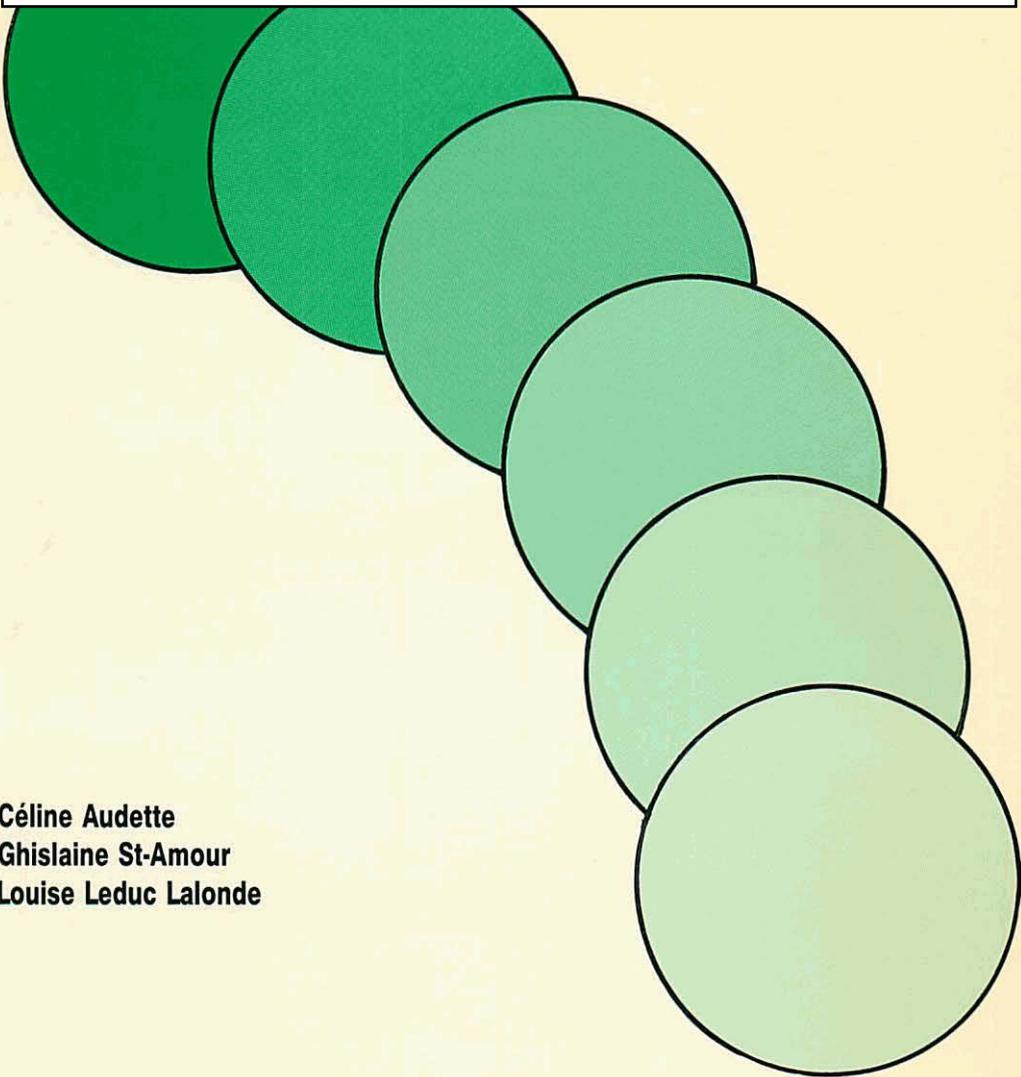


Copie de conservation et de diffusion, disponible en format électronique sur le serveur WEB du CDC :

URL = <http://www.cdc.qc.ca/prosip/710280-audette-communication-bois-de-boulogne-PROSIP-1985.pdf>

Rapport PROSIP, Collège Bois-de-Boulogne 1985

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



Céline Audette
Ghislaine St-Amour
Louise Leduc Lalonde

COMMUNICATION

en soins infirmiers

710280
Ex. 2



Décarie éditeur
Montréal



Collège
de Bois-de-Boulogne

CADRE

1940, H.-BOURASSA EST
MONTRÉAL H2B 1S2

COMMUNICATION

en soins infirmiers

Centre de documentation collégiale
1111, rue Lapierre
Lasalle (Québec)
H8N 2J4

Céline Audette

B. Sc. Inf., professeure au département des Techniques infirmières,
Collège de Bois-de-Boulogne

Ghislaine St-Amour,

M. N., professeure au département des Techniques infirmières,
Collège de Bois-de-Boulogne

Louise Leduc Lalonde

B. Sc. Inf., professeure au département des Techniques infirmières,
Collège de Bois-de-Boulogne



3000007102811

71-7393

710280 EX.2

**COMMUNICATION
en soins infirmiers**

La recherche sous-jacente
à la publication de cet ouvrage
a été subventionnée
par la Direction générale de l'enseignement collégial
du ministère de l'Enseignement supérieur,
de la Science et de la Technologie
dans le cadre du Programme de subventions
à l'innovation pédagogique (PROSIP).

Tous droits réservés
© Décarie Editeur inc.

Dépôt légal 3e trimestre 1985
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Décarie Editeur inc.
233, avenue Dunbar
Ville Mont-Royal, Québec
H3P 2H4
(514) 342.8500

ISBN 2-89137-032-5

Il est illégal de reproduire une partie quelconque de ce livre
sans la permission de la maison d'édition. La reproduction
de cette publication, par n'importe quel procédé,
sera considérée comme une violation du copyright.

Imprimé au Canada

1 2 3 4 5 89 88 87 86 85

La population visée par cet ouvrage
étant majoritairement féminine,
seul le genre féminin sera utilisé,
sans aucune discrimination
et dans l'unique but
d'alléger le texte.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ

REMERCIEMENTS

LEXIQUE

INTRODUCTION 15

1. PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS

1.1 Problématique identifiée au début du projet 17

1.2 Problématique identifiée en cours de projet relativement à
l'élaboration des objectifs terminaux 22

2. ETAT DE LA QUESTION

2.1 Contexte professionnel 23

2.1.1 La loi des infirmières et infirmiers du Québec 23

2.1.2 L'A.I.I.C. 24

2.1.3 L'O.I.I.Q. : les normes et critères de compétence ... 26

2.1.4 L'O.I.I.Q. : Le nursing psychothérapique au Québec ... 31

2.2 Contexte pédagogique 34

2.2.1 Le programme de formation en soins infirmiers 34

2.2.2 Les cégeps expérimentaux 38

2.2.3 Le modèle de soins infirmiers de D.E. Orem 42

2.2.3.1 Le concept d'auto-soin et le service d'aide 43

2.2.3.2 La relation interpersonnelle infirmière-
client 46

2.3 Contexte théorique et pratique 51

2.3.1 Les schèmes de référence 51

2.3.1.1 Les auteurs en communication 52

2.3.1.2 Les auteurs en soins infirmiers 73

2.3.2 La séquence d'objectifs 83

2.3.2.1 La taxonomie de B. Bloom et al. et de D.R.
Krathwohl et al. 83

2.3.2.2 Les phases de l'acte volitif de R.Assagioli .. 88

2.3.2.3 Le guide docimologique du ministère de l'Édu-
cation du Québec 90

2.3.2.4 La séquence d'objectifs selon W.J. Popham et
E.L. Baker 90

2.3.3	Les critères d'évaluation	91
2.3.4	Les moyens d'enseignement	93
2.3.5	Les consultations des professeures	96
3.	CADRE METHODOLOGIQUE	
3.1	Déroulement général du projet	99
3.2	Instruments	101
3.2.1	Les instruments d'enquête	101
3.2.1.1	L'inventaire des schèmes de référence : Inventaire S	101
3.2.1.2	L'inventaire des besoins de formation des professeures : Inventaire P	104
3.2.2	La grille d'évaluation de la séquence d'objectifs terminaux : Grille 0	105
3.3	Consultation auprès des professeures	107
4.	RÉSULTATS ET ANALYSE DES RÉSULTATS	
4.1	Choix définitif du schème de référence	113
4.1.1	L'élaboration des critères de choix	113
4.1.2	Les auteurs répertoriés et approfondis	114
4.1.2.1	Les auteurs choisis lors de l'Inventaire S ...	114
4.1.2.2	Les auteurs identifiés lors des entrevues	120
4.1.2.3	Les auteurs découverts dans les écrits	122
4.1.3	Le choix provisoire	123
4.1.4	Le choix définitif	126
4.2	Élaboration de la séquence d'objectifs	128
4.2.1	La première élaboration provisoire d'objectifs terminaux	128
4.2.2	La deuxième élaboration provisoire d'une séquence de douze objectifs terminaux	139
4.2.3	L'élaboration finale de la séquence des objectifs terminaux	145
4.2.4	L'élaboration de la séquence d'objectifs intermédiaires et spécifiques	148
4.3	Élaboration des critères d'évaluation	166
4.4	Identification des moyens d'enseignement	167

4.5	Identification des besoins et des modes de formation des professeures	169
4.5.1	Les besoins de formation	170
4.5.2	Les modes de formation	173
4.6	Implication des professeures du département	179
4.6.1	Les types de participation des professeures	180
4.6.2	Les considérations générales	180
4.6.3	La conclusion	184
	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	185
	RÉFÉRENCES.....	189
	BIBLIOGRAPHIE.....	193
	ANNEXES.....	201

LISTE DES FIGURES

Figure 1	: Cadre conceptuel de Chater pour l'élaboration d'un programme d'études	34
Figure 2	: Cadre théorique pour l'organisation du contenu	36
Figure 3	: Cadre conceptuel en soins infirmiers selon Orem	44
Figure 4	: Systèmes de soins infirmiers selon Orem	46
Figure 5	: Déroulement général du projet	100
Figure 6	: Stratégies d'apprentissage à la phase exécutoire de l'acte enseignement/apprentissage	168
Figure 7	: Besoins de formation théorique et pratique des professeurs en regard des moyens d'enseignement du fil conducteur communication	172
Figure 8	: Degré d'intérêt pour la supervision individuelle assurée par une collègue du département, un expert de l'aide pédagogique aux professeurs (A.P.P.) et un expert extérieur au collège	174
Figure 9	: Degré d'intérêt pour la supervision en groupe assistée par une collègue du département, un expert de l'aide pédagogique aux professeurs du collège (A.P.P.) et un expert extérieur au collège	174
Figure 10	: Degré d'intérêt pour les divers modes de perfectionnement (ateliers, activités, stages et cours) offerts par différents intervenants (A.P.P., universités, département, milieu hospitalier)	175
Figure 11	: Degré d'intérêt pour les différents modes de perfectionnement en langue seconde (ateliers, cours, stages) organisés à l'intérieur ou à l'extérieur du collège	176
Figure 12	: Distribution des répondantes selon les mois préférés pour recevoir la formation reliée au fil conducteur communication: premier, deuxième et troisième choix	178

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	: Tableau comparatif des relations d'aide	33
Tableau 2	: Contenu du cours 180.01, Collège de Trois-Rivières	40
Tableau 3	: Processus d'aide selon Egan	53
Tableau 4	: Phases de la relation et attitudes selon différents niveaux selon Auger	60
Tableau 5	: Niveaux taxonomiques du domaine cognitif	84
Tableau 6	: Niveaux taxonomiques du domaine affectif	86
Tableau 7	: Auteurs utilisés dans l'enseignement de la communication par l'ensemble des collèges	115
Tableau 8	: Objectifs terminaux pour le fil conducteur communication <i>première version</i>	138
Tableau 9	: Séquence des objectifs terminaux pour le fil conducteur communication <i>deuxième version</i>	141
Tableau 10	: Résultats de l'évaluation de la séquence des objectifs terminaux	142
Tableau 11	: Séquence des objectifs terminaux pour le fil conducteur communication <i>troisième version</i>	149
Tableau 12	: Séquence des objectifs pédagogiques pour l'enseignement du fil conducteur communication	150
Tableau 13	: Rang moyen des besoins de formation théorique et pratique des professeures en regard des cinq concepts proposés dans l'Inventaire P	171
Tableau 14	: Types de participation des professeures au choix des schèmes de référence	181
Tableau 15	: Types de participation des professeures à l'élaboration de la séquence d'objectifs	182

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	: Inventaire S	203
Annexe 2	: Guide d'entrevue	214
Annexe 3	: Inventaire P	215
Annexe 4	: Grille 0	227
Annexe 5	: Identification des personnes ressources mentionnées en regard des auteurs proposés dans l'Inventaire S	243
Annexe 6	: Nombre de choix attribués à chacun des volumes et articles utilisés dans l'enseignement	245
Annexe 7	: Nombre de choix attribués à chacun des moyens audio-visuels utilisés dans l'enseignement	247

RÉSUMÉ

L'avènement d'un nouveau programme pour l'enseignement des soins infirmiers au niveau collégial demande de planifier la formation des étudiantes infirmières autour des cinq fils conducteurs suivants : connaissance de la personne, démarche en soins infirmiers basée sur un cadre conceptuel en soins infirmiers, communication, engagement professionnel et actualisation de soi. La présente recherche porte exclusivement sur le fil conducteur communication à l'intérieur de la relation interpersonnelle infirmière-client et infirmière-équipe.

