objectifs d'ordre affectif, en plus des objectifs d'ordre cognitif. En effet, «comment peut-on prétendre former une personne dans sa globalité, si on n'ose pas aborder cette composante si importante qu'est le domaine affectif incluant la volonté et les valeurs?» (p. 21).

Dans cet esprit, Bujold a développé une stratégie d'intervention qui favorise l'atteinte des objectifs du domaine cognitif; il en résulte chez l'apprenante un changement dans l'ordre de ses valeurs. Il faut toutefois assurer un certain niveau de satisfaction de ses besoins primaires afin de lui permettre de s'ouvrir au changement et ensuite de modifier ses valeurs.

De plus, il mentionne qu'un changement dans la vie affective de l'étudiante est efficace et durable, s'il est conscient et libre. Ainsi l'enseignante fait appel au jugement de l'étudiante dans la relativité de ses valeurs et face à sa responsabilité d'assumer ses choix.

Tenant compte de toutes ces considérations, Bujold nous propose une façon globale de transmettre un enseignement dirigé vers l'atteinte d'objectifs affectifs. Cette approche réunit les éléments suivants : la réponse aux besoins, le counseling, la persuasion, l'interaction sociale, l'exemple, l'exercice et les renforcements.

Certains de ces éléments suscitent davantage notre intérêt, car ils s'appliquent bien à l'enseignement des soins infirmiers. Toutefois chacune de ces dimensions mérite d'être examinée.

Tout d'abord, l'enseignante doit s'assurer d'un certain niveau de satisfaction des besoins primaires de l'étudiante, tel que mentionné précédemment, condition essentielle d'ouverture à un changement. De plus, l'enseignante lui offre un certain support dans sa relation interpersonnelle, augmentant ainsi l'implication de l'étudiante dans son processus d'apprentissage.

La persuasion consiste à présenter les objectifs visés et à en préciser l'importance et la pertinence; elle se situe très bien dans le contexte d'un cours théorique. Convaincue de l'importance de ces objectifs, l'étudiante pourra intégrer les nouvelles connaissances sous-jacentes à ceux-ci à l'aide d'activités de groupe, par exemple. Ces activités d'interaction sociale sont poursuivies en laboratoire-collège et/ou en stage, grâce à la mise en situation.

L'exercice ou la mise en situation permet de transposer une valeur nouvelle au niveau de l'action et oblige l'étudiante à expérimenter ce changement. Le rôle de l'enseignante est de renforcer les comportements ou les changements attendus. Dans ce contexte, l'évaluation devient une forme de renforcement. Toutefois, la stratégie d'intervention gagne en efficacité si l'enseignante agit en congruence avec les valeurs proposées. De plus, il est souhaitable que l'ensemble des professeures concernées adhèrent aux mêmes valeurs.

Nous croyons que la stratégie d'intervention proposée par Bujold (1982) peut être utile aux enseignantes en soins infirmiers. En effet, elle favorise le développement d'attitudes qui sont des prédispositions à agir ou à se traduire en action chez l'étudiante. Ainsi la stratégie d'intervention s'inscrit dans une approche pédagogique et suscite une modification des habitudes de comportement. Elle permet à l'étudiante de s'ouvrir à son expérience, de côtoyer de nouvelles croyances, de relativiser ses valeurs et de les renforcer dans ses actions.

La poursuite d'objectifs d'ordres affectif et cognitif modifie notre approche de la personne : le fait de vivre l'expérience des cinq fils conducteurs est plus global que la connaissance des notions reliées à chacun d'eux.

### 3.1.2 Évaluation

#### 3.1.2.1 L'évaluation formative

L'apprentissage dans les domaines cognitif et affectif impliquant tous les aspects de la personne, l'étudiante doit prendre en charge sa formation et participer activement à son cheminement (Bujold, 1982). Elle devient alors la première évaluatrice impliquée, même si l'enseignante participe également à ce processus d'évaluation par des rétroactions.

Nous avons déjà mentionné que les objectifs d'ordre affectif visent la modification de l'ordre des valeurs et, par la suite, des habitudes de comportement. Ces changements sont susceptibles d'apparaître après une longue période de temps, aussi impliquent-ils la nécessité de plusieurs rétroactions. Suite à l'expérimentation du programme-cadre, les collèges-pilotes en proposent trois ou quatre à l'intérieur d'une session.

Dans le contexte de l'évaluation formative, l'enseignante devient un guide; elle peut à la fois :
- supporter une démarche d'apprentissage;
- proposer un encadrement et des instruments pédagogiques;
- orienter l'étudiante vers des ressources extérieures;
- inviter l'étudiante à découvrir et à utiliser ses potentialités.

Ainsi, l'étudiante peut se situer dans son processus d'apprentissage, c'est-à-dire :
- prendre conscience de ses acquis (connaissances et habiletés développées);
- comparer ses résultats, d'une étape de formation à l'autre, pour constater son évolution.

En conséquence, nous pouvons affirmer que l'évaluation formative est un instrument privilégié pour évaluer les objectifs de formation globale (affectifs et cognitifs). Le contexte du laboratoire-collège et du milieu clinique se prête d'ailleurs bien à cette forme d'évaluation.

3.1.2.2 L'évaluation sommative

Cette forme d'évaluation, selon Bujold (1982), se retrouve à la fin d'une séquence du processus de formation; c'est la «certification des apprentissages réalisés». L'enseignante évalue «la somme des connaissances acquises ou des habiletés développées ou des attitudes nouvelles» (p. 54).

À la fin d'un stage ou d'une session, l'évaluation sommative aide à poser un jugement sur les acquis de formation et sur les compétences de l'étudiante à exercer la pratique des soins infirmiers.

À la lumière des informations précédentes, nous proposons d'établir des mécanismes d'application de l'évaluation formative et sommative.

3.1.3 Utilisation des cours théoriques et des laboratoires

Les stratégies d'enseignement et les modes d'évaluation doivent être cohérents avec les valeurs préconisées en soins infirmiers et avec l'approche globale de la personne. Aussi, à la lumière des approches pédagogiques proposées par Parent et al. (1978) et Bujold (1982), nous préciserons les formules pédagogiques utilisées en cours théoriques et en laboratoire (collège et hôpital) qui favorisent la *participation* et l'*investissement* de l'étudiante à toutes les étapes de son processus d'apprentissage.

3.1.3.1 Utilisation des cours théoriques

Les cours théoriques doivent permettre à l'étudiante de s'approprier les connaissances reliées aux fils conducteurs. Cet ensemble de connaissances cons-

titue cependant un bagage impressionnant, voire impossible à assimiler tel quel. Aussi, faut-il penser à regrouper les éléments de connaissance et à interrelier ces regroupements dans un tout cohérent. C'est dans cette perspective que nous avons déjà présenté un «modèle d'articulation» regroupant les trois composantes du fil conducteur connaissance de la personne. Rappelons que ce modèle peut constituer une toile de fond pour structurer les cours théoriques.

À l'intérieur de ce modèle d'articulation, les problèmes prioritaires de santé peuvent être développés en se servant de la grille méthodologique proposée par Schmouth-Valois et al.(1984). Cette grille offre la possibilité de regrouper les problèmes connexes de santé au problème prioritaire.

Par ailleurs, nous nous sommes peu penchées sur l'organisation de la théorie des différents fils conducteurs. Cependant, l'approche systémique en éducation, selon De Rosnay (1975), offre certaines pistes susceptibles de faciliter l'acquisition des connaissances chez l'étudiante. Il s'agit d'une approche en spirale où l'on effectue d'abord un premier tour d'horizon de chacun des fils conducteurs et de leurs interrelations. Cette vue d'ensemble permet de délimiter le champ d'action de l'infirmière-généraliste et les connaissances requises à sa pratique professionnelle. Ceci constitue les assises de la première année de formation de l'étudiante.

À un autre niveau, les éléments de connaissance de chacun des fils conducteurs sont repris et expliqués dans leurs particularités. Ils orienteront l'étudiante vers l'*application* de ces connaissances suivant les différents groupes d'âge : c'est la deuxième année de formation et la cinquième session.

La matière est enseignée par couches successives en suivant le mouvement de la spirale. Le mouvement de direction permet de «revenir» sur des acquis pour les consolider et ensuite se diriger vers l'élargissement du champ de connaissances de l'étudiante. La spirale se présente dans un tout articulé et inspire un dynamisme qui se prolonge dans l'action.

Nous connaissons toutes l'exposé magistral qui se prête bien à l'élaboration d'un contenu précis en classe. Cependant, cette formule pédagogique perd de son efficacité si on l'utilise à l'excès ou de façon continue durant trois

périodes successives de cours. Dans la mesure où l'on implique l'étudiante durant la période de cours, elle se mobilisera davantage en situation de laboratoire (collège et hôpital). Il suffit parfois de varier les modes d'animation : par exemple, le remue-méninges, une courte réflexion écrite, une association libre, un travail individuel ou d'équipe de courte durée, etc.

Une partie d'un cours peut aussi se présenter sous la forme d'un travail de recherche effectué par l'étudiante : par exemple, la violence familiale, l'institutionnalisation des personnes âgées. Nous privilégions, en outre, cette formule de recherche dans la session d'intégration. Elle peut prendre la forme d'un séminaire organisé par les étudiantes où l'on présente des situations complexes de santé. Ces situations peuvent être l'occasion d'intégrer des éléments de connaissance et d'application reliés aux cinq fils conducteurs.