Elle a principalement pour but de choisir un schème de référence pour l'enseignement de ce fil conducteur et d'élaborer une séquence progressive d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques; pour ensuite tenter une réflexion sur des critères d'évaluation de l'atteinte des objectifs, identifier des moyens d'enseignement et les besoins de formation des professeures et susciter une coordination, une solidarité et un engagement des professeures du département autour du schème de référence et des objectifs pédagogiques et méthodologiques reliés au fil conducteur communication.

Les chercheuses faisaient l'hypothèse que la réalisation de ces objectifs aurait pour effet l'utilisation d'une terminologie et de concepts cohérents dans l'enseignement, une formation unifiée, graduée et continue des étudiantes et la planification d'activités de perfectionnement adaptées aux besoins des professeures.

Les instruments d'enquête ont consisté en deux inventaires : le premier portant sur la communication et adressé à des professeures de techniques infirmières de quarante-trois collèges de la Province et le second destiné à identifier les besoins de formation des professeures du collège de Bois-de-Boulogne. Des grilles d'évaluation ont servi à évaluer les versions provisoires et finale de la séquence d'objectifs; tandis que plusieurs consultations servaient à assurer le caractère itératif de cette recherche essentiellement planifiée en fonction des étapes : information et proposition des chercheuses - évaluation et suggestions des professeures.

Les résultats de cette recherche consistent dans :

- le choix de Gérard Egan comme schème de référence pour l'enseignement du fil conducteur communication;
- l'élaboration d'une séquence progressive et continue d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques inspirée principalement du modèle en soins infirmiers de Dorothea E. Orem et du schème de référence de Gérard Egan;
- une réflexion sur l'évaluation des objectifs d'ordre affectif;
- une identification et un regroupement des moyens d'enseignement selon une stratégie enseignement/apprentissage;
- un diagnostic des besoins de formation des professeures;
- un accord de plus de 80% des professeures du département pour l'adoption finale des schèmes de référence et de la séquence d'objectifs;
- enfin, aux différentes étapes de cette recherche, la solidarité, la participation et l'engagement des professeures du département de techniques infirmières du collège de Bois-de-Boulogne relativement à l'enseignement du fil conducteur communication.

REMERCIEMENTS

Les chercheuses expriment leurs plus sincères remerciements à toutes les personnes qui ont rendu possible la réalisation de cette recherche:

- monsieur Gilles Saint-Pierre, responsable du Service de la recherche et du développement, pour la compréhension et la disponibilité qu'il a manifestées aux différentes phases de la recherche;
- monsieur André Campagna, directeur des services pédagogiques du collège, pour son inconditionnel appui aux chercheuses et à la recherche;
- particulièrement, madame Jacqueline Bouchard, conseillère pédagogique et répondante locale du projet, pour l'indéfectible soutien accordé aux chercheuses tout au long de cette démarche;
- madame Céline Larouche, professeure au collège de Bois-de-Boulogne pour sa participation gratuite et éclairée à l'élaboration du projet de recherche;
- mesdames Thérèse Rainville et Denise Paul, respectivement des universités de Montréal et de Sherbrooke, mesdames Denise Marchand, Françoise Piquette et Nicole Roger, professeures au cégep du Vieux-Montréal; madame Marie-Marcelle Desmarais de l'Institut de formation et de rééducation de Montréal et monsieur Yvon Paré du collège de Bois-de-Boulogne pour leurs commentaires judicieux à l'étape de l'entrevue;
- les professeures de techniques infirmières des collèges de la province de Québec pour leur participation à l'inventaire;
- monsieur Michel Fortin, mesdames D. Aubin, M. Gobeil, A. Marenger, L. Lamarche-Martimbeau et L. Perraton, tous professeurs au collège de Bois-de-Boulogne, pour l'animation de leur équipe respective;
- monsieur Jacques Joly, consultant en recherche, pour l'aide apportée lors de l'élaboration des deux inventaires;
- monsieur Lionel Jean, professeur de français, pour la vérification des textes;
- monsieur Hubert Santoire, responsable des ressources matérielles et financières au collège de Bois-de-Boulogne, pour l'assistance accordée dans l'administration du budget de recherche;
- les professeures de techniques infirmières du collège de Bois-de-Boulogne pour leur précieuse collaboration aux différentes étapes de consultation;
- monsieur Daniel Racine, responsable du service de reprographie, pour sa grande disponibilité;
- enfin, mesdames Ginette Lavigne-Masse et Jacqueline Gingras pour la dactylographie et la mise en page de ce rapport.

LEXIQUE

AUTO-SOIN (self-care)*¹

Action ou ensemble d'actions délibérées que l'individu accomplit pour maintenir ou promouvoir sa vie, sa santé ou son bien-être.

CAPACITÉ D'AUTO-SOIN (Self-care agency)¹

Capacité complexe et acquise des individus de s'engager dans des actions délibérées de façon à régulariser les processus vitaux, à maintenir et à promouvoir l'intégrité de la structure et des fonctions humaines, et de favoriser la croissance et le bien-être.

CAPACITÉ DE SOINS INFIRMIERS (Nursing agency)¹

Capacité complexe d'action qui est activée par les infirmières en déterminant les besoins de soins infirmiers des personnes qui ont différents types de déficits d'auto-soin et en planifiant et accomplissant les soins infirmiers requis.

DÉFICIT D'AUTO-SOIN (Self-care deficit)¹

Relation entre la capacité d'auto-soin de l'individu et l'exigence d'actions thérapeutiques dans laquelle la capacité d'auto-soin n'est pas adéquate pour satisfaire l'exigence d'actions thérapeutiques connue. Schématiquement:
Capacité d'auto-soin < Exigence d'actions thérapeutiques = Déficit d'auto-soin

EXIGENCE D'ACTIONS THÉRAPEUTIQUES (Therapeutic self-care demand)¹

La somme des soins requis à certains moments pour satisfaire les nécessités d'auto-soin en vue de maintenir et de promouvoir la vie, la santé et le bien-être de l'individu.

NÉCESSITÉ D'AUTO-SOIN (Self-care requisites)¹

But essentiel à atteindre par les actions appelées "auto-soin" afin de maintenir et promouvoir la vie, la santé et le bien-être de l'individu. On en distingue trois types:

1. Nécessités d'auto-soin universelles

Ce sont celles qui sont communes à tous les êtres humains. Elles représentent les sortes d'actions qui procurent les conditions internes et externes qui peuvent maintenir la structure et le fonctionnement de l'être humain, qui, en retour, supporte la croissance et la maturation.

2. Nécessités d'auto-soin reliées à la croissance

Ce sont, soit les formes spécifiques que prennent les nécessités d'auto-soin universelles au cours du processus de la croissance (ex.: maintenir un apport suffisant de nourriture pour un nouveau-né); soit de nouvelles nécessités provenant d'un état spécifique (ex.: grossesse) ou associées à un événement (ex.: la perte d'un conjoint ou d'un parent).

*Le chiffre d'appel suggère au lecteur de consulter les références de la page 189

Les définitions marquées 1 dans le lexique sont tirées textuellement du document Démarche de soins selon Dorothea E. Orem présentement en rédaction et dont le rapport devrait être publié en octobre 1985 chez le même éditeur.

3. Nécessités d'auto-soin reliées à une déviation de la santé

Ce sont celles qui existent pour les personnes qui sont malades, qui sont blessées, qui ont une forme de pathologie spécifique impliquant des infirmités ou des incapacités et qui font l'objet de diagnostic et de traitement médical.

OBJECTIFS TERMINAUX

Comportements attendus chez l'étudiante à la fin de chaque cours. Les objectifs terminaux décrivent ce que l'élève est sensée être capable de faire une fois le processus d'apprentissage achevé. Les objectifs terminaux constituent des comportements globaux dont l'atteinte est mesurée par le biais des objectifs spécifiques qu'ils regroupent.

OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

Comportements attendus dont le niveau de généralité est moins élevé que celui des objectifs terminaux.

Objectifs explicites qui expriment des comportements dont les manifestations observables ou mesurables peuvent servir d'indicateurs permettant d'inférer l'atteinte de l'objectif terminal.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Comportements que les élèves manifestent dans l'apprentissage d'une discipline. Ce sont des indicateurs observables pouvant permettre de faire l'inférence de l'atteinte d'un objectif intermédiaire. Les objectifs spécifiques sont de niveau opérationnel et doivent traduire une action à réaliser par l'étudiante.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, plusieurs professeures enseignant les soins infirmiers au niveau collégial sont conscientes de l'importance de la communication dans la pratique infirmière; elles veulent graduellement intégrer dans leur enseignement cet élément essentiel de la profession. Par contre, étant dans l'ensemble non formées à enseigner la communication, elles sont confrontées à leurs propres limites et se sentent souvent démunies pour assurer une continuité, une cohérence et une progression dans l'enseignement de la communication en soins infirmiers.

Après avoir identifié cette problématique localement, la présente recherche espère fournir à ces professeures des moyens utiles et des pistes intéressantes en proposant un choix de schèmes de référence et une séquence d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques; en identifiant quelques moyens d'enseignement; en apportant des éléments de réflexion sur l'évaluation des objectifs d'ordre affectif; et en réalisant une analyse diagnostique des besoins de formation des professeures.

Le premier chapitre situe notre recherche et précise la problématique identifiée au cours du projet relativement à l'élaboration des objectifs terminaux.

L'état de la question, deuxième chapitre, présente une revue de la littérature qui se veut cohérente et logique par rapport aux étapes de la recherche et qui touche les contextes professionnel, pédagogique, théorique et pratique du problème identifié. L'ampleur considérable de cette partie a été consentie dans le but de fournir aux professeures de techniques infirmières du réseau collégial des données destinées à faciliter et compléter leur réflexion sur le sujet.

Un troisième chapitre explique la méthodologie employée, décrit les instruments utilisés pour fins d'enquête et d'évaluation et mentionne les consultations effectuées auprès des professeures.

Le quatrième chapitre quant à lui résume les résultats obtenus par rapport aux objectifs de la recherche et analyse plusieurs d'entre eux.

En dernier lieu, des recommandations et perspectives de recherche sont formulées dans l'espoir que d'autres études poursuivent les réflexions amorcées lors de cette démarche d'innovation pédagogique.

1. PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS

1.1 Problématique identifiée au début du projet

La problématique identifiée au département de techniques infirmières du collège de Bois-de-Boulogne concernant l'enseignement de la communication en soins infirmiers nous amène à préciser le sens de la communication en soins infirmiers. À cet effet, nous nous inspirons des normes de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (A.I.I.C.), de documents de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (O.I.I.Q.) et du programme de formation en soins infirmiers 180.01 ainsi que du modèle de soins infirmiers de Dorothea E. Orem.

Ainsi, dans sa Définition de la pratique infirmière², l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (A.I.I.C.) fournit des normes de pratique infirmière regroupées autour de quatre thèmes, à savoir: le modèle conceptuel pour la profession infirmière, la démarche scientifique, la relation d'aide et les responsabilités professionnelles.

Relativement à la relation d'aide, l'A.I.I.C. indique que la pratique infirmière exige de l'infirmière qu'elle établisse une relation d'aide avec le client, qu'elle assume la responsabilité de maintenir et de mettre fin à cette relation.

De son côté, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (O.I.I.Q.) précise dans l'Hypothèse de cadre conceptuel en Nursing que «le service en nursing ne peut être orienté que vers une approche bio-psycho-sociale afin de donner une signification à toute l'activité scientifique convergeant vers un but commun soit l'harmonie de l'individu dans toutes les manifestations de ses tendances pour maintenir un équilibre vital» (p. 73)³. L'O.I.I.Q. décrit par la suite la relation interpersonnelle en soins infirmiers comme un lieu privilégié, ainsi

«...le lieu de rencontre d'une assistance au recouvrement de l'harmonie dans l'équilibre des tendances se situe au niveau d'une relation interpersonnelle où les personnes concernées interagissent de façon totale avec leurs propres tendances, leur perception de la situation, leurs connaissances, leurs attitudes, leurs habiletés et leur jugement.»(p.73)³

Ce texte permet de dégager certaines exigences pour l'infirmière, entre autres, celle de bien connaître le processus de la relation interpersonnelle et celle de développer des habiletés et des attitudes qui la rendent capable de vivre ce processus.

L'importance de la communication est mise en relief par le Comité de coordination provinciale de techniques infirmières du cours 180.01 qui identifie le fil conducteur communication comme l'un des cinq axes de la formation dans le nouveau programme-cadre de l'enseignement de cette discipline et comme un des processus à développer tout au long de la formation des futures infirmières:

«Selon le cadre conceptuel qui sous-tend l'organisation du contenu du nouveau programme, en plus d'avoir une connaissance de son client, l'infirmière doit acquérir des habiletés spécifiques pour exercer le service d'aide propre à la profession infirmière. Dans le programme d'études 180.01, ces habiletés sont exprimées en termes de processus à développer. Nous en retrouvons quatre: la démarche de soins, la communication, l'engagement professionnel et l'actualisation de soi» (p. 19)⁴.

Le programme-cadre maintient ainsi la place importante que les professeures de techniques infirmières accordaient déjà à la communication dans la relation interpersonnelle que les étudiantes infirmières doivent établir et maintenir avec leur client.

D. Orem⁵ dans Nursing: Concepts of Practice explique que l'être humain apprend très tôt à agir de façon délibérée pour maintenir sa vie, sa santé et celle de ses dépendants, dans un contexte social d'interaction et de communication.

La communication avec les autres, qui est essentielle à l'homme en santé, devient donc prioritaire pour l'individu ayant des limites ou des incapacités

d'action pour maintenir ou développer sa santé. Ce dernier, ou sa famille, entre alors en contact avec un des services d'aide offerts par la société : les soins infirmiers.

La communication entre l'infirmière et le client doit donc atteindre une qualité et une efficacité qui permettent «de comprendre comment et jusqu'à quel degré le client peut être aidé par les soins infirmiers»(p. 2)^{5*}.

Le sens et le rôle donnés à la communication en soins infirmiers étant précisés, nous pouvons maintenant décrire la démarche qui nous a permis d'identifier le problème relié à l'enseignement de la communication au collège.

En 1978, les professeures de techniques infirmières du collège de Bois-de-Boulogne déploraient déjà un manque de continuité, de cohérence et de progression dans la formation à la communication donnée aux étudiantes infirmières.

Il y avait des indices de ces lacunes, mais ces indices n'avaient pas été vérifiés. Signalons : des malaises au niveau des pré-requis d'un numéro de cours à l'autre, la réaction de certaines étudiantes devant les exigences et les terminologies différentes des professeures dans le domaine de la communication et de la relation d'aide, des «trous» apparents dans certains plans de cours, etc.

Comme les professeures notaient également un certain manque d'unité à l'intérieur de l'ensemble de la formation (manque de cohérence dans l'utilisation du modèle de soins infirmiers, exigences différentes d'un groupe d'étudiantes à l'autre, etc.) le département de techniques infirmières entreprit une révision globale de l'ensemble de son curriculum dès 1979.

Pour la partie de cette révision qui traitait de la communication et de la relation d'aide, le département effectua une enquête portant sur cinquante-quatre comportements observables dans la relation infirmière-client. Cette enquête a été réalisée au printemps de 1981, et 73% des professeures du département ont répondu au questionnaire.

* Les citations d'Orem qui sont en français dans ce texte proviennent d'une traduction libre des chercheuses.

Les résultats obtenus lors de cette cueillette de données ont permis d'identifier clairement les lacunes suivantes :

- l'absence d'un schème de référence commun qui serve d'assise et de fondement dans la formation à la communication;
- l'absence d'instruments d'apprentissage et d'évaluation qui permettent d'assurer et de mesurer la progression des étudiantes dans l'ensemble des six sessions de formation (la session des soins infirmiers psychiatriques, 180-501, paraissant toutefois la mieux planifiée);
- l'utilisation par les professeures d'une terminologie différente pour identifier et décrire les mêmes concepts, les mêmes processus;
- le manque de concertation des professeures face aux comportements de communication à valoriser chez l'étudiante;
- la faible progression observée, dans l'évaluation des acquis des étudiantes, au cours de leurs six sessions de formation.

Ces données constituèrent les «prémisses» ou les points de départ de cette recherche; nous les résumons ainsi :

En regard du fil conducteur communication, les professeures du département de techniques infirmières du collège de Bois-de-Boulogne ne disposent pas actuellement :

- d'un ou de schème(s) de référence commun(s) qui leur permet(tent), à partir de théories, de concepts et de processus identifiés, d'utiliser une terminologie cohérente pour les étudiantes et de planifier pour celles-ci une formation unifiée et continue;
- d'une séquence cohérente et progressive d'objectifs pédagogiques à atteindre (habiletés et comportements) qui permette d'assurer une progression dans la formation des étudiantes à travers leurs six sessions de cours et de stages;
- d'une planification et d'une organisation des objectifs méthodologiques (activités d'apprentissage et moyens d'enseignement) qui permettent à la fois d'atteindre les objectifs de formation et d'évaluer la progression dans l'atteinte de ces objectifs;

- d'une coordination et d'un regroupement des professeures du département autour de ce ou ces schème(s) de référence, de ces objectifs pédagogiques et méthodologiques; coordination qui constituerait en soi un point de convergence, d'unité et de cohérence, à l'intérieur du projet éducatif du département.

L'identification du problème vécu au département de techniques infirmières a permis d'élaborer les objectifs de recherche.

- Objectif terminal

Assurer aux étudiantes de techniques infirmières du collège de Bois-de-Boulogne une formation continue et progressive à la communication dans la relation infirmière-client.

- Objectifs intermédiaires

1. Choisir un ou des schème(s) de référence pour l'enseignement du fil conducteur communication dans l'ensemble du programme de techniques infirmières du collège de Bois-de-Boulogne.
2. Élaborer des objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques, séquentiels et progressifs quant aux connaissances et aux habiletés à acquérir en communication pour l'ensemble du programme.
3. Élaborer des critères d'évaluation qui permettent d'évaluer l'atteinte des objectifs spécifiques à chacune des sessions de cours.
4. Identifier des moyens d'enseignement destinés à assurer l'atteinte des objectifs spécifiques de formation.
5. Tenter une analyse diagnostique des besoins de formation des professeures du département de techniques infirmières.
6. Susciter une coordination, une solidarité et un engagement des professeures du département autour du ou des schème(s) de référence et des objectifs pédagogiques et méthodologiques reliés au fil conducteur communication.

1.2 Problématique identifiée en cours de projet relativement à l'élaboration des objectifs terminaux

Les entrevues réalisées au début de la recherche ont élargi notre compréhension des limites de la relation d'aide en soins infirmiers. Ces entrevues ont mis en évidence la question suivante : *Quelle est la limite du rôle de l'infirmière dans sa relation interpersonnelle avec le client? ou Jusqu'où l'infirmière peut-elle intervenir au niveau de la communication avec le client?*

Cette problématique nous est d'ailleurs apparue comme une préoccupation majeure du milieu infirmier lors d'une enquête effectuée auprès de deux professeures de techniques infirmières de chacun des collèges du Québec. Les professeures définissent la relation interpersonnelle infirmière-client mais ont, comme nous, beaucoup de difficulté à préciser les limites de cette relation.

Afin de clarifier cette problématique, nous avons approfondi le modèle de soins infirmiers d'Orem. La lecture de Nursing : Concepts of Practice⁵ n'a pas apporté la réponse que nous cherchions, mais nous a permis de mieux saisir le rôle de l'infirmière et de découvrir des pistes en regard de la communication. En précisant le rôle de l'infirmière, et particulièrement ses méthodes d'assistance, Orem nous fournit un cadre d'interaction. Toutefois, elle ne précise pas comment et jusqu'où intervenir avec le client.

Les lectures en soins infirmiers que nous avons poursuivies nous ont orienté dans l'élaboration des objectifs terminaux sans toutefois préciser les limites du rôle de l'infirmière.

Conscientes que la solution à ce problème constituerait une recherche en soi et conscientes également que dans notre projet nous avons prévu mettre l'accent sur une séquence cohérente et progressive d'objectifs pédagogiques et non pas sur la clarification du rôle de l'infirmière dans sa communication avec le client, nous avons poursuivi la recherche en étant sensibles à cette délimitation du rôle de l'infirmière, mais en nous centrant principalement sur l'élaboration d'une séquence d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques, objet premier de cette recherche.

2. ÉTAT DE LA QUESTION

Dans ce chapitre, qui comporte une revue de la littérature, nous abordons successivement les contextes professionnel, pédagogique, théorique et pratique du problème identifié précédemment.

2.1 Contexte professionnel

Afin de délimiter davantage le rôle de l'infirmière dans sa relation interpersonnelle avec le client et d'élaborer les objectifs terminaux de l'enseignement du fil conducteur communication, nous avons consulté la loi des infirmières et infirmiers du Québec, les différentes normes de compétence de la pratique infirmière identifiées par l'A.I.I.C. et l'O.I.I.Q., et les différents types de relation d'aide présentés par l'Ordre dans le document intitulé Le nursing psychothérapeutique au Québec⁶.

2.1.1 La Loi des infirmières et infirmiers du Québec

Les articles 36 et 37 de la Loi des infirmières et infirmiers du Québec définissent assez largement le rôle de l'infirmière⁷.

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

«L'infirmière et l'infirmier peuvent, dans l'exercice de leur profession, renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire» (article 37).

Nous pouvons dès lors inférer, de cette définition, l'existence des fonctions indépendantes de l'infirmière, entre autres celle d'une relation infirmière-client et celle d'une relation infirmière-équipe multidisciplinaire présentant chacune leurs caractéristiques propres.