3.1.3.2 Utilisation du laboratoire-collège

Le laboratoire-collège est un milieu de vie qui implique directement l'étudiante dans son processus d'apprentissage. Il offre diverses possibilités d'utilisation. Nous avons donc choisi trois critères d'utilisation.

- Le laboratoire-collège constitue un lien entre les connaissances théoriques et l'application en stage. Il doit suivre de près le cours théorique s'il illustre une application ou s'il sensibilise à l'importance d'une notion appliquée. L'application en stage vient renforcer l'apprentissage fait en laboratoire-collège si celui-ci se rapproche de l'expérience clinique. Par exemple, le laboratoire-collège est utile pour démontrer une technique de soins, sensibiliser l'étudiante aux valeurs de la communication selon un auteur donné et expérimenter une démarche de solution de problème.

- Le laboratoire-collège offre aussi une préparation immédiate au stage par rapport à chacun des fils conducteurs. Les mises en situation ou les simulations sont les formules privilégiées pour aider l'étudiante à développer des attitudes et des habiletés à la fois cognitives et affectives.

  Les simulations doivent être le plus près possible de la réalité clinique. Ainsi, apprendre à donner une injection dans un contexte particulier permet à l'étudiante de transposer son apprentissage en milieu clinique. Le con-

texte particulier peut être un enfant qui bouge, un adulte qui a peur ou qui refuse d'être touché ou une situation d'urgence, etc.

Les mises en situation ou les simulations permettent également d'expérimenter certaines attitudes facilitant la communication. Elles offrent la possibilité d'expériencier le processus d'actualisation de soi, de réfléchir sur l'engagement professionnel et d'analyser les éléments d'une démarche de soins. Ce sont là des exemples différents mais qui tiennent compte de l'approche «processus comme contenu».

- Le laboratoire-collège permet encore un retour sur des expériences vécues en stage, marquant ainsi la fin d'une étape d'apprentissage ou la fin d'un stage. Il favorise l'appropriation de chacun des fils conducteurs soit par réflexion personnelle de l'étudiante, soit par une prise de conscience en groupe.

Globalement, la laboratoire-collège n'est pas un «complément théorique». Il doit être utilisé pour développer une connaissance de soi et la capacité de soins infirmiers. L'apprentissage expérientiel peut devenir un outil pédagogique utile aux professeures et il guide l'étudiante dans son processus d'actualisation de soi.

3.1.3.3 Utilisation des stages

Le stage constitue le lieu d'application, de réflexion, d'organisation et de créativité par excellence. Il poursuit l'expérimentation amorcée en laboratoire-collège. Par exemple, l'étudiante exécute et évalue son plan d'action auprès du client, elle s'accorde un temps de réflexion dans sa journée de stage; elle organise les soins d'un ou de plusieurs clients; elle utilise ses potentialités à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire.

L'évaluation formative, réalisée à différentes étapes d'apprentissage, favorise le lien entre les fils conducteurs et la continuité dans l'apprentissage. Elle permet à la fois à l'enseignante et à l'étudiante de se situer dans leur rôle respectif. L'auto-évaluation de l'étudiante est une formule qui l'implique dans une démarche d'appropriation personnelle de ses apprentissages. L'étudiante devient responsable de son cheminement, elle s'engage dans ses choix. Aussi doit-on considérer cette forme d'évaluation comme pertinente et pouvant s'intégrer dans l'évaluation formative.

Il est souhaitable de prévoir quelques heures regroupées, à la fin d'un stage, où les étudiantes seraient invitées à partager, en groupe de stage, les apprentissages réalisés en regard des différents fils conducteurs. Une telle rencontre permet de pousser plus à fond une réflexion et d'établir des liens entre le vécu et les objectifs attendus, par exemple. Rappelons-nous que l'expérimentation d'un processus exige du temps et une continuité dans le temps.

En somme, l'utilisation des connaissances et des habiletés en laboratoire (stage et collège) développe la connaissance de soi et la compétence dans l'exercice des soins infirmiers, chez l'étudiante. Nous sommes cependant conscientes d'avoir seulement effleuré le sujet. Mary Sue Infante, dans «Essentiels Elements Of The Laboratory Concept and Their Application In Nursing Education» (The Clinical Laboratory In Nursing Education, 1975) fait référence aux conditions pédagogiques qui favorisent l'atteinte d'objectifs en milieu clinique et qui impliquent la responsabilité de l'enseignante, de l'étudiante et de l'équipe de soins. Cet article aidera à poursuivre la réflexion sur le sujet.

### 3.1.4 Pondération des heures de cours théoriques et de laboratoire-collège

Le tableau 15 présente la répartition des heures allouées aux cours théoriques et aux laboratoires-collèges durant la formation des futures généralistes en soins infirmiers. Le nombre d'heures totales est réparti sur une période de 14 semaines en fonction des unités de cours (en abscisse) et de chacun des cinq fils conducteurs (en ordonnée).

#### 3.1.4.1 Pondération des heures de cours théoriques

On observe au tableau 15 que le pourcentage moyen des heures de cours théoriques consacrées au fil conducteur connaissance de la personne représente 72% de l'ensemble des heures de cours théoriques contenues dans les cinq premières sessions, tandis que le pourcentage moyen de l'ensemble des autres fils conducteurs est de 28%.

TABLEAU 15

Pondération des heures de cours théoriques et de laboratoire-collège
du programme en soins infirmiers 180.01

| Heures de cours théoriques | | | | | | | | | Heures de laboratoire-collège | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fils conducteurs | 110 | 210 | 310 | 410 | 510 | Moy. % | 610-20 | 630 | 110 | 210 | 310 | 410 | 510 | Moy. % |
| Connaissance de la personne | 32 | 32 | 66 | 75 | 44 | 72 | 28 | - | 30 | 30 | 15 | 15 | 15 | 55 |
| Démarche de soins | 6 | 9 | 6 | - | 6 | 28 | | - | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 45 |
| Communication | 9 | 9 | 6 | 3 | - | | | - | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | |
| Actualisation de soi | - | - | - | - | - | | | - | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | |
| Engagement professionnel | 9 | 6 | 6 | 6 | 6 | | | 42 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | |
| Nombre total d'heures/ 14 semaines | 56 | 56 | 84 | 84 | 56 | 100% | 28 | 42 | 56 | 56 | 28 | 28 | 42 | 100% |

Dans le même tableau, on note certaines particularités. Le fil conducteur actualisation de soi n'utilise aucune heure de cours théorique. À l'intérieur des unités 610 et 620, les heures de cours théoriques sont destinées à l'intégration des cinq fils conducteurs; en conséquence, le total des heures se rapporte à l'ensemble des fils conducteurs. L'unité de cours 630 intitulée : «De l'école au travail: une voie vers le biculturalisme» occupe 42 heures de cours théoriques consacrées au fil conducteur engagement professionnel.

Il nous apparaît important ici de dégager certaines considérations relatives à la pondération des heures de cours théoriques : le tableau 15 n'est qu'un indicateur et il doit être utilisé de façon souple.

- Les heures allouées à chacun des fils conducteurs varient d'une session à l'autre, compte tenu du nombre total d'heures différant d'une unité à une autre.

- La première année constitue une vue d'ensemble des cinq fils conducteurs. Il faut prévoir cinq heures (environ) dès le début de la session d'automne pour présenter l'ensemble du programme et chacun des fils conducteurs.

- Les sessions III, IV et V comportent de nombreux éléments de connaissance reliés au fil conducteur connaissance de la personne (entre autres, les problèmes prioritaires de santé).

- Les heures de cours théoriques (par exemple pour les fils conducteurs démarche de soins et connaissance de la personne) peuvent être regroupées afin de rendre l'enseignement plus cohérent.

3.1.4.2 Pondération des heures de laboratoire-collège

D'après le tableau 15, une moyenne de 55% des heures de laboratoire-collège sont destinées au fil conducteur connaissance de la personne. Ces laboratoires sont essentiellement utilisés à l'enseignement des techniques de soins. Par ailleurs, les autres fils conducteurs se partagent, en moyenne, 45% de l'ensemble des heures de laboratoire-collège.

On note également que le très grand nombre d'heures allouées au fil conducteur connaissance de la personne est concentré en première et deuxième années.

Certaines particularités apparaissent, dans ce tableau, en ce qui concerne les heures de laboratoire reliées aux quatre derniers fils conducteurs. Les chiffres indiqués constituent des heures minimales à consacrer à chacun des fils conducteurs durant la formation des étudiantes. Les sessions 610, 620 et 630 n'apparaissent pas dans cette partie du tableau car elles n'utilisent pas d'heure de laboratoire-collège.

Nous avons établi cette pondération des heures de laboratoire-collège d'après les critères suivants :

- une proportion raisonnable a été fixée entre les heures consacrées au fil conducteur connaissance de la personne et celles accordées aux autres fils conducteurs, en tenant compte des objectifs de la session $\left(\frac{50 \text{ à } 60\%}{50 \text{ à } 40\%}\right)$ ;
- chaque fil conducteur tient une place importante dans chacune des unités de cours; ce nombre d'heures allouées varie suivant les habiletés requises chez l'étudiante;
- les heures de laboratoire peuvent être regroupées afin de faciliter la cohérence de l'enseignement. Par exemple, un laboratoire peut «supporter» des objectifs qui rejoignent à la fois les fils conducteurs communication et démarche de soins, ou bien réunir les objectifs des fils conducteurs actualisation de soi et engagement professionnel.

En résumé, le tableau 15 doit être perçu comme un guide de répartition des heures de théorie et de laboratoire-collège, utile à la planification de chacune des sessions. Cette grille doit s'adapter aux besoins des enseignantes et des étudiantes en soins infirmiers.

## 3.2 CONTENU DU PROGRAMME EN SOINS INFIRMIERS 180.01

Dans cette partie, nous avons sélectionné les éléments d'information générale du programme en soins infirmiers, tels que contenus dans les plans d'études cadres : contenu du programme, modèle de grille, logigramme/soins infirmiers 180.01.

### 3.2.1 Contenu, modèle de grille, logigramme

Le tableau 16 donne une vue d'ensemble du contenu du programme en soins infirmiers 180.01. Il contient :

- les cours obligatoires ou de formation générale,
- les cours de soins infirmiers;
- les cours connexes à la discipline des soins infirmiers (biologie, psychologie et sociologie);
- les cours complémentaires.

Nous avons modifié, localement, la pondération des Soins infirmiers VI et VII:

- Soins infirmiers VI 1(0-12)2
- Soins infirmiers VII 1(0-12)1

TABLEAU 16

Vue d'ensemble du contenu du programme en soins infirmiers 180.01***

Les douze (12) cours obligatoires : 4 éducation physique
4 de philosophie
4 de langue et de littérature

Plus les cours suivants :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 101-902-84 | Le corps humain I | 4-2-4 | 3 1/3 |
| 101-903-84 | Le corps humain II | 4-2-4 | 3 1/3 |
| 101-904-84 | Le corps humain III | 2-2-2 | 2 |
| 180-110- | Soins infirmiers I | 4(4-4)4* | 5 1/3 |
| 180-210- | Soins infirmiers II | 4(4-4)4 | 5 1/3 |
| 180-301- | Soins infirmiers III* | 6(2-10)6 | 8 |
| 180-320- | Soins infirmiers III* | 6(2-10)6 | 8 |
| 180-410- | Soins infirmiers IV** | 6(2-10)6 | 8 |
| 180-420 | Soins infirmiers IV** | 6(2-10)6 | 8 |
| 180-510- | Soins infirmiers V | 4(3-17)6 | 10 |
| 180-610- | Soins infirmiers VI | 2(0-16)3 | 7 |
| 180-620- | Soins infirmiers VII | 0(0-8)1 | 3 |
| 180-630- | Soins infirmiers VIII | 3-0-2 | 1 2/3 |
| 350-205-77 | Psychogénèse : le développement humain I | 2-1-3 | 2 |
| 350-305-77 | Psychogénèse : le développement humain II | 2-1-3 | 2 |
| 387-968-82 | Sociologie de la santé | 3-0-3 | 2 |
| 387-970-82 | Sociologie de la famille | 3-0-3 | 2 |

8 unités de cours complémentaires

* Les deux chiffres à l'intérieur des parenthèses indiquent la répartition des heures de laboratoire : le premier indique les heures de laboratoire au collège et le deuxième indique les heures de laboratoire en milieu clinique

** Deux cheminements sont possibles pour l'élève : - 180-310 et 180-420 ou
- 180-320 et 180-410

*** Demers, janvier 1986, p. 3

Nous présentons dans le tableau 17 la répartition du contenu du programme pour chacune des six sessions. Il s'agit du modèle de grille proposé par Demers (1986).

TABLEAU 17

Modèle de grille**

| | | |
|---|---|---|
| **PREMIÈRE SESSION** | | |
| Langue et littérature | 3-0-3 | 2 |
| Éducation physique | 2 | 2/3 |
| BIOLOGIE I | 4-2-4 | 3 1/3 |
| PSYCHOLOGIE I | 2-1-3 | 2 |
| SOINS INFIRMIERS I | 4-4/4-4 | 5 1/3 |
| | 26C + 14 T.p. | 13 1/3 U |
| **DEUXIÈME SESSION** | | |
| Philosophie | 3-0-3 | 2 |
| Éducation physique | 2 | 2/3 |
| BIOLOGIE II | 4-2-4 | 3 1/3 |
| PSYCHOLOGIE II | 2-1-3 | 2 |
| SOCIO FAMILLE | 3-0-3 | 2 |
| SOINS INFIRMIERS III | 4-4/4-4 | 5 1/3 |
| | 29C + 17 T.p. | 15 1/3 U |
| **TROISIÈME SESSION** | | |
| Langue et littérature | 3-0-3 | 2 |
| Philosophie | 3-0-3 | 2 |
| Éducation physique | 2 | 2/3 |
| BIOLOGIE III | 2-2-2 | 2 |
| SOINS INFIRMIERS III | 6-2/10-6 | 8 |
| | 30C + 14 T.p. | 14 2/3 U |

C. : Heures de cours
T.p. : Travail personnel
U : Unité
3 heures de pondération = 1 unité

TABLEAU 17

Modèle de grille**

*(suite)*

| | | |
|---|---|---|
| QUATRIÈME SESSION | | |
| Langue et littérature | 3-0-3 | 2 |
| Philosophie | 3-0-3 | 2 |
| SOINS INFIRMIERS IV | 6-2/10-6 | 8 |
| Cours complémentaire | 3-0-3 | 2 |
| Cours complémentaire | 3-0-3 | 2 |
| | 30C + 18 T.p. | 16 U |
| CINQUIÈME SESSION | | |
| Langue et littérature | 3-0-3 | 2 |
| Philosophie | 3-0-3 | 2 |
| Éducation physique | 2 | 2/3 |
| SOINS INFIRMIERS V* | 4-3-17-6 | 10 |
| Socio santé | 3-0-3 | 2 |
| | 35C + 15 T.p. | 16 2/3 U |
| SIXIÈME SESSION | | |
| SOINS INFIRMIERS VI | 2-0-16-3 | 7 |
| SOINS INFIRMIERS VII | 0-8-1 | 3 |
| SOINS INFIRMIERS VIII | 3-0-2 | 1 2/3 |
| Cours complémentaire | 3-0-3 | 2 |
| Cours complémentaire | 3-0-3 | 2 |
| | 35C + 12 T.p. | 15 2/3 U |
| GRAND TOTAL | 185C - 90 T.p. | 91 2/3 U |

* N.B. La pondération des stages pour ce cours peut être équilibrée avec celle de Soins infirmiers VI pour les besoins de la répartiation des tâches.

Ex. : S. infirmiers V : 4-3-19-6

S. infirmiers VI : 2-0-14-3

** Demers, janvier 1986, p. 4.

- Logigramme/soins infirmiers 180.01

Il nous apparaît intéressant d'examiner le contenu du programme en termes de séquences (tableau 18). Le logigramme montre l'articulation de l'ensemble des cours, plus particulièrement la séquence des soins infirmiers en relation avec la séquence des cours connexes.

Les séquences I, II et III ordonnent et mettent en relief des aspects particuliers du programme : les assises, les applications et l'intégration.

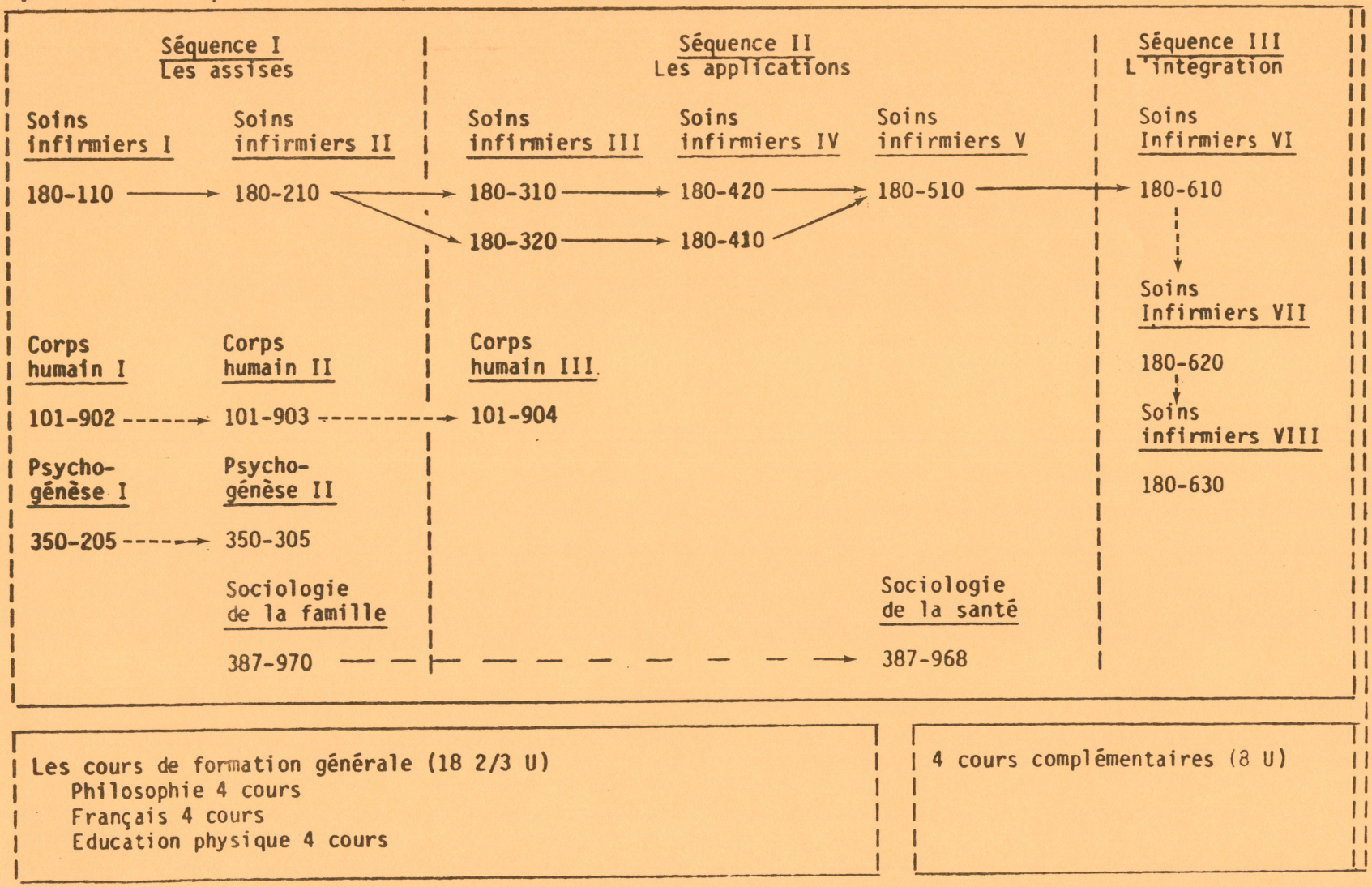
Le logigramme indique le cheminement logique de l'étudiante et désigne les cours préalables.