2.1.2 L'A.I.I.C.

Dans sa Définition de la pratique infirmière², l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (A.I.I.C.) fournit des normes de pratique infirmière qui reflètent clairement les fonctions et les tâches que l'infirmière accomplit. Comme nous l'avons déjà mentionné (1.1), ces normes sont regroupées autour de quatre thèmes, à savoir: le modèle conceptuel propre à la profession d'infirmière, la démarche scientifique, la relation d'aide et les responsabilités professionnelles.

La norme 3, qui concerne spécifiquement la relation d'aide, précise que «La pratique infirmière exige que la relation d'aide caractérise les rapports client-infirmière» (p. 25)². Cette relation d'aide est d'ailleurs décrite par l'A.I.I.C. selon les trois phases suivantes: établissement, maintien et fin de la relation; les trois objectifs principaux concernent successivement les caractéristiques du contrat initial entre l'infirmière et son client, les attentes de l'infirmière face à l'expérience vécue du client dans les services de santé, et les responsabilités de l'infirmière de mettre fin à la relation.

Relativement à ces trois objectifs, les normes de l'A.I.I.C. indiquent les caractéristiques d'une communication pertinente, valable et efficace entre l'infirmière et son client.

Ainsi, l'infirmière est décrite comme étant capable:

- d'expliquer au client son rôle et sa responsabilité et de clarifier le caractère de sa relation d'aide
- d'évaluer la capacité du client à coopérer
- de vérifier la compréhension que le client a du rôle de l'infirmière
- d'inciter le client à participer à l'atteinte des résultats touchant son état de santé
- de déterminer, par le comportement du client, les attentes que celui-ci a face à elle

- de renseigner le client sur les comportements qu'elle entend adopter pour rendre leur relation utile et sur ce qu'elle attend du client
- d'aider le client à se fixer des attentes réalistes envers elle et envers lui-même
- d'établir et/ou de modifier la durée prévue de sa relation avec le client
- de discuter de questions confidentielles
- de prodiguer les services en dépit des préjugés personnels
- de reconnaître et de révéler ses propres pensées et émotions, face à la signification de la fin de leur relation, en rapport avec l'état de santé du client
- de préparer le client à s'auto-suffire.

Le client est décrit comme étant une personne responsable de sa santé et de ses choix, capable

- de coopérer à l'établissement d'attentes mutuelles
- de comprendre le rôle de l'infirmière et l'utilité de leur relation
- de poursuivre l'intervention de l'infirmière
- de prévoir chaque phase du service dispensé
- d'exprimer ses pensées et émotions
- d'agir avec autonomie
- de participer à la relecture de ses expériences face à sa santé.

Dans la norme 4, concernant les responsabilités professionnelles, l'A.I.I.C. souligne que «les infirmières doivent travailler à titre de membres d'une équipe de santé». Donc, l'infirmière «utilise les moyens de communication appropriés» et «collabore avec les autres membres de l'équipe de santé à toutes les étapes de la démarche scientifique» (p. 27)².

2.1.3 L'O.I.I.Q.: les normes et critères de compétence

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (O.I.I.Q.), dans son document intitulé Normes et critères de compétence pour les infirmières et les infirmiers et pour les infirmières-cadres et les infirmiers-cadres oeuvrant dans les établissements de santé⁸, transmet les normes et critères permettant d'évaluer la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmière-cadre et d'identifier leurs besoins de formation professionnelle.

La méthodologie utilisée par l'O.I.I.Q. pour élaborer les normes et critères de compétence professionnelle a consisté à définir la compétence professionnelle et à utiliser le modèle conceptuel de Gale et Pol (p. 9)⁸ comme guide. La conception de l'homme, de la santé et des soins infirmiers, la définition de l'exercice de la profession d'infirmière, les étapes de la démarche de soins appliquée aux soins infirmiers et les responsabilités de l'infirmière en tant que membre d'une profession forment le cadre de référence qui soutient l'élaboration des normes et des critères.

En regard de la compétence des infirmières, plusieurs normes concernent en partie la communication infirmière-client ou la communication de l'infirmière avec l'équipe multidisciplinaire.

La norme 1 cite que l'infirmière **recueille** les données pertinentes auprès de l'individu, du groupe d'individus et de la famille à partir d'une conception des soins infirmiers.

La norme 2 concerne l'analyse et l'interprétation des données en fonction entre autres de la **perception** qu'a le client de sa situation. De plus, à ce stade, l'infirmière vérifie la conformité de son **interprétation** auprès du client.

La norme 3 stipule que l'infirmière formule le plan de soins avec la **participation** du client, de la famille ou de la personne significative et avec l'équipe soignante.

La norme 4 concerne spécifiquement la **relation infirmière-client**. Elle soutient que l'infirmière maintient des relations interpersonnelles, donne l'enseignement, favorise les apprentissages et la rééducation, suscite la participation aux soins du client, de la famille ou de la personne significative.

La norme 5 énonce que l'**évaluation** se fait conjointement entre l'infirmière et le client ou les membres de la famille.

La norme 6 se rapporte aux moyens utilisés pour assurer la **continuité des soins**.

La norme 7 est directement liée au rôle de l'infirmière dans l'**équipe de soins infirmiers**.

Finalement, la norme 10 situe le rôle de l'infirmière au sein de l'**équipe multidisciplinaire**.

Pour chacune des normes, des critères *génériques* et des critères *spécifiques* ont été établis. Les critères *génériques* s'appliquent à l'infirmière oeuvrant dans tous les domaines de soins. Les critères *spécifiques* concernent un domaine de soins précis tels que les unités transitoires, les services ambulatoires, la salle d'opération, les soins infirmiers psychiatriques, les soins à l'enfant hospitalisé et les soins à la mère et au nouveau-né.

Voici, avec l'autorisation de l'O.I.I.Q. de reproduire textuellement des extraits dans le cadre de cette recherche, des exemples de critères *génériques* qui s'appliquent particulièrement à la communication infirmière-client (norme 4) et à la communication avec l'équipe multidisciplinaire (norme 10).

En rapport avec la norme 4:

- «4.1 *L'infirmière accueille le bénéficiaire à son arrivée:*
- elle se présente au bénéficiaire
 - elle reçoit la famille s'il y a lieu/
les personnes significatives

- elle présente le bénéficiaire à ses compagnons de chambre, aux membres du personnel en place
- elle répond aux questions du bénéficiaire
- elle l'oriente au milieu physique
- elle l'informe de l'horaire du milieu
- elle l'informe s'il y a lieu des services qui lui sont offerts dans l'établissement

4.2 *L'infirmière observe les principes de la communication auprès du bénéficiaire/ de sa famille, entre autres:*

- elle laisse l'autre s'exprimer
- elle répond au contenu du message (verbal/non-verbal)
- elle valide sa compréhension du message au besoin
- elle identifie les obstacles à la communication
- elle identifie les limites de communication de l'autre personne
- elle identifie ses limites personnelles
- elle utilise des moyens pour communiquer (ex. langage des lèvres, gestes)
- elle observe les messages non-verbaux: grimaces/signes de tête
- elle formule les questions afin d'obtenir des réponses en terme de «oui» ou «non» auprès des bénéficiaires trachéotomisé, intubé
- elle aide le bénéficiaire et la famille à dialoguer entre eux

4.3 *L'infirmière prend des moyens pour communiquer avec le bénéficiaire inconscient:...*

4.4 *L'infirmière observe les principes de base d'une relation d'aide auprès du bénéficiaire/de la famille, entre autres:*

- elle respecte les principes de la communication (cf. 4.2)
- elle démontre une attitude aidante, c'est-à-dire:
 - . congruence - ce qu'elle dit est en accord avec ce qu'elle exprime
 - . acceptation - elle accepte le bénéficiaire comme une personne indépendante ayant ses propres sentiments
 - . empathie - elle comprend les sentiments du bénéficiaire

- . spécificité - elle aide à explorer en termes concrets et spécifiques
- elle prépare la fin de la relation

4.5 *L'infirmière intervient auprès du bénéficiaire/sa famille en situation de crise:*

- elle clarifie le problème avec le bénéficiaire
- elle précise avec le bénéficiaire ce qu'il peut faire pour lui-même dans la situation
- elle vérifie auprès du bénéficiaire ce qu'il peut faire pour lui-même dans la situation
- elle vérifie auprès du bénéficiaire ce qu'il attend de l'infirmière/de son système de support
- elle propose des possibilités de solution
- elle offre au bénéficiaire le support nécessaire pour qu'il puisse faire le cheminement requis pour résoudre sa crise

4.6 *L'infirmière utilise les moyens appropriés pour aider le bénéficiaire et la famille, soit: l'écoute, l'attention, le contact fréquent, le dialogue et elle favorise la présence de la personne significative auprès du bénéficiaire.*

4.7 *L'infirmière reconnaît les réactions de deuil chez les membres de la famille du bénéficiaire décédé; entre autres:*

- elle applique les principes de l'intervention en situation de crise (cf. 4.5)
- elle offre un endroit où les membres de la famille peuvent s'exprimer
- elle explique les procédures devant être remplies avant de quitter l'hôpital
- elle s'assure que les membres de la famille sont en état de quitter l'hôpital.

4.8 *L'infirmière prend les moyens pour assurer la discrétion au chevet de tout bénéficiaire.*

4.9 *L'infirmière facilite la présence d'une personne significative auprès du bénéficiaire dans toute situation où il en a besoin.*

4.10 *L'infirmière observe des principes d'apprentissage et d'enseignement lorsqu'elle fait l'enseignement au bénéficiaire/à la famille:*

- elle crée la situation d'apprentissage
- elle transmet son enseignement (ses informations) en termes simples
- elle fait faire des liens au bénéficiaire entre ce qu'il a à apprendre et ce qu'il sait déjà
- elle fournit au bénéficiaire l'occasion d'appliquer le contenu appris, selon la situation, ex.: port et entretien d'appareils, tâches reliées à un nouveau rôle
- elle vérifie avec le bénéficiaire la compréhension à chaque étape
- elle identifie avec le bénéficiaire les difficultés d'apprentissage
- ils se mettent d'accord pour faire appel aux ressources humaines et matérielles du milieu pour compléter l'enseignement, s'il y a lieu

4.11 *L'infirmière donne des informations, au bénéficiaire/à sa famille, selon sa situation entre autres:...*

4.15 *L'infirmière invite la famille/ou la personne significative à participer aux soins en accord avec le bénéficiaire...*

4.17 *L'infirmière utilise les moyens appropriés selon les phases d'adaptation à la maladie pour aider le bénéficiaire à exploiter son potentiel et reconnaître ses limites,...*

4.25 *L'infirmière respecte les principes en prodiguant les soins infirmiers planifiés (ex.: principes de communication, de relation d'aide, d'enseignement,...)*

4.27 *L'infirmière respecte les principes en exécutant les méthodes de soins, entre autres:...*

- informe le bénéficiaire
-
- donne le support

4.28 *L'infirmière, face au refus par le bénéficiaire d'un traitement prescrit, agit comme suit:*

- elle prend les moyens pour en découvrir les raisons

- elle accepte la décision du bénéficiaire
- si le traitement est essentiel, après discussion avec le bénéficiaire, elle réfère le problème au professionnel concerné» (pp. 32-42)⁸.

En rapport avec la norme 10

«L'infirmière informe les autres professionnels des objectifs de soins qu'elle poursuit avec le bénéficiaire.» De plus, elle «coordonne avec le bénéficiaire et les autres professionnels les activités prévues au plan thérapeutique» (p. 50)⁸

2.1.4 L'O.I.I.Q. : Le nursing psychothérapeutique au Québec

Dans le document intitulé Le nursing psychothérapeutique au Québec⁶, l'O.I.I.Q. définit le rôle de l'infirmière en santé mentale, en psychiatrie et en psychothérapie. De plus, l'O.I.I.Q. y précise les notions de relation d'aide empruntées à Rogers: «Un concept qui couvre toutes les relations qui ont pour objectif de faciliter la croissance, le développement ou encore l'épanouissement» (p. 14)⁶. Ce concept comprend donc ceux de relation interpersonnelle infirmière-client, de counseling et de psychothérapie. La relation interpersonnelle infirmière-client y est définie comme une suite d'interactions entre l'infirmière et le client, constituées d'échanges de perception, d'information et de renseignements, dans le but d'apporter une réponse aux besoins du client.

Le counseling est présenté comme une relation visant à amener la personne à atteindre une plus grande capacité d'ajustement, d'indépendance, de responsabilité portant sur le contenu conscient et comportant des objectifs partagés par la personne aidée. Il se situe dans le court terme et la solution des problèmes en constitue l'essentiel.

La psychothérapie est un type de relation où la relation elle-même constitue la trame de fond permettant au client de parvenir à mieux vivre. Les buts que la psychothérapie vise, sont réalisés en favorisant chez la personne une réorganisation perceptuelle, l'intégration des prises de conscience qui en découlent et l'acquisition de moyens de travailler les sentiments profondément ancrés en elle. Ce processus implique une modification du vécu intérieur et un réajustement de la personne prise globalement.

Lié à la psychothérapie, le concept de supervision y est défini comme un processus interpersonnel d'apprentissage visant à améliorer l'approche psychothérapique de l'infirmière en lui fournissant des données relatives au processus thérapeutique et aux connaissances théoriques.

Le tableau 1 qui suit compare ces différents types de relations d'aide.

TABLEAU 1

Tableau comparatif des relations d'aide (p. 51)⁶

	Relation infirmière/bénéficiaire	Counseling	Psychothérapie	Supervision
Définition	Relation interpersonnelle qui prend place lorsqu'il existe une suite d'interactions entre l'infirmière et le bénéficiaire, constituées d'échanges de perceptions, d'informations, de renseignements dans le but d'apporter une réponse aux besoins du bénéficiaire	Relation qui vise à amener la personne à une plus grande capacité d'ajustement, d'indépendance de responsabilité	Processus interpersonnel expérientiel impliquant les niveaux corporel, émotionnel, mental et spirituel; c'est un processus d'exploration de sa relation à soi, aux autres et au monde en vue d'un changement intérieur souhaité par la personne, se reflétant dans ses relations avec les autres et dans sa capacité de composer avec la situation	Processus interpersonnel d'apprentissage qui favorise la conceptualisation du vécu du client, la connaissance du processus psychothérapeutique et l'exploration des champs transférentiels et contre-transférentiels en vue de maximiser l'approche psychothérapeutique du supervisé
Objectif	Répondre aux besoins de santé et aux objectifs du plan de soins	Solutionner le problème qui se présente	Permettre de vivre pleinement, épanouissement de la personne	Améliorer l'approche psychothérapeutique
Processus	Orientation → échange → terminaison	Orientation → problème solving → terminaison	Orientation → transfert et résistances → changements → terminaison	Orientation → apprentissage → terminaison
Focus	Contenu factuel et interactionnel	Problème et contenu interactionnel	Conscient et inconscient, le vécu intérieur dans la relation	Conscient, contenu et processus de la relation psychothérapeutique
Attitudes de l'aidant	Directive, de soutien, observation participante	Directive, de soutien, observation participante	Non-directive, exploratrice, observation	Directive, exploratrice, observation participante
Durée	Déterminée par le contexte	Déterminée selon les problèmes; généralement de courte durée	Déterminée selon les résultats désirés et généralement de longue durée	Déterminée par les besoins d'apprentissage et généralement de longue durée

2.2 Contexte pédagogique

Dans le contexte pédagogique de ce projet, nous tenons compte des documents du programme de formation en soins infirmiers au niveau collégial, des documents des collèges qui expérimentent présentement le programme 180.01 et des éléments du modèle de soins infirmiers d'Orem.

2.2.1 Le programme de formation en soins infirmiers

Les lignes directrices du fil conducteur communication, objet de cette recherche, proviennent du programme-cadre pour la formation en soins infirmiers au niveau collégial. Nous présentons ici les éléments qui servent directement à la compréhension du fil conducteur communication.

Dans le plan d'études cadre⁹, le rôle de l'infirmière diplômée de niveau collégial est défini comme celui d'une généraliste, c'est-à-dire d'une personne «qui peut exercer la profession infirmière de façon autonome, auprès d'individus, dans des milieux où l'organisation des soins infirmiers favorise la consultation de collègues infirmières dont la formation déborde le niveau collégial» (p. 4).

L'infirmière qui veut assumer d'autres rôles tels que l'approche collective en regard de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie, l'éducation, etc..., doit alors posséder une formation universitaire.

Pour l'élaboration du programme d'études de l'infirmière de niveau collégial, le cadre conceptuel qui a été utilisé, le modèle de Chater, comporte trois composantes: le milieu de vie, la clientèle étudiante et le contenu qui sont illustrées dans la figure 1.

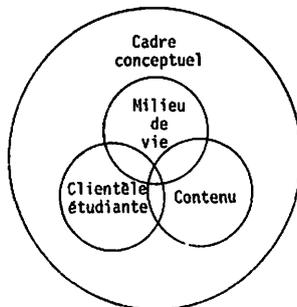


Fig. 1 - Cadre conceptuel de Chater pour l'élaboration d'un programme d'études (p. 29)¹⁰

Pour les fins de cette étude, nous approfondissons seulement l'élément contenu dont le cadre théorique comprend la *conception de la personne, l'exercice de la profession et la nature du service* (p. 16)¹¹.

En regard de la *conception de la personne*, l'approche holistique a été choisie. Cette approche implique que l'on considère l'homme d'une façon globale, non pas comme étant divisé en multiples parties étudiées séparément, mais comme étant une entité dont les éléments sont interreliés entre eux et font partie d'un système complet.

Pour décrire l'*exercice infirmier* et tenir compte de la conception holistique de la personne, le programme de formation en soins infirmiers considère la personne en fonction des âges de la vie qui constituent «l'axe principal pour considérer la personne dans son entité, tandis que la santé, les problèmes de santé et les problèmes de l'individu forment l'axe secondaire» (p. 19)¹¹.

Concernant la *nature du service*, le programme-cadre précise qu'un modèle en soins infirmiers doit être choisi localement par les professeures des soins infirmiers afin de définir le service d'aide. Le programme-cadre précise la nature du service en ces termes:

«...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)¹⁰.

La figure 2 met en relief le cadre théorique pour l'organisation du contenu du nouveau programme en soins infirmiers.

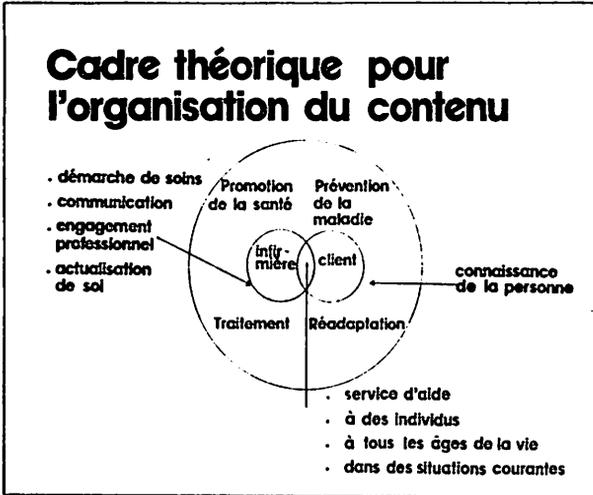


Fig. 2 - Cadre théorique pour l'organisation du contenu (p. 2) ¹²

De ce cadre théorique découlent les cinq fils conducteurs suivants: la connaissance de la personne, la démarche de soins, la communication, l'engagement professionnel et l'actualisation de soi.

La connaissance de la personne concerne la vision de la personne, alors que les quatre autres fils conducteurs concernent les processus que doit «acquiescir l'infirmière pour exercer sa profession» (p. 41)¹⁰. Ces fils conducteurs permettent l'acquisition des connaissances, des attitudes et des habiletés essentielles à la profession d'infirmière.

Pour l'ensemble des fils conducteurs, le programme-cadre présente des objectifs. Nous avons extrait ceux qui concernent plus particulièrement la communication¹³.

<u>Objectifs</u>	<u>Contenu</u>
180-110 Découvrir l'utilité de la relation interpersonnelle infirmière-client.	- Les éléments constitutifs de la relation interpersonnelle infirmière-client. - L'utilisation du processus d'observation et des attitudes d'écoute durant les entrevues.
180-210 Examiner les composantes de la relation interpersonnelle infirmière-client.	- Application de la relation interpersonnelle infirmière-client auprès d'enfants et d'adolescents*.
180-310 Transférer les habiletés acquises relevant de la relation interpersonnelle infirmière-client.	- Application de la relation interpersonnelle auprès de jeunes adultes et d'adultes; l'enseignement aux jeunes adultes et aux adultes*.
180-410 Généraliser ses connaissances de la relation interpersonnelle infirmière-client.	- Application de la relation interpersonnelle infirmière-client auprès des adultes, l'enseignement aux adultes.
180-510 Approfondir les éléments de la relation interpersonnelle infirmière-client.	- Application de la relation interpersonnelle infirmière-client auprès des personnes d'âge mûr; enseignement à la personne d'âge mûr.
180-610 Intégrer les connaissances, attitudes, habiletés acquises en regard de la relation interpersonnelle infirmière-client.	- Service d'aide à des individus qui requièrent des soins préventifs et curatifs indépendamment de leur position sur le continuum naissance-mort.

* La clientèle visée à chacune des sessions a été changée, selon les documents plus récents, mais les objectifs et le contenu restent essentiellement les mêmes, il suffit seulement d'adapter le contenu à la clientèle visée.

Lors du colloque sur les soins infirmiers, en juin 1983, madame Cécile Lambert, alors chargée de la révision de la formation infirmière, précise les deux volets du fil conducteur communication:

«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 et 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 de ce fil conducteur» (p. 24)¹⁴.

2.2.2 Les cégeps expérimentaux

Les collèges qui expérimentent le nouveau programme en soins infirmiers 180.01 sont les collèges de Limoilou, Trois-Rivières et St-Félicien.

Nous présentons un résumé de leurs objectifs de cours ou de leur contenu de cours et ce, à partir des devis pédagogiques et/ou de leurs modules de cours concernant la communication. Les éléments reproduits ici le sont avec l'accord de ces collèges.

2.2.2.1 Le collège de Limoilou¹⁵

- But :

À travers un processus relationnel, favoriser chez le client l'augmentation de l'indépendance dans la satisfaction de ses besoins.

- Objectifs :

. terminal :

- intégrer des attitudes facilitantes dans sa relation avec le client

- . intermédiaires :
 - appliquer les principes de communication dans ses interactions
 - développer des attitudes facilitantes de nature à aider le client
 - évaluer son processus relationnel avec le client et réajuster ses interventions, s'il y a lieu

- . spécifiques :
 - démontrer une attitude de réceptivité
 - faire des interactions, des analyses
 - prendre les moyens pour atténuer les obstacles à la communication lors des entrevues

- Contenu :
 - . connaissances en regard:
 - du processus de communication
 - des attitudes facilitantes: *authenticité, empathie, spécificité de l'expression, immédiateté, confrontation, respect*
 - des phases d'une relation d'aide: *pré-interaction, introduction, connaissance mutuelle, terminaison*
 - du processus de changement de l'individu
 - . développement d'attitudes facilitantes et d'habiletés relationnelles aidantes.

- Les auteurs utilisés pour développer ce fil conducteur sont principalement Auger, Orlando, Travelbee et Phaneuf.