En complément à ce logigramme, le tableau 19 précise l'orientation donnée à chacune des séquences de cours.

TABLEAU 18 *

Logigramme/Programme soins infirmiers 180.01 (91 2/3 unités)

(Les cours de spécialisation (65 unités)




* Demers, janvier 1986, p. 31.

TABLEAU 19

Orientation donnée à chaque séquence*

La séquence I : Les assises

- Connaissance de l'ensemble des éléments relatifs au cadre théorique du programme pour l'organisation du contenu de soins infirmiers (5 fils conducteurs)
- Connaissance du fonctionnement du corps humain
- Connaissance du développement humain
- Connaissance du rôle de la famille dans la socialisation

La didactique de ces divers cours doit tenir compte de l'articulation à établir entre eux.

La séquence II : Les applications

- Applications des connaissances, attitudes, habiletés acquises, auprès d'individus à divers âges de la vie, dans des situations courantes de soins
- Connaissance du fonctionnement du corps humain en relation avec les microorganismes
- Connaissance de l'organisation sociale relativement à la santé

La séquence III : L'intégration

- Intégration des connaissances acquises en soins infirmiers, en biologie, en psychologie, en sociologie
- Développement des habiletés et attitudes acquises en fonction du degré de maîtrise nécessaire au rôle d'une infirmière généraliste
- Préparation au marché du travail

* Cette liste est présentée par Demers, janvier 1986, p. 37.

### 3.2.2 Description générale des unités de cours en soins infirmiers au collège de Bois-de-Boulogne

L'objectif global qui se dégage de l'ensemble du contenu des unités de cours est *le développement progressif de la capacité de soins infirmiers chez l'étudiante, tout au long de sa formation.*

Cette capacité de soins infirmiers s'inspire des orientations générales du programme-cadre et de la conception des soins infirmiers selon le modèle de Dorothea E. Orem. Par cette capacité de soins infirmiers, l'étudiante intègre les acquisitions de connaissance et les habiletés reliées aux cinq fils conducteurs.

Chaque unité de cours du programme est d'abord expliquée en tenant compte :

- du niveau général d'atteinte des objectifs,
- de l'organisation générale des heures d'expérience clinique.

Le tableau 20 présente ensuite une synthèse de la description de ces unités de cours.

- Description générale des unités de cours en soins infirmiers

Soins infirmiers I : 180-110 4(4-4)4

- Le cours de soins infirmiers I permet à l'étudiante de se *familiariser* avec l'ensemble des éléments de contenu reliés aux cinq fils conducteurs.

- Le niveau général d'atteinte des objectifs est de l'ordre de la *connaissance* et de la *prise de conscience*.

- Les soixante heures de stage s'effectuent auprès de clients adultes, dans des centres hospitaliers de courte durée, en médecine ou chirurgie. Cette pondération se répartit sur sept semaines, à raison d'une journée par semaine. L'étudiante s'éveille à la dimension holistique dans la dispensation des soins.

Soins infirmiers II : 180-210 4(4-4)4

- Le cours de soins infirmiers II permet à l'étudiante de développer sa *compréhension* des éléments de contenu en regard des fils conducteurs.

- Ainsi le niveau d'atteinte des objectifs est de l'ordre de la *compréhension* et d'un début *d'expérimentation* afin de développer des attitudes et des habiletés reliées aux fils conducteurs.

- Les soixante heures de stage se déroulent auprès de clients adultes, dans des centres hospitaliers de courte durée, en médecine ou chirurgie. L'enseignement clinique se répartit sur sept semaines, à raison d'un jour par semaine.

Soins infirmiers III : 180-310 6(2-10)6

Soins infirmiers III : 180-320 6(2-10)6

- L'étudiante poursuit *l'expérimentation* des processus reliés aux fils conducteurs. Le niveau d'atteinte des objectifs est de l'ordre de *l'application* et de *l'expérimentation* continues des attitudes et des habiletés reliées aux fils conducteurs.

- L'étudiante fera ses stages

  . soit auprès d'enfants hospitalisés, de la mère et du nouveau-né dans des centres hospitaliers de courte durée,

  . soit auprès d'adultes hospitalisés dans des centres hospitaliers de courte durée sur des unités de médecine et/ou de chirurgie.

- Les comportements attendus en stage sont du niveau de la troisième session (niveau 3).

- Selon l'endroit où l'étudiante effectue ses stages, elle reçoit les connaissances théoriques reliées au groupe d'âge correspondant à ce milieu clinique.

- Le stage relié à «l'enfant et la relation parentale» se déroule sur toute la session, à raison de deux jours par semaine, pour un total de neuf jours en milieu pédiatrique et de neuf jours en milieu obstétrical. La même pondération s'applique au stage auprès d'adultes hospitalisés, à raison de deux jours par semaine également.

Soins infirmier IV : 180-410 6(2-10)6

Soins infirmiers IV: 180-420 6(2-10)6

- L'étudiante poursuit l'expérimentation des processus reliés aux fils conducteurs. Le niveau d'atteinte des objectifs est du domaine de *l'application* et de *l'expérimentation*.

- Les possibilités de stage sont les mêmes que celles décrites en soins infirmiers III. Par contre, les comportements attendus en stage seront du niveau de la quatrième session (niveau 4).

- Selon l'endroit où l'étudiante effectue son stage (milieu pédiatrique et obstétrical ou milieu adulte en médecine ou chirurgie), elle reçoit les éléments théoriques reliés au groupe d'âge correspondant au milieu clinique.

Soins infirmiers V : 180-510 4(3-17)4

- Les cours de soins infirmiers V permettent à l'étudiante de *s'engager* dans sa pratique professionnelle.

- Le niveau général d'atteinte des objectifs est de l'ordre du *développement* de la *compétence* en soins infirmiers.

- L'expérience clinique se fera alternativement dans deux milieux distincts, pour une durée totale de 238 heures : le milieu psychiatrique et le milieu gériatrique.

- En milieu psychiatrique, l'étudiante ira en stage trois jours par semaine, durant sept semaines, soit l'équivalent de 15 jours de stage.

- En milieu gériatrique, l'étudiante sera en stage deux jours par semaine durant sept semaines, soit 14 jours de stage.

Soins infirmiers VI : 180-610 1(0-12)2

Soins infirmiers VII : 180-620 1(0-12)2

- Les cours de soins infirmiers VI et VII permettent à l'étudiante d'*intégrer* les éléments de contenu reliés aux fils conducteurs.

- Le niveau général d'atteinte des objectifs et de l'ordre de *l'évaluation* et de la *capacité de prodiguer des soins dans des situations complexes de santé.*

- Les heures consacrées à l'expérience clinique sont réparties *également* entre le 180-610 et le 180-620.

- Le stage d'intégration du 180-610 se déroule en centres hospitaliers de courte durée, en médecine ou en chirurgie. Des heures consacrées à l'expérience clinique en soirée sont prévues, permettant à l'étudiante de se familiariser avec les fonctions de l'infirmière travaillant le soir.

- Le stage d'intégration du 180-620 devrait permettre à l'étudiante de retourner dans différents milieux cliniques de son programme de formation, tenant compte des ressources humaines et cliniques disponibles.

- Le stage d'intégration 180-610 et 180-620 permet d'utiliser et d'appliquer les connaissances et les habiletés acquises dans son programme de formation.

Soins infirmiers VIII: 180-630 3(0-2)

- Les cours de soins infirmiers VIII favorisent la transition du milieu de formation au milieu de travail.

- Le niveau général d'atteinte des objectifs est de l'ordre de la *connaissance des exigences du milieu de travail en soins infirmiers.*

- Les objectifs se rapportent surtout au fil conducteur engagement professionnel.

- Cette unité de cours ne comporte pas d'expérience clinique. Les soins infirmiers VI et VII sont des préalables à cette unité.