- 2.2.2.2 Le collège de Trois-Rivières¹⁶

- Objectifs généraux du programme
 - . communiquer avec un individu à l'intérieur d'une relation interpersonnelle infirmière-client
 - . démontrer un respect de la dignité et de la valeur de la personne.

- Le contenu du cours est développé en regard de connaissances, d'attitudes et d'habiletés. Le tableau 2 qui suit montre la progression de l'apprentissage.

- Les auteurs utilisés sont Phaneuf et Auger.

TABLEAU 2
 Contenu du cours 180.01
 Collège de Trois-Rivières (p. 8)¹⁶

180-110	180-210	180-310	180-410	180-510	180-610-620
<p>Structure de base de la communication</p> <ul style="list-style-type: none"> - Habiletés: écoute active processus d'observation - Obstacles à la communication. 	<p>C. Introduction aux éléments essentiels à la communication à l'intérieur de la relation infirmière-client</p> <ul style="list-style-type: none"> - principes - attitudes - habiletés. 	<p>C. Principes fondamentaux du processus d'apprentissage.</p>	<p>C. Processus d'analyse d'interactions.</p> <p>Planification des enseignements: structuré et non structuré.</p>	<p>C. Approfondissement des éléments essentiels (principes, attitudes et habiletés) à la communication infirmière-client à l'intérieur d'une relation aidante.</p> <p>Phases d'une relation aidante.</p>	<p>Intégrer ses connaissances, les attitudes et habiletés à l'intérieur de la relation aidante en milieu clinique.</p>
<p>Être consciente de la façon dont elle communique.</p> <p>Avoir une attitude d'ouverture et d'intérêt aux autres.</p>	<p>A. Avoir une attitude de respect chaleureux.</p>	<p>A. Avoir les attitudes facilitantes apprises au 210.</p>	<p>A. Adhérer aux attitudes déjà apprises qui sous-tendent la relation infirmière-client.</p> <p>Faire confiance au potentiel d'apprentissage du client.</p>	<p>A. Se sentir valorisée dans la relation infirmière-client.</p>	
<p>Appliquer des attitudes d'écoute et d'observation en laboratoire et dans le milieu clinique.</p>	<p>H. Identifier son propre niveau de développement par rapport à des habiletés et à des attitudes de communication apprises.</p> <p>Les mettre en pratique.</p>	<p>H. Appliquer l'ensemble des habiletés de communication apprises au 210.</p> <p>Voir la disponibilité du client à l'apprentissage (état de readiness).</p> <p>Transmettre de l'information au client en réponse à des besoins immédiats.</p>	<p>H. Intégrer les habiletés de communication déjà apprises.</p> <p>Évaluer l'impact de ses interactions.</p> <p>Faire de l'enseignement structuré et non structuré.</p>	<p>H. Évaluer sa capacité à établir une relation aidante.</p>	

2.2.2.3 Le collège de St-Félicien¹⁷

- But :

Établir avec le client une relation aidante ayant trait à la satisfaction de ses 14 besoins fondamentaux.

- Objectifs :

. terminaux :

- 180-110 Découvrir et comprendre les fondements de la communication.
- 180-210 Prendre conscience des attitudes favorisant la communication et y être attentive.
- 180-310 Appliquer les objectifs du 180-110 et 210.
Connaître les principes de l'enseignement au client.
- 180-410 Comprendre les aspects d'une relation aidante informelle.
Avoir le goût des attitudes favorisant la communication.
Connaître les étapes d'un plan d'enseignement.
- 180-510 Comprendre les aspects d'une relation aidante formelle.
Consentir aux attitudes favorisant la communication.
Identifier les éléments d'un enseignement efficace.

. spécifiques (reliés au contenu) :

- ° s'initier aux attitudes facilitantes
- ° établir la liste des facteurs qui influencent l'apprentissage du client
- ° composer les éléments de la relation aidante informelle et formelle
- ° etc.

- Contenu :

Aspects cognitif, affectif et psycho-moteur.

- 180-110 Modes de communication verbale et non-verbale.
Techniques facilitant la communication.
Obstacles à la communication.
Attitudes : authenticité, respect, précision, empathie, immédiateté.
Initiation à la communication comme processus transactionnel.

- 180-210 Distinction entre la communication fonctionnelle et la relation aidante.
Attitudes thérapeutiques et non thérapeutiques.
Extrapolation des connaissances du processus transactionnel.
- 180-310 Entrevue
Principes de l'enseignement au client.
Application des connaissances du processus transactionnel.
- 180-410 Relation d'aide informelle.
Plan d'enseignement.
Attitude supplémentaire : confrontation.
Extrapolation des connaissances de la relation aidante.
- 180-510 Relation d'aide formelle.
Approfondissement d'un plan d'enseignement.
Application des connaissances de la relation aidante.
- 180-610 Interrelation avec les autres fils conducteurs.
- 180-620 Démontrer attitudes citées précédemment.
Analyse et évaluation de ces interactions.

- Les auteurs utilisés en regard de la communication sont Phaneuf et Auger.

2.2.3 Le modèle de soins infirmiers de D.E. Orem

Orem est une infirmière américaine qui présente une conception des soins infirmiers fondée sur le concept d'auto-soin, action délibérée de l'individu pour maintenir sa vie, sa santé et son bien-être (p. 6)⁵.

Dans son modèle de soins infirmiers, elle précise, à partir de ce concept, la nature du service fourni par les soins infirmiers. Selon elle, le service d'aide réalisé par l'infirmière implique nécessairement une relation interpersonnelle entre l'infirmière et l'individu qui a besoin de ce service.

Nous voulons approfondir ici certaines indications précieuses fournies par Orem en les présentant en deux volets distincts : le premier volet concernant le concept d'auto-soin et le service d'aide; le deuxième, concernant la relation interpersonnelle infirmière-client, propos plus spécifique à cette recherche.

2.2.3.1 Le concept d'auto-soin et le service d'aide

Concept d'auto-soin

C. Rousseau¹⁸, dans Le modèle conceptuel d'Orem : une vision renouvelée de la profession, explique la conception de l'homme telle que décrite par Orem. Elle précise que

«...l'homme est à la fois un organisme biologique en interaction avec son environnement et un sujet de la nature soumis aux forces de cette dernière. Plus précisément, la pensée philosophique d'Orem s'insère dans un tout à la fois social et individuel, spatial et historique, particulier et universel. À ses yeux, l'homme est un être incarné ayant non seulement la capacité, mais la faculté d'utiliser des mots et des symboles pour penser et communiquer... il peut s'engager à titre d'agent dans une action consciente ou volontaire, ou encore se donner à une cause par pur altruisme» (p. 16).

Pour maintenir sa vie, sa santé, son bien-être et ceux de ses dépendants, l'individu est capable d'agir de façon délibérée (*auto-soin*). Cette action délibérée est précédée de phases de réflexion, d'évaluation et de décision. Le client a ou acquiert les capacités nécessaires pour s'engager dans les activités d'auto-soin. Ces capacités dépendent toutefois de son âge, de son expérience, de sa culture, de ses ressources et de son état de santé.

Les actions délibérées de l'individu lui permettent d'atteindre des buts essentiels pour maintenir sa vie et sa santé; ce sont *les nécessités d'auto-soin*. Elles sont de trois sortes :

- les nécessités d'auto-soin universelles, par exemple maintenir un équilibre entre la solitude et l'interaction sociale;
- les nécessités d'auto-soin reliées à la croissance, par exemple prévenir les risques chez une femme venant d'accoucher;
- les nécessités d'auto-soin reliées à une déviation de santé, par exemple maintenir un apport d'air adéquat, en faisant des exercices spirométriques chez le client ayant subi une opération chirurgicale.

Pour satisfaire les nécessités d'auto-soin, l'individu entreprend un ensemble d'actions dites thérapeutiques; c'est l'exigence d'actions thérapeutiques. Il doit alors utiliser toute sa capacité d'auto-soin. Mais parfois ses capacités d'actions sont limitées ou insuffisantes, il y a alors un déficit entre sa capacité d'auto-soin et l'exigence d'actions thérapeutiques; c'est le déficit d'auto-soin.

Service d'aide

Les soins infirmiers offrent, selon Orem, une assistance à l'individu qui a un déficit potentiel ou actuel pour s'engager dans une action délibérée afin de maintenir sa vie, sa santé et celle de ses dépendants. L'infirmière peut compenser l'action de l'individu ou aider le client à développer ses capacités d'action pour atteindre les buts fixés; c'est la capacité de soins infirmiers.

Orem précise que l'infirmière aide le client qui a un déficit d'auto-soin actuel ou potentiel, c'est-à-dire lorsque l'exigence d'actions thérapeutiques est plus grande que la capacité d'auto-soin du client.

La figure 3 situe le service d'aide des soins infirmiers par rapport au client qui a un déficit d'auto-soin actuel ou potentiel.

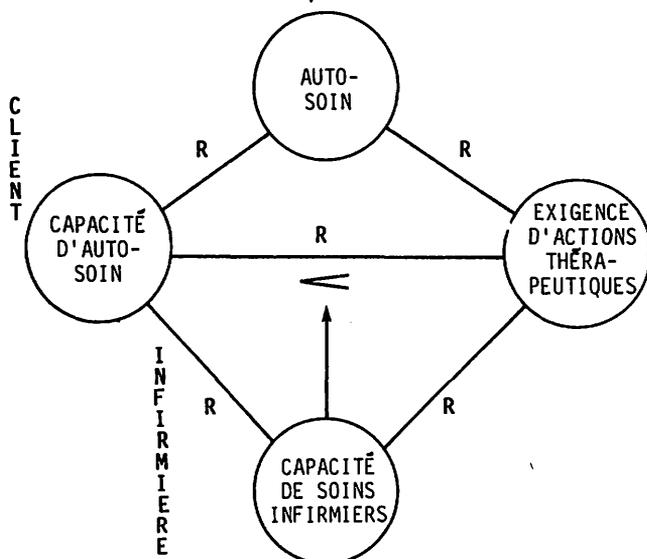


Fig. 3 - Cadre conceptuel en soins infirmiers selon Orem (p. 24)⁵
(R = relation; < = déficit d'auto-soin actuel ou potentiel)

Comment l'infirmière aide-t-elle le client? Orem propose cinq modes pour assister le client dans sa réponse à l'exigence d'actions thérapeutiques : «agir pour le client, le guider, le supporter physiquement et psychologiquement, lui procurer un environnement qui favorise le développement de la personne et lui enseigner»(p. 61)⁵.

Les rôles de l'infirmière et du client varient cependant selon le mode d'assistance utilisé. Par exemple, pour le mode *guider*, l'infirmière fournit au client l'information technologique concernant le rétablissement de la capacité d'auto-soin ou la satisfaction des nécessités d'auto-soin; de son côté, le client organise et utilise l'information en tant qu'agent d'auto-soin ou régulateur de la capacité d'auto-soin. Pour le mode *procurer un soutien psychologique*, l'infirmière est présente au client, l'écoute et planifie l'utilisation d'autres modes d'assistance si nécessaire; le client alors affronte, résout ou vit des situations difficiles.

Afin de préciser l'action du client et la sienne, l'infirmière identifie le système de soins où se situe le client. Orem le définit comme «l'ensemble des actions et des interactions entre l'infirmière et le client dans des situations de soins»(p. 92)⁵. Il y a trois sortes de systèmes de soins: entièrement compensatoire, partiellement compensatoire et de soutien et d'éducation.

À l'intérieur des systèmes de soins, les actions de l'infirmière et du client sont résumées dans la figure 4.

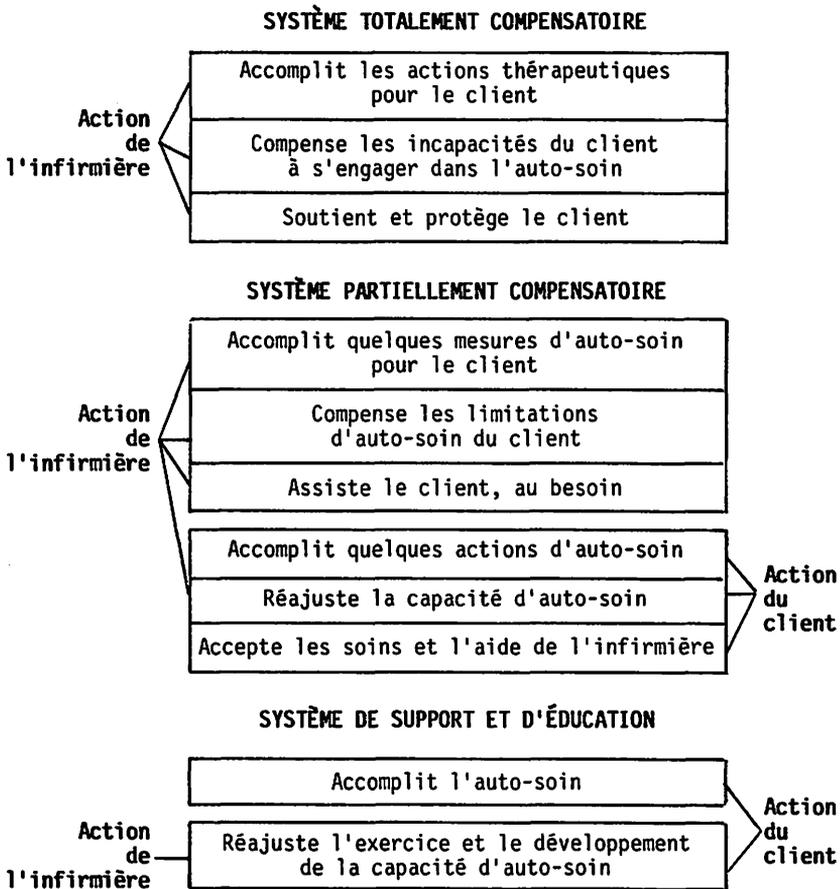


Fig. 4 - Systèmes de soins infirmiers selon Orem (p. 98)⁵

2.2.3.2 La relation interpersonnelle infirmière-client

Pour décrire les éléments de la relation infirmière-client selon le modèle d'Orem, nous considérons les règles de la pratique infirmière, les types de relation et les dimensions du système de soins.

Les règles de la pratique infirmière

Dans la troisième édition de Nursing Concepts of Practice¹⁹, Orem développe des règles ou des principes pouvant guider les infirmières dans leur pratique. Ces règles sont organisées en cinq ensembles et décrivent comment l'infirmière peut initier, maintenir et terminer une relation avec un client, donner des soins ainsi que développer des relations interpersonnelles avec les autres infirmières et les membres de l'équipe de soins. Par ces règles, Orem nous démontre comment l'infirmière communique avec le client tout au long du processus d'aide. Nous résumons ici les trois ensembles qui concernent spécifiquement la relation interpersonnelle infirmière-client et la relation infirmière-équipe.

- Initier la relation infirmière-client

Dans cette phase initiale, l'infirmière communique avec le client pour obtenir des informations au sujet de sa situation de santé, en tenant compte des valeurs du client et de ses perceptions de la santé et du bien-être. Par la suite, elle doit déterminer quelle est la priorité de soin : répondre immédiatement à une exigence d'actions thérapeutiques ou continuer le processus de diagnostic infirmier et de prescription de soins. Enfin, elle définit ou négocie les rôles de chacun dans cette situation : qui sera l'agent de soins? Le client ou la famille avec le support de l'infirmière, ou l'infirmière seule. Pour répondre à cette question, l'infirmière doit s'assurer que le client et la famille saisissent bien les responsabilités de l'infirmière et leur propre rôle dans cette situation, vérifier régulièrement les perceptions du client ou de la famille à ce sujet et donner de l'information ou du support supplémentaire si nécessaire.

- Maintenir et terminer la relation interpersonnelle infirmière-client

Dans la deuxième phase, l'infirmière continue et maintient le contact avec le client pour répondre à l'exigence d'actions thérapeutiques de ce dernier et développer sa capacité d'auto-soin. Elle détermine alors la sorte de relation interpersonnelle qui permettra le mieux d'atteindre les buts fixés et ce, en terme de nombre de rencontres ou d'approfondissement de la relation.

L'infirmière assure la continuité des soins tout au long du processus d'aide et prévoit la fin de la relation avec le client lorsque celui-ci peut assumer la responsabilité complète de ses auto-soins.

- *Développer des relations interpersonnelles avec les autres infirmières et les membres de l'équipe de soins*

L'infirmière maintient et utilise les canaux de communication avec les autres infirmières, les médecins et les autres pourvoyeurs de soins, selon les besoins du client afin d'atteindre les buts fixés concernant la santé du client.

Les types de relation

Orem⁵ identifie deux types de relation entre l'infirmière et le client, la relation complémentaire et la relation coopérative ou de collaboration, qui impliquent aussi la relation avec la famille du client et les personnes qui lui sont significatives.

Dans la relation complémentaire, l'infirmière aide le client à assumer sa responsabilité par rapport à ses auto-soins en

«...suppléant aux limites du client au niveau de sa capacité d'auto-soin et en lui fournissant les conditions nécessaires pour maintenir ou augmenter sa capacité d'auto-soin afin de maintenir, protéger et promouvoir son fonctionnement en tant qu'être humain»
(p. 9)⁵.

La relation de collaboration entre l'infirmière et le client signifie qu'ils agissent conjointement pour l'atteinte d'un but commun. Afin d'assurer le succès de cette action commune, les rôles de chacun doivent être précisés et l'infirmière conserve la responsabilité de coordonner les différentes tâches qui permettront d'atteindre les buts fixés. Cette relation de collaboration comprend aussi la communication de l'infirmière responsable des soins du client avec les autres infirmières, le médecin et les autres membres de l'équipe multidisciplinaire.

Le client est le centre de cette collaboration entre l'infirmière et les membres de l'équipe de soins. En effet, le client peut avoir des besoins qui nécessitent l'intervention du médecin, de l'inhalothérapeute, d'autres infirmières, du travailleur social, etc.; l'infirmière qui soigne le client coordonne et intègre alors les soins infirmiers aux divers soins et services que le client reçoit pour satisfaire ses besoins.

Les dimensions du système de soins

À l'intérieur du système de soins, défini précédemment, Orem identifie trois dimensions de la pratique infirmière nécessaires à la planification, à la production et à la coordination du système de soins; ce sont les dimensions sociales, interpersonnelles et technologiques. Pour chacune de ces dimensions, elle indique les caractéristiques que l'infirmière devrait posséder pour assister le client. Nous décrivons celles qui sont directement reliées à la relation interpersonnelle infirmière-client.

Au niveau social, l'infirmière

- comprend les différences culturelles des divers groupes sociaux et saisit l'impact que peuvent avoir ces différences, pour ces groupes, dans leurs contacts et relations avec les autres;
- possède des habiletés de communication suffisantes pour initier et maintenir des contacts avec des individus de différentes cultures et de classes sociales variées.

Au niveau interpersonnel, l'infirmière

- connaît les facteurs qui facilitent ou empêchent le fonctionnement interpersonnel;
- connaît les moyens ou conditions qui permettent le développement de relations aidantes
- identifie et solutionne les problèmes qui causent de la douleur et de la souffrance émotionnelle et qui empêchent le client d'avoir des relations satisfaisantes avec les autres;

- a des habiletés de communication ajustées à l'âge, à l'état de développement du client, à sa culture et à ses problèmes de communication;
- accepte le client et travaille avec lui en tenant compte des rôles identifiés au début de la relation;
- manifeste du respect, de l'empathie et de la confiance au client.

Au niveau technologique, l'infirmière

- maîtrise les techniques qui lui permettent de faire un diagnostic infirmier et de prescrire les sortes d'actions capables de répondre à l'exigence d'actions thérapeutiques du client et de régulariser sa capacité d'auto-soins.

L'infirmière intègre alors les dimensions sociales, interpersonnelles et technologiques. Elle utilise donc toutes les habiletés développées en regard de ces trois dimensions afin de produire et gérer le système de soins pour satisfaire les besoins du client.

En plus des caractéristiques souhaitées chez l'infirmière relativement aux dimensions sociales, interpersonnelles et technologiques, Orem identifie des opérations interpersonnelles, contractuelles et technologiques, permettant à l'infirmière d'identifier l'exigence d'actions thérapeutiques et de régulariser la capacité d'auto-soin du client. Précisons que les opérations contractuelles sont des actions qui permettent d'établir et de maintenir le contrat de soins entre le client et l'infirmière et qui sont reliées à la dimension sociale du système de soins.

L'analyse du déroulement des opérations effectuées par l'infirmière pour atteindre le but visé permet de dégager la forme ou l'étendue de la relation établie entre elle et le client. Pour le démontrer, nous présentons certaines opérations accomplies par l'infirmière pour le rétablissement de la capacité d'auto-soin du client.

Ainsi, l'infirmière :

- entre et maintient une relation efficace avec le client, la famille et les personnes significatives;

- recherche une entente avec le client, afin de savoir s'il peut et à quel degré s'engager dans les nécessités d'auto-soin maintenant et plus tard;
- collabore avec le client ou la famille afin d'identifier et de décrire l'ensemble des activités d'auto-soin du client et les composantes de son système d'auto-soin;
- collabore avec le client ou la famille afin d'identifier les limitations d'action qui interfèrent lors des phases de décision et d'action;
- dégage des conclusions avec le client ou la famille, c'est-à-dire identifie les habiletés et limites du client dans son implication aux phases de décision et d'action, les formule et les exprime sous forme d'opinions, puis valide les déductions faites par une observation continue de ce que le client réalise ou ne réalise pas.

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. Cela permet de comprendre que l'extension de la relation avec le client peut varier d'une situation à l'autre. Orem précise que «l'extension de la relation infirmière-client varie selon la capacité d'auto-soin du client» (p.9)⁵. Alors plus la capacité d'auto-soin du client est faible, plus l'extension de la relation entre l'infirmière et le client est grande.

2.3 Contexte théorique et pratique

Compte tenu des objectifs poursuivis dans cette recherche, nous exposons maintenant quelques données théoriques et pratiques reliées aux schèmes de référence, à la séquence d'objectifs, aux critères d'évaluation, aux moyens d'enseignement et à la consultation des professeures quant au fil conducteur communication.

2.3.1 Les schèmes de référence

Par rapport au choix d'un ou des schème(s) de référence pour l'enseignement du fil conducteur communication, nous puisons nos informations d'ordre

théorique et pratique d'abord chez huit auteurs qui ont élaboré une approche en communication et ensuite chez cinq auteurs qui ont étudié la communication en soins infirmiers.*

2.3.1.1 Les auteurs en communication

Afin de faire un choix sur un modèle en communication, nous avons consulté plusieurs auteurs. Huit auteurs en communication susceptibles de répondre au but fixé ont été étudiés plus en profondeur. Des données d'ordre général de G. Egan, C.R. Rogers, L. Auger, E.T. Gendlin, Y. Saint-Arnaud, J.L. Héту, J. Guindon et N. Kagan sont présentées en un résumé plus ou moins bref, selon les auteurs.

G. EGAN

Egan est un psychologue américain. Dans l'élaboration de son processus d'aide suggéré dans son livre The Skilled Helper²⁰, il est influencé par trois courants: théorie de la personnalité, théorie sociale et théorie d'apprentissage.