TABLEAU 20

Synthèse de la description générale des unités de cours en soins infirmiers

| UNITÉ DE COURS | NUMÉRO | PONDÉRATION | BUT DE L'UNITÉ DE COURS | NIVEAU GÉNÉRAL D'ATTEINTE DES OBJECTIFS | STAGES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | clientèle | nbre d'heures | milieu clinique |
| Soins infirmiers I | 180-110 | 4(4-4)4 | - se familiariser avec l'ensemble des éléments de contenu des cinq fils conducteurs | . connaissance<br>. prise de conscience | l'adulte | 60hres réparties sur 7 semaines 1jr/sem | .centres hospitaliers de courte durée: unités de médecine ou de chirurgie |
| Soins infirmiers II | 180-210 | 4(4-4)4 | -développer sa compréhension des éléments de contenu des fils conducteurs | . compréhension<br>. début d'expérimentation/développement d'attitudes et d'habiletés | l'adulte | 60hres réparties sur 7 semaines 1jr/sem. | .centres hospitaliers de courte durée : unités de médecine ou de chirurgie |
| Soins infirmiers III | 180-310 ou 180-320 | 6(2-10)6 ou 6(2-10)6 | -connaître la clientèle du groupe d'âge spécifique<br>-poursuivre l'expérimentation des processus/ fils conducteurs | . compréhension et application des connaissances<br>. expérimentation/développement des attitudes et des habiletés | l'enfant et la relation parentale<br>ou<br>l'adulte | 140hres soit 2jrs/sem.<br>18 jrs { 9jrs 9jrs<br>18 jrs | Soit<br>.milieu pédiatrique et obstétrical<br>soit<br>.milieu médecine et chirurgie |
| Soins infirmiers IV | 180-410<br>180-420 | 6(2-10)6<br>6(2-10)6 | -connaître la clientèle du groupe d'âge spécifique<br>-poursuivre l'expérimentation des processus/ fils conducteurs | . compréhension et application des connaissances<br>. développement des attitudes et des habiletés/fils conducteurs | l'enfant et la relation parentale<br>ou<br>l'adulte | 140hres soit 2jrs/sem.<br>18jrs { 9jrs 9jrs<br>18 jrs | Soit<br>.milieu pédiatrique et obstétrical<br>soit<br>.milieu médecine et chirurgie |
| Soins infirmiers V | 180-510 | 4(3-17)4 | -connaître la clientèle du groupe d'âge spécifique<br>-s'engager dans sa pratique professionnelle | . compréhension et application des connaissances<br>. développement de la compétence en soins infirmiers | l'adulte en regard de la maladie mentale<br>la personne d'âge mûr | 238hres soit 3jrs répartis sur 7 sem. soit l'équivalent de 15jrs 2jrs x 7 sem. soit 14 jrs | .milieu psychiatrique<br>et<br>.milieu gériatrique |
| Soins infirmiers VI<br>- et -<br>Soins infirmiers VII | 180-610<br><br>180-620 | 1(0-12)2<br><br>1(0-12)2 | -intégrer les éléments de contenu reliés aux cinq fils conducteurs | . application des connaissances et utilisation des habiletés acquises<br>. évaluation de la capacité de soins infirmiers dans des situations complexes de santé | l'adulte<br>et<br>clientèle d'âges variés | 168jrs, soit 21 jrs 4jrs durant 5-6 sem.<br>4jrs durant 5-6 sem. | .centres hospitaliers de courte durée: unités de médecine ou chirurgie<br>.stage en soirée<br>.milieux spécialisés et familiers à l'étudiante (de préférence). |
| Soins infirmiers VIII | 180-630 | 3(0-2) | -favoriser la transition du milieu de formation à celui de travail | . connaissance des exigences du milieu de travail en soins infirmiers<br>. engagement professionnel | | | .pas d'expérience clinique |

## 3.3 VERS L'UNITÉ DU PROGRAMME

Le programme en soins infirmiers implique plusieurs intervenants, depuis la direction d'un collège jusqu'à l'ensemble des professeurs concernés, de près ou de loin, par la formation collégiale de la future généraliste. Il est donc souhaitable de se concerter, de manière à travailler conjointement à l'atteinte de l'objectif global du programme : former une infirmière généraliste capable de prodiguer des soins infirmiers.

À ce titre, les orientations du programme-cadre stipulent que les buts et les objectifs généraux s'adressent à l'ensemble des professeurs des cours connexes, de spécialisation et de formation générale. «Des échos de ces buts doivent être présents dans chacun des cours» (Lambert et Demers, juin 1984). Aussi serait-il souhaitable que les professeurs des disciplines connexes et de formation générale aient aussi une connaissance de l'ensemble du programme-cadre et de chacun des fils conducteurs afin d'orienter leur enseignement vers l'unité du programme en soins infirmiers.

La formation en regard des fils conducteurs suppose le développement d'attitudes et d'habiletés reliées au service d'aide. Dans cette perspective, «l'approche par programme» a été préconisée provincialement. Elle porte précisément sur l'acquisition de connaissances et de processus reliés aux fils conducteurs. C'est un programme où l'ensemble des professeurs concernés orientent leur enseignement sur le développement de la personne et sur le service d'aide assuré par la pratique des soins infirmiers. Voilà en quoi il constitue une *unité de programme*.

Cette approche par programme s'harmonise parfaitement avec l'orientation locale. En effet, en 1979, le collège de Bois-de-Boulogne se donnait un projet pédagogique. Dans ce projet intitulé Bois-de-Boulogne 1985, la direction du collège, appuyée par la communauté locale, précisait les attitudes de formation à privilégier dans l'enseignement :

- reconnaître l'étudiant comme le principal agent de sa formation,
- favoriser la concertation des éducateurs autour de l'unité de la personne de l'étudiant,

- décloisonner les savoirs,
- redéfinir les activités éducatives dans une perspective de formation intégrée de la personne de l'étudiant.

Cette mission éducative appliquée à la formation en soins infirmiers suppose l'articulation des éléments de connaissances de chacun des cours et une orientation des activités éducatives vers le développement global de l'étudiante-infirmière. Ainsi, par exemple, l'enseignement de la notion de valeur, dans le cadre d'un cours de philosophie, suscite une réflexion chez l'étudiante, qui lui permet de découvrir et d'explorer sa réalité culturelle et celle des autres. De plus, l'enseignement de ce thème permet de développer le sens critique de l'étudiante, stimulée par des échanges multidisciplinaires. Par des exercices de simulation, elle peut appliquer ces connaissances et développer des attitudes dans sa réalité d'étudiante-infirmière.

Pour ce faire, le dialogue et la concertation sont nécessaires. Aussi, en mai 1986, six représentantes du département de techniques infirmières, dont les deux chercheures du présent projet, ont réuni des enseignants des disciplines suivantes : biologie, psychologie, sociologie, philosophie, français et éducation physique. Cette rencontre avait pour but :

- d'informer les enseignants des orientations provinciales et locales du programme en soins infirmiers;
- de prendre connaissance d'une expérience d'articulation des cours en soins infirmiers et des cours de biologie;
- d'ouvrir la porte dès l'automne prochain à des échanges interdépartementaux orientés sur l'unité du nouveau programme.

De nombreuses réactions ont été exprimées lors de cet échange. Citons, entre autres, les répercussions de la nouvelle séquence des cours obligatoires sur la tâche des enseignants et la problématique de la formation générale versus la formation «sur mesure» d'un programme du secteur professionnel qui peut se résumer par la question suivante : «Comment répondre aux besoins de formation d'une clientèle spécifique lorsque le groupe-classe se compose d'étudiantes de différentes disciplines?».

Suite à ces réflexions, les professeurs représentant les différentes disciplines jugent important de se situer face aux exigences du nouveau programme en soins infirmiers. Il s'agit pour eux de trouver des points de jonction et d'articulation possibles, donnant ainsi une «couleur» locale aux orientations provinciales.

Un exemple d'articulation entre les soins infirmiers et la biologie a été apporté par M. Guy Laurendeau, professeur de biologie au collège de Bois-de-Boulogne et responsable du projet provincial d'enseignement de la biologie dans une approche intégrée. Ce projet de recherche repose sur un cadre théorique en psychopédagogie. M. Laurendeau a précisé certains avantages d'une approche intégrée, car il ressort que celle-ci a des impacts très intéressants sur la rétention et la consolidation des apprentissages de l'étudiante.

Un document réunissant des modèles généraux d'articulation entre la biologie et les soins infirmiers, a été élaboré. Selon M. Laurendeau, ces modèles d'articulation sont facilement «transférables» d'une discipline à une autre. De plus, l'articulation peut se faire au niveau du contenu mais aussi au niveau des stratégies d'apprentissage: comment un outil pédagogique tel un «structurant» agit favorablement dans l'apprentissage de l'étudiant. Ce document sera mis à la disposition des professeurs.

Voilà d'intéressantes pistes de réflexion concernant une articulation possible au niveau des contenus de cours, des processus et des stratégies d'enseignement. Les professeurs présents à cette rencontre interdisciplinaire ont exprimé le désir de s'inspirer d'expériences déjà réalisées en ce sens.

Dès l'automne 1986, nous établirons des mécanismes en vue de créer un lieu de rencontre interdisciplinaire et nous poursuivrons ces échanges visant l'unité du programme en soins infirmiers. Cette perspective est intéressante et stimulante car elle permettra de reconsidérer les activités éducatives reliées à la formation intégrée de la future généraliste en soins infirmiers, pour la plus grande satisfaction du corps professoral et de la profession infirmière.

## CONCLUSION

De toute évidence, ce devis pédagogique constitue une structure de base de notre enseignement en soins infirmiers au collège de Bois-de-Boulogne, dans le cadre du nouveau programme. Il respecte les grandes orientations provinciales et intègre les recherches effectuées localement en soins infirmiers. Aussi croyons-nous être parvenues à notre but et nous être acquittées de la tâche que le département de techniques infirmières nous avait confiée.

Néanmoins, ce projet ne pouvait être réalisé sans le soutien de la Direction des services pédagogiques du collège et la participation indispensable des enseignantes en techniques infirmières. Le comité pédagogique départemental, les enseignantes impliquées dans les différentes recherches en soins infirmiers et l'assemblée du département de techniques infirmières ont apporté une rétroaction positive très utile tout au long du projet. Les enseignants des autres disciplines du collège ont également manifesté leur intérêt au nouveau programme en soins infirmiers.

Afin de poursuivre cette démarche d'implantation de programme au collège de Bois-de-Boulogne, nous soumettons certaines recommandations qui tiennent compte du Suivi du projet d'expérimentation du programme de formation en soins infirmiers au collégial de Lafortune-Demers (1985).

### Recommandations

Il nous apparaît important de compléter, dans un avenir prochain, le programme d'études local, le devis n'étant qu'une partie constituante de ce programme. En effet, dans le cadre conceptuel de Chater, le devis pédagogique s'inscrit dans la composante contenu. Les deux autres composantes de ce cadre de référence sont l'étudiante et le milieu de vie.

Il s'agit pour chacune de ces deux composantes, de compléter la cueillette des données et d'en faire une synthèse. Ainsi, nous serons en mesure d'interrelier ces trois composantes : l'étudiante-infirmière , son milieu de vie et le contenu du programme en soins infirmiers. Cette interrelation donnera une vision plus globale de l'étudiante, comme personne «apprenante», dans un

système d'éducation. En effet, Chater, dans son application d'un modèle systémique en soins infirmiers, considère l'étudiante dans son entité en interaction avec son environnement. Nous croyons que l'approche holistique de la personne est au coeur même d'un programme d'études; elle rejoint à la fois l'étudiante, le client et l'enseignante.

De plus, compléter le programme d'études implique une synthèse des éléments de la recherche sur le fil conducteur engagement professionnel.

Bâtir un programme d'études local est indispensable. Toutefois, nous devons aussi développer des mécanismes de mise à jour et d'évaluation du programme à la suite de l'expérimentation de celui-ci, en tenant compte du vécu des enseignantes et des étudiantes.

Nous souhaitons également que s'effectue un travail de conceptualisation d'instruments d'apprentissage rejoignant les orientations locales du programme d'études. L'élaboration d'instruments pédagogiques, complétés par une grille d'évaluation (formative et sommative), facilitera grandement l'atteinte des objectifs du nouveau programme.

En plus d'être utilisé par les enseignantes en soins infirmiers, nous proposons que le devis pédagogique serve de document de référence aux enseignants des diverses disciplines impliqués dans la formation des étudiantes en soins infirmiers du collège de Bois-de-Boulogne. Ainsi, nous souhaitons que ce travail constitue une source de référence utile à l'ensemble des intervenants en soins infirmiers du réseau collégial.

# BIBLIOGRAPHIE

Nous voulons mentionner la particularité de cette bibliographie où chaque référence se voit attribuer une cote. Celle-ci indique le sujet correspondant à cette référence, ce qui facilitera l'accès aux documents désirés.

La signification des cotes est la suivante:

C.P. = Connaissance de la personne

S.S.T. = Santé et sécurité au travail*

D. = Démarche de soins

C. = Communication

A. = Actualisation de soi

E. = Engagement professionnel

O.P.C. = Orientations du programme-cadre

P. = Profession infirmière

EN. = Enseignement

---

*La cote S.S.T. est reliée au fil conducteur connaissance de la personne.

## BIBLIOGRAPHIE


ALLARD, Claude, «Ce n'est pas par hasard que votre action reflète votre pensée», Objectif-prévention, 1984. S.S.T.

ASSAGIOLI, Roberto, Psychosynthèse, principes et techniques, Paris, Epi, 1976. C.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA, Définition de la pratique infirmière, normes de la pratique infirmière, Ottawa, A.I.I.C., 1981. O.P.C.

AUBIN, D. et al., Actualisation de soi : un modèle de croissance en soins infirmiers, Projet de recherche présenté dans le cadre de PARPA, Montréal, Collège de Bois-de-Boulogne, 1986, (à paraître). A.

AUDETTE, C. et al., Étude sur le curriculum de techniques infirmières : grille 7, la démarche selon le modèle d'Orem, Montréal, Collège de Bois-de-Boulogne, 1981, (inédit). D.

AUDETTE, C. et al., Communication en soins infirmiers, Montréal, Décarie Éditeur, 1985. C.

AUTIL, Thomas, «Pourquoi les hommes meurent-ils plus jeunes?», Nursing Québec, Novembre-décembre 1985. C.P.

BECK, C.M. et al., Mental Health Psychiatric Nursing, St-Louis, The C.V. Mosby Company, 1984. C.P.

BERNARD, H. et al., L'apprentissage expérientiel, Service pédagogique, Université de Montréal, Montréal, 1981. A.

BEVIS, Olivia E., Curriculum Building In Nursing, A Process, Second Edition, St-Louis, The C.V. Mosby Company, 1978. O.P.C.

BEVIS, Olivia E., Curriculum Building In Nursing, A Process, Third Edition, St-Louis, The C.V. Mosby Company, 1982. O.P.C.

BISSONNETTE, Sylvie, «Risques psychosociaux chez les infirmières», Objectif-prévention, Septembre-octobre 1983. S.S.T.

BLOOM, B.S. et al., Taxonomie des objectifs pédagogiques, Tome 1, Domaine cognitif, Traduit de l'américain par M. Lavallée, Montréal, Éducation nouvelle, 1969. EN.

BLOOM, B.S. et al., Taxonomie des objectifs pédagogiques, Tome 2 Domaine affectif, Traduit de l'américain par M. Lavallée, Montréal, Éducation nouvelle, 1969. EN.

BRADLEY, Jean C. et Mark A. EDINGERG, Communication In The Nursing Context, Norwalk, Appleton-Century-Crafts, 1982. C.

BUJOLD, Nérée, La formation dans le domaine affectif, document de travail (deuxième épreuve), Québec, Université Laval, 1982 EN.

CAISSIE, Marie-Mai, «Le diagnostic infirmier : son fondement réside dans un modèle conceptuel», L'infirmière canadienne, v. 27, n° 8, 1985. C.P.

CÉGEP DE BOIS-DE-BOULOGNE, Plan d'études du 180-101, 210-301-401-501-601, Département de techniques infirmières, automne 1981. EN.

CÉGEP DE BOIS-DE-BOULOGNE, Développement des programmes d'études 1980-1985, Bois-de-Boulogne 85, Tome 1, novembre 1979. EN.

CÉGEP DE LIMOILOU, Devis, Programme de soins infirmiers 180-01, Québec, 1984. O.P.C.

CÉGEP DE SAINT-FÉLICIEN, Devis local du programme soins infirmiers 180-01, Saint-Félicien, 1982. O.P.C.

CÉGEP DE TROIS-RIVIÈRES, Devis pédagogique, Soins infirmiers 180-01, Trois-Rivières, 1984. O.P.C.

CENTRE DE BIOÉTHIQUE, La bioéthique, Québec, P.U.L., 1979. E.

CENTRE HOSPITALIER NOTRE-DAME-DE-LA-MERCI, «La santé globale : réalité ou utopie de l'an 2000?», Rapport du 4° colloque de la table sectorielle des établissements de santé et des services sociaux du territoire du D.S.C. de Sacré-Coeur, Montréal, mars 1986. C.P.

CHATER, Shirley, «A Conceptual Framework For Curriculum Development», Nursing Outlook, vol. 23, July 1975. O.P.C.

COLLERETTE, P. et G. DELISLE, Le changement planifié : une approche pour intervenir dans les systèmes organisationnels, Montréal, Les éditions Agence d'Arc, 1982. A.

CURTIN, Leah et M. Josephine FLAHERTY, Nursing Ethics, Theories And Pragmatics, Maryland, Brady Communications Co. Inc., 1982. E.

DAVIS A.J. et M.A. AROSKAR, Ethical Dilemmas and Nursing Practice, Appleton-Century-Crafts, 1978. E.

DEMERS, Huguette, «Maturité et conditions de travail», Objectif-prévention, décembre 1982. S.S.T.

DE ROSNAY, Joël, Le macroscope. Vers une vision globale, France, Éditions du Seuil, 1975. EN.

DESCHÊNES, G., «La mesure et l'évaluation dans le cadre de diverses approches pédagogiques», Mesure et évaluation en éducation, v. 6, n° 3, Mars 1983. EN.

DESROSIERS, Rachel, Comment enseigner les concepts, Presses universitaires du Québec, 1984. EN.

DUESPOHL, T. Audean, Nursing Diagnosis Manual For The Well And Ill Client, Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1986. C.P.

DUFRESNE-TASSÉ, Colette, L'opale de feu. Analyse du processus d'apprentissage de l'adulte, Montréal, Université de Montréal, Laboratoire de créativité, santé mentale et apprentissage, 1980 (texte ronéotypé). EN.

DUFRESNE-TASSÉ, Colette, L'apprentissage adulte. Essai de définition, Montréal, Éditions Études vivantes, 1981. EN.

DULDT, B.W. et al., Interpersonal Communication In Nursing, Philadelphia, Davis Company, 1984. C.

EGAN, Gerard, The Skilled Helper, Second Edition, Monterey, Ca., Brooks/Cole, 1982. C.

FONTAINE, France, Les objectifs d'apprentissage, Montréal, Service pédagogique, Université de Montréal, 1980. EN.

GARIEPY, Wilfrid, Guide pour identifier, spécifier et expliciter les objectifs pédagogiques, Québec, Centre d'animation de développement et de recherche en éducation, 1973. EN.

GORDON, M., Nursing Diagnosis : Process And Application, New York, McGraw-Hill, 1982. C.P.

GOSSELIN, D. et al., Démarche de soins selon la théorie de Dorothea E. Orem, Montréal, Décarie Éditeur, 1985. D.

GRÉGOIRE, M.-Paule, «Le leadership infirmier : quelques assises dans le mouvement des soins de santé primaires», Nursing Québec, Septembre-octobre 1984. E.

HABER, Judith et al., Nursing en psychiatrie pour une vision globale, Montréal, H.R.W., 1979 E.

HACHÉ-FAULKNER, Nicole et Ruth MACKAY, «Le stress professionnel», L'infirmière canadienne, v. 27, n° 5, 1985. S.S.T.

HARROW, J.-A., Taxonomie des objectifs pédagogiques, Tome 3, Domaine psychomoteur, Traduit de l'américain par M. Lavallée, Les presses de l'Université du Québec, 1980. EN.

HÉTU, Daniel, «Les maux de dos», Objectif-prévention, Septembre 1982. S.S.T.

INFANTE, Mary Sue, «Essential Elements Of The Laboratory Concept And Their Application In Nursing Education», The Clinical Laboratory In Nursing Education, New York, John Wiley & Sons, 1975. EN.

JULIEN, Renée, «Risques dans les services de soins infirmiers», Objectif-prévention, Septembre-octobre 1983. S.S.T.

JULIEN, Renée, «Dossier d'oxyde d'éthylène», Objectif-prévention, Juillet-août 1983. S.S.T.

JULIEN, Renée, «Terminaux à écran de visualisation : la preuve reste à faire», Objectif-prévention, Mars-avril 1983. S.S.T.

JULIEN, Renée, «Médicaments antinéoplasiques», Objectif-prévention, Octobre 1984. S.S.T.

KOZIER, B. et G. ERB, Soins infirmiers : une approche globale, (adaptation de Michel Fortin), Montréal, Editions du Renouveau pédagogique, 1983. EN.

KRATHWOHL, D. et al., Taxonomie des objectifs pédagogiques, Tome 2 : Domaine affectif, Traduit de l'américain par M. Lavallée, Montréal, Education nouvelle, 1970. EN.

LACROIX, Diane, «Les accidents du travail chez les infirmières», Objectif-prévention, Juin 1982. S.S.T.

LAFORTUNE-DEMERS, Micheline, Soins infirmiers VIII (180-630). Document de consultation pour les enseignants (contient aussi des références utiles pour le 180-610/620, Novembre 1984. O.P.C.

LAFORTUNE-DEMERS, Micheline, Suivi du projet d'expérimentation du programme de formation en soins infirmiers au collégial, Bulletin n° 9, Août 1985. O.P.C.

LAFORTUNE-DEMERS, Micheline, Plans d'études cadres du programme de formation en soins infirmiers 180-01, Document de travail élaboré en vue de la mise à jour du contenu des cahiers de l'enseignement collégial, suite à l'expérimentation, Janvier 1986. O.P.C.

LAMARCHE, Danièle, «Le diagnostic infirmier : pourquoi s'y intéresser?», L'infirmière canadienne, v. 27, n° 10, 1985. C.P.

LAMBERT, Cécile, «Le diagnostic infirmier : un bienfait ou un méfait?», L'infirmière canadienne, v. 27, n° 7, 1985. C.P.

LAMBERT, Cécile et Lise RIOPELLE, Les buts et les orientations de la formation en soins infirmiers au niveau collégial, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, Février 1981. O.P.C.

LAMBERT, Cécile et Lise RIOPELLE, Présentation d'un rapport d'étape en vue d'une révision des plans d'études cadres du programme des techniques infirmières, Mars 1981. O.P.C.

LAMBERT, Cécile et Lise RIOPELLE, Présentation du deuxième rapport d'étude en vue d'une révision des plans d'études cadres du programme des soins infirmiers, Document de travail, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, Juin 1981. O.P.C.

LAMBERT, Cécile et Lise RIOPELLE, Suivi du projet d'expérimentation du programme de formation en soins infirmiers au niveau collégial, bulletin n° 1, Octobre 1981; bulletin n° 2, Décembre 1981; bulletin n° 3, Avril 1982; bulletin n° 4, Juin 1982; bulletin n° 5, Novembre 1982. O.P.C.

LAMBERT, Cécile, Suivi du projet d'expérimentation du programme de formation en soins infirmiers au niveau collégial, bulletin n° 6, Août 1983; bulletin n° 7 , Avril 1984; bulletin n° 8, Août 1984. O.P.C.

LAMBERT, Cécile et Micheline LAFORTUNE-DEMERS, Compte rendu des activités du programme de perfectionnement présenté en juin 1984 à des enseignants en vue de l'implantation du programme de soins infirmiers 180-01, Montréal, 6,7 et 8 juin 1984 - Québec, 11, 12, 13 juin 1984. O.P.C.

LAMBERT, Cécile, «La transformation des vases clos en vases communicants par l'entremise des cinq fils conducteurs», Colloque des soins infirmiers, Actes du colloque, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, 1984. O.P.C.

LAMBERT, Cécile et Micheline LAFORTUNE-DEMERS, Programme soins infirmiers 180-01. Document de travail en vue de la révision du devis provincial et des plans d'études cadres, Mai 1985. O.P.C.

LAMOTHE, François, «Soins infirmiers et risques biologiques», Objectif-prévention, Septembre-octobre 1983. S.S.T.

LAURENDEAU, Guy, Les cours de biologie intégrés dans le programme expérimental de soins infirmiers, Cadre théorique, Montréal, Collège de Bois-de-Boulogne, Octobre 1985. EN.

LAURENDEAU, Guy et Micheline LAFORTUNE-DEMERS, Document de travail sur l'articulation biologie - soins infirmiers, Montréal, Collège de Bois-de-Boulogne, Mai 1986. EN.

LAVOIE, Jacques, «Les agents agresseurs pour la travailleuse enceinte oeuvrant dans une unité de soins», Objectif-prévention, Septembre-octobre 1983. S.S.T.

LESCARBEAU, R. et al., Devenir consultant. Instrument autogéré de formation, Module d'apprentissage I, Montréal, Les éditions de l'Université de Sherbrooke, Les presses de l'Université de Montréal, 1985. A.

LESCARBEAU, R. et al., Devenir consultant. Instrument autogéré de formation, Dossier d'intervention II, Montréal, Les éditions de l'Université de Sherbrooke, Les presses de l'Université de Montréal, 1985. A.

LEVINE, M.E., «Nursing Ethics And The Ethical Nurse», American Journal Of Nursing, Mai 1977. E.

MARTIN, Claire, «Les soins de santé primaires... une notion à déchiffrer», Nursing Québec, vol. 4, n° 6, Septembre-octobre 1984. C.P.

MAURICE, Wade C., «Le «burnout» : se brûler au travail», Objectif-prévention, 1984. S.S.T.

MOREAU, Paul, «Pourquoi un comité de santé et de sécurité après 100 ans», Objectif-prévention, Novembre-décembre 1983. S.S.T.

MOREAULT, Denise, «Les travailleurs de nuit», Objectif-prévention, Septembre-octobre 1983. S.S.T.

MORISSETTE, Louise, «Le déplacement des patients : un risque quotidien dans les établissements de santé», Objectif-prévention, Mai 1984. S.S.T.

MORISSETTE, Louise, «La prévention des maux de dos par la formation des travailleurs», Objectif-prévention, Mars 1984. S.S.T.

MORISSETTE, Louise, «Comme un athlète», Objectif-prévention 1984. S.S.T.

NADEAU, Marc-André, Mesure et évaluation des objectifs pédagogiques, Manuel d'auto-enseignement sur les objectifs pédagogiques et leur mesure, Québec, Les éditions Saint-Yves Inc., 1975. EN.

NADEAU, Marc-André, L'évaluation des programmes d'études, théorie et pratique, Québec, Les presses de l'Université Laval, 1981. EN.

NURSING DEVELOPMENT CONFERENCE GROUP, Concept Formalization In Nursing : Process And Product, Second Edition, Bastien, Little, Brown & Co., 1979. EN.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, Hypothèse de cadre conceptuel en nursing, Montréal, Septembre 1980. P.

ORDRE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, L'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier du Québec, Montréal, O.I.I.Q. (Tome I - Méthode d'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier), 1980. P.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, L'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier au Québec, (Tome 4 - Normes et critères de compétence pour les infirmières et infirmiers et pour les infirmières-cadres et les infirmiers-cadres oeuvrant dans les établissements de santé), Montréal, O.I.I.Q., 1984. P.

OREM, Dorothea E., Nursing : Concepts Of Practice, 2° édition, New York, McGraw Hill, 1980. C.P.

OREM, Dorothea E., Nursing Concepts Of Practice,3° édition, New York, McGraw Hill, 1985. C.P.

PAQUETTE, Claude, Vers une pratique de la pédagogie ouverte, Victoriaville, Éditions NHP, 1979. EN.

PAQUETTE, Claude, Pédagogie ouverte et autodéveloppement, Victoriaville, Éditions NHP, 1985. EN.

PARENT, Jacques et Christian NÉRON, Élaboration d'une stratégie d'enseignement, Québec, Service de pédagogique universitaire, Université Laval, Avril 1978. EN.

PAUL, Denise, «La relation infirmière-client. Pivot de la santé mentale du client et de l'infirmière», Nursing Québec, v. 5, n° 1, 1984. C.

POIRIER, Nicole, Résumé de quatre ateliers tenus lors de journées d'étude sur le programme-cadre tenues au cégep Maisonneuve, Montréal, Juin 1984, (inédit). O.P.C.

POTVIN, Marie-Josée, «Les pratiques alternatives en nursing», Nursing Québec, v. 5, n° 4, 1985. EN.

PROGOFF, Ira, Le journal intime intensif, Montréal, CIM, Les éditions de l'homme, 1984. EN.

QUÉBEC (Province), Loi des infirmières et infirmiers du Québec, Québec, Éditeur officiel, Section VIII, art. 36-37, 1978. P.

QUÉBEC (Province), Direction générale de l'enseignement collégial (D.G.E.C.), Les buts et les orientations de la formation des infirmiers au niveau collégial, Québec, 1981. O.P.C.

QUÉBEC (Province), Ministère de l'Éducation, Direction des programme, Plans d'études cadres du programme de formation en soins infirmiers au niveau collégial, Québec, Septembre 1981. O.P.C.

QUÉBEC (Province), Direction des programmes, Plans d'études cadres du programme de formation en soins infirmiers au niveau collégial, Octobre 1981. O.P.C.

QUÉBEC (Province), Ministère des Affaires sociales, Avis sur l'autisme et les autres psychopathologies graves de l'enfance, Québec, Direction des publications gouvernementales du ministère des Communications, 1983. C.P.

QUÉBEC (Province), Conseil des Affaires sociales et de la Famille, Des problèmes prioritaires, Québec, Direction générale des publications gouvernementales du ministère des Communications, 1983. C.P.

QUÉBEC (Province), Rapport annuel de la commission de la formation professionnelle sur la notion de «programme intégré de formation», Québec, Ministère de l'Éducation, 1983. EN.

QUÉBEC (Province), Ministère des Affaires sociales, Objectif : santé, Québec, Direction générale des publications gouvernementales du ministère des Communications, 1984. C.P.

QUÉBEC (Province), Conseil des Affaires sociales et de la Famille, Essai sur les médecines nouvelles et les thérapies alternatives, par Claire Larouche, Québec, Septembre 1985. C.P.

QUÉBEC (Province), Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Santé-Société. La santé en douce, Québec, Direction des Communications, vol. 7, n° 4, automne 1985. C.P.

QUÉBEC (Province), Santé mentale au Québec, Santé mentale et travail, Québec, vol. 10, n° 2, Novembre 1985. C.P.

QUÉBEC (Province), Commission de la santé et de la sécurité du travail, Secourisme en milieu de travail, Québec, Direction des Communications, 1985. S.S.T.

QUÉBEC (Province), Ministère de la Santé et des Services sociaux, La santé mentale, rôle et place des ressources alternatives, Québec, Direction générale des publications gouvernementales, 1985. C.P.

QUÉBEC (Province), Ministère des Affaires sociales, La santé mentale, prévenir, traiter et réadapter efficacement, Québec, Direction génréale des publications gouvernementales, 1985. C.P.

QUÉBEC (Province), Ministère des Affaires sociales, La santé mentale, de la biologie à la culture, Québec, Direction générale des publications gouvernementales, 1985. C.P.

QUÉBEC (Province), Loi sur la santé et la sécurité du travail, Québec, Éditeur officiel du Québec, 1985. S.S.T.

QUÉBEC (Province), Ministère des Affaires sociales, La santé mentale des enfants et des adolescents, Québec, Direction générale des publications gouvernementales, 1985. C.P.

QUÉBEC (Province), Ministère des Affaires sociales et de la Famille, Le virage santélogique, Québec, Direction générale des publications gouvernementales, 1985. C.P.

QUEBEC (Province), Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, Secourisme en milieu de travail, Diaporama, Montréal, 1985. S.S.T.

QUÉBEC (Province), Ministère de l'Éducation, Programme soins infirmiers 180-01. Devis (2° version). Document de travail en vue de la rédaction finale des plans d'étude cadres, Janvier 1986. O.P.C.

RATHS, L.E. et al., Values And Teaching, Second Edition, Columbus, Ohio, Charles E. Merrill Books, 1978. E.

RENÉE, Diane, «Le «burnout»», Objectif-prévention, Septembre-Octobre 1983. S.S.T.

RICHARDS, Robert, «Gazs anesthésiques vs femmes enceintes», Objectif-prévention, Décembre 1972. S.S.T.

RICHARDS, Robert, «La prévention face aux médicaments pouvant causer le cancer», Objectif-prévention, Novembre-décembre 1983. S.S.T.

RICHARDS, Robert, «Qu'est-ce que l'hépatite B et peut-on la prévenir en milieu de travail?», Objectif-prévention, Mars-avril 1983. S.S.T.

RIOUX, Christian, «Stress au travail : le mal du siècle», Plus : La Presse, Montréal, 1erfévrier 1986. S.S.T.

ROBITAILLE, M.-Josée, «Les maux de dos et les grands centres hospitaliers», Objectif-prévention, Juillet-août 1983. S.S.T.

ROGERS, Carl, R., Liberté pour apprendre?, Paris, Dunod, 1972. EN.

ROUSSEAU, Chantal, «Le modèle conceptuel d'Orem et ses incidences sur les soins infirmiers», L'infirmière canadienne, Octobre 1980. C.P.

ROUSSEAU, Chantal, «Le modèle conceptuel d'Orem : une vision renouvelée de la profession», L'infirmière canadienne, Septembre 1980. C.P.

SABA, V. et al., «Diagnostic infirmier : une application pédagogique», L'infirmière canadienne, vol. 27, n° 9, 1985. C.P.

SADLER, William A. et Arthur WHIMBEY, «Apprendre à penser : une approche globale», Vie pédagogique, n° 42, Avril 1986. EN.

SAINT-AMOUR, G. et al., Engagement professionnel (titre provisoire), Projet de recherche présenté dans le cadre de PARPA, Montréal, Collège de Bois-de-Boulogne, Mars 1986, (inédit). E.

SCHMOUTH-VALOIS, D. et al., Diagnostic infirmier, Montréal, Décarie Éditeur, 1984. C.P.

ST-ARNAUD, Yves, La personne humaine, Montréal, Éditions de l'homme Ltée, 1974. A.

ST-ARNAUD, Yves, La psychologie, modèle systémique, Montréal, Les éditions du CIM, Les presses de l'Université de Montréal, 1979. EN.

ST-ARNAUD, Yves, La personne qui s'actualise, Chicoutimi, Gaétan Morin, 1982. A.

ST-ARNAUD, Yves, Devenir autonome, Montréal, Le Jour, Éditeur, Actualisation, 1983. A.

STEINAKER, Norman W. et Robert M. BELL, The Experiental Taxonomy. A New Approach To Teaching And Learning, New York, Academic Press, Harcourt Brace Jovanovich Publ., 1979. EN.

STILLMAN, Jeanne et Susan DAWN, Perdre sa vie à la gagner, Traduction française de Louise E. Lavoie et Zita De Koninck, Montréal, Les éditions Parti Pris, 1979. S.S.T.

THOUIN, Marcel, «La définition et l'évaluation dans le domaine affectif - quelques éléments de réflexion», Mesure et évaluation, Vol. 5, no 1, janv. 1982. A.

WILSON, H. et al., «Developing A Conceptual Framework For Curricular Decisions», The Second Step, Mary Searight Edition, Philadelphia, F.A. Davis Company, 1976. EN.

# ANNEXE

ANNEXE 1

## CRITÈRES GÉNÉRAUX DE RÉPARTITION DU CONTENU DU FIL CONDUCTEUR «CONNAISSANCE DE LA PERSONNE»

1. Respecter le plus possible le continuum naissance-mort durant les années de formation.

2. Assurer une répartition du contenu la plus équilibrée possible, suivant les trois années.

3. Intégrer dans les cinq premières sessions des situations à la fois de promotion et de recouvrement de santé, tenant compte de l'approche holistique de la personne.

4. Développer le contenu du fil conducteur «connaissance de la personne» de façon progressive en tenant compte de la complexité de la situation de santé et de maladie versus les séquences d'apprentissage de l'étudiant.

5. Certains éléments «particuliers», susceptibles de se retrouver dans différents numéros de cours, sont répartis suivant les possibilités d'appliquer les connaissances théoriques en milieu clinique.

6. La première année de formation donne un ensemble de connaissances de base et un aperçu des connaissances à acquérir au cours des trois années. Aussi, elle apporte des exemples de situations de santé et de maladie en fonction des différents âges de la vie.