Il présente un modèle développemental, cumulatif et systématique. Il s'agit également d'un modèle de participation, c'est-à-dire non directif; l'aidé a la responsabilité de son changement, l'aidant doit faciliter le processus de changement de l'aidé; il aide ce dernier à pouvoir être plus efficace dans sa manière de vivre.

Le processus d'aide

Le processus d'aide exposé par Egan se divise en trois phases: premièrement, l'exploration et la clarification du problème; deuxièmement, le développement de nouvelles perspectives et l'identification des buts et troisièmement, l'action. Dans chacune de ces phases, il développe les tâches de l'aidant (en termes d'attitudes, d'habiletés ou de techniques) et les tâches de l'aidé (en termes d'action); ces tâches permettent l'atteinte de buts spécifiques à chaque phase du processus. Le tableau 3 résume l'ensemble de ce processus.

**Vu la pertinence des informations recueillies et au risque d'allonger considérablement ce chapitre, nous désirons présenter ici une synthèse des différentes approches théoriques et pratiques répertoriées à l'intention des professeures en techniques infirmières qui voudraient poursuivre leur réflexion sur les schèmes de référence en communication. Ces professeures auraient sans doute profité à considérer également le résumé des différents auteurs présenté au chapitre 4.*

TABLEAU 3
Le processus d'aide d'Egan

L'AIDANT	L'AIDÉ
PHASE I. Exploration et clarification du problème	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Habiletés qui permettent de clarifier la situation problématique de l'aidé: <ol style="list-style-type: none"> a) présence (être complètement disponible, être en contact...) b) écoute (active) 2. Habiletés et techniques qui favorisent l'auto-exploration de l'aidé: <ol style="list-style-type: none"> a) empathie (niveau 1) (communiquer sa compréhension des émotions, des expériences et des comportements de l'aidé, à partir de ses schèmes de référence...) b) techniques d'investigation (permettent l'articulation du problème en termes concrets et spécifiques) 3. Attitudes fondamentales de toute relation aidante: <ol style="list-style-type: none"> a) respect (être fondamentalement avec le client, le percevoir comme être unique, responsable; être chaleureux) b) authenticité (être spontané, ouvert, soi-même; ne pas se cacher derrière un rôle) c) processus d'influence sociale: compétence, confiance, attirance. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explore ses expériences, ses comportements et ses sentiments reliés à la situation problématique (auto-exploration)
PHASE II. Développement de nouvelles perspectives et identification d'objectifs	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Habiletés qui stimulent l'aidé à développer de nouvelles perspectives: <ol style="list-style-type: none"> a) résumé b) information c) empathie (niveau 2) (saisir le monde de l'aidé à partir de ses schèmes de références et le lui communiquer) 2. Habiletés qui stimulent l'aidé à se fixer des objectifs concrets: <ol style="list-style-type: none"> a) confrontation (inviter l'aidé à examiner la zone problématique et à changer de comportement tout en se servant des ressources personnelles non utilisées) b) implication de l'aidant (être ouvert à l'aidé; se dévoiler) c) immédiateté (explorer avec l'aidé ce qui se passe dans la relation présente) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Commence à comprendre sa situation problématique 2. Comprend qu'il a besoin d'agir 3. Choisit des objectifs permettant d'atténuer la situation problématique
PHASE III. Action	
<ol style="list-style-type: none"> 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. 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. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explore différentes façons d'atteindre les objectifs 2. Développe de nouvelles ressources 3. Agit pour atteindre les objectifs fixés: <ol style="list-style-type: none"> a) implante le programme b) modifie les attitudes c) fait face aux problèmes 5. Évalue le processus d'aide avec l'aidant 6. Devient plus efficace dans sa façon de vivre.

Les phases du processus d'aide

Au cours de la première phase du processus d'aide, l'aidant établit un rapport de collaboration avec l'aidé par l'écoute, la présence et en travaillant avec lui tout en le respectant et le comprenant. L'aidant travaille alors à être avec le client et il facilite l'auto-exploration de celui-ci. L'aidé explore sa situation problématique grâce à l'attitude de l'aidant. Il est encouragé et aidé à explorer spécifiquement et concrètement les expériences, les comportements et les sentiments reliés à la situation problématique. Il s'ouvre à sa propre expérience. À la fin de cette phase, la situation problématique commence à être clarifiée et définie.

Dans la seconde phase, l'aidant promeut de nouvelles perspectives et facilite l'élaboration d'objectifs. Il assiste le client. L'aidé sent le besoin de changer d'attitude, saisit la nécessité d'agir, identifie ses ressources et plus particulièrement celles qui sont non utilisées et se fixe des objectifs. Pour l'aidé, c'est la phase de l'auto-compréhension; il se découvre davantage.

Enfin, lors de la dernière phase, l'aidant collabore avec l'aidé à développer un programme d'action selon les besoins et les ressources de ce dernier. Alors, il explore avec celui-ci, à partir de sa nouvelle compréhension de lui-même, différentes possibilités de s'engager dans un changement de comportement constructif; il l'encourage à agir, lui donne du support et dirige l'action des programmes. Il l'aide à évaluer ces derniers par rapport à leur qualité, à la participation de l'aidé et à la qualité des buts. L'aidé explore les meilleurs chemins pour atteindre les objectifs, recherche des ressources de support à l'intérieur et à l'extérieur de lui-même, choisit le programme d'action le plus concret, le plus mesurable et le plus réaliste possible, apprend les habiletés dont il a besoin pour vivre plus efficacement, vit d'une manière plus efficace et évalue le processus d'aide avec l'aidant par rapport à sa participation, à la qualité du programme et à la qualité des buts. C'est la phase de la modification du comportement de l'aidé en ce sens qu'il est plus efficace dans sa façon de vivre.

Le cahier d'exercices

Afin de faciliter l'apprentissage des éléments de son modèle, Egan construit un cahier d'exercices²¹. Ce cahier, à partir de situations problématiques

suggérées, aide à expérimenter les attitudes, les habiletés et les techniques que l'aidant doit développer dans le processus d'aide.

L'utilisation et l'expérimentation de ce modèle

Ce modèle a été expérimenté par des professeures en soins infirmiers tant au niveau universitaire qu'au niveau collégial.

Au cégep du Vieux-Montréal, un groupe de professeures a expérimenté une partie du modèle, au niveau de la première et de la deuxième sessions des trois années du cours, tout en l'intégrant au modèle en soins infirmiers de Virginia Henderson. À partir du modèle d'Egan, elles ont élaboré des objectifs facilement observables pour les première et deuxième sessions du cours, ont cerné des méthodes pédagogiques qui facilitent l'apprentissage et ont créé des critères pour évaluer l'atteinte des objectifs. Au niveau de la première session²², les objectifs d'apprentissage sont formulés en termes de connaissance des composantes du modèle de communication d'Egan et d'identification des attitudes de l'écoute active et des comportements correspondants. Lors de la deuxième session du cours²³, l'étudiante doit démontrer sa capacité d'écoute et utiliser le cadre de référence d'Egan pour orienter ses entretiens vers la phase d'exploration. S'inspirant du contenu du modèle d'Egan, les professeures ont réussi à établir des critères de performance minimale, en termes de comportements facilement observables. Dans la pratique, ces professeures utilisent les exercices suggérés par Egan. Après une première expérimentation, elles ont manifesté, lors d'une rencontre, leur satisfaction à travailler avec ce modèle en communication. Selon elles, le processus d'aide d'Egan, qu'elles qualifient de très systématique, s'intègre bien à la réalité de la pratique infirmière; ce modèle démystifie, clarifie la communication; il aide à faire des prises de conscience. Toujours selon ces professeures, c'est un modèle qui facilite l'apprentissage des étudiantes qui s'initient à la communication; dans l'ensemble, les étudiantes sont très enthousiastes d'apprendre à partir de ce modèle et perçoivent très bien la nécessité de l'apprentissage de la communication.

Au niveau universitaire, dans la région de Montréal, une professeure en soins infirmiers a également exprimé, lors d'une rencontre, sa satisfaction de travailler avec le modèle d'Egan. Les objectifs d'enseignement qu'elle

poursuit consistant à permettre aux étudiantes de garder contact avec soi et de prendre conscience de leur propre façon d'être dans leurs relations d'aide avec le client, de connaître un modèle de relation d'aide, de développer des habiletés de communication et des attitudes facilitantes et finalement d'arriver à intégrer l'apprentissage réalisé. Après avoir pris contact avec le groupe, la professeure expose ses objectifs et présente l'ensemble du modèle; elle s'attarde sur les attitudes suivantes : l'écoute, l'empathie, le respect, la spécificité, puis elle applique le modèle en tenant compte des étapes d'évolution d'un groupe. Elle utilise alors quelques parties du modèle de Kagan²⁴ pour le contact avec soi et l'empathie. Les périodes d'enseignement comprennent la théorie, la pratique et le feedback d'un point de vue descriptif et expérientiel et non évaluatif. Elle utilise le modèle d'Egan surtout pour les habiletés de base présentes dans les trois phases de son processus d'aide. En incorporant les deux approches, humaniste et behavioriste, Egan réussit à décortiquer des attitudes, des habiletés identifiées par des auteurs humanistes comme Rogers. Toujours selon cette même professeure, l'approche proposée par Egan facilite l'apprentissage de la communication. Une de ses anciennes étudiantes, rencontrées lors d'une entrevue, affirme que le modèle d'Egan lui avait permis de saisir la complexité du processus de la communication et aussi de clarifier et démystifier le processus d'aide.

Lors d'un congrès intitulé «Orem in Action» à l'hiver 1985, à Toronto, des professeures du Centennial College of Applied Arts and Technology de la région de Toronto échangent sur leur application du modèle d'Egan en soins infirmiers. Leurs étudiantes participent à deux cours^{25, 26} sur la communication, avant de suivre des cours en soins infirmiers. Ceux-là sont élaborés à partir du modèle d'Egan. Ensuite, leur apprentissage des éléments de ce modèle est intégré dans les cours en soins infirmiers préparés à partir du modèle d'Orem. Selon le contenu de la conférence²⁷ d'une professeure de ce collège, le modèle d'Egan s'intègre très bien à celui d'Orem, car il a la même philosophie de base, il présente un modèle de communication en termes de processus d'aide, il propose une démarche systématique et analytique pour la résolution d'un problème et enfin, il préconise l'action comme base de son modèle.

C.R. ROGERS

Rogers est un praticien américain de la psychothérapie et sa théorie de la personnalité et de la relation d'aide, présentée dans Le développement de la personne²⁸, dérive de la pratique. Comme praticien humaniste, il se penche surtout sur le comment et le pourquoi du changement au cours d'un processus thérapeutique. Il croit que l'être humain est en mouvement, en devenir et tend à s'actualiser; cet être en processus tend aussi à établir des relations avec les autres.

Son approche est non directive et centrée sur la personne. Cette approche est une rencontre entre deux individus : thérapeute ou aidant et client, dans le but de faciliter la croissance de ce dernier. L'aidant cherche à favoriser chez l'autre un fonctionnement optimal sans oublier que les facteurs permettant cette croissance se retrouvent à l'intérieur du client. L'aidant dans une telle approche devient plus facilitateur qu'expert; il favorise le processus d'actualisation en amenant le client à faire des prises de conscience sur lui-même et à avoir une grande confiance en sa capacité de croître et de tendre vers l'actualisation de lui-même.

L'aidant doit alors créer un climat favorable à ce processus de changement. Selon Rogers, trois attitudes de l'aidant sont nécessaires pour provoquer un changement qui facilite le développement de l'être humain; ce sont : la congruence, l'empathie et l'acceptation inconditionnelle. Le processus de changement ne peut être initié sans que le client perçoive ces attitudes chez l'aidant : cette perception est cruciale. Ce processus de changement est expliqué en sept phases situées sur un continuum où les pôles extrêmes se définissent d'un côté en termes de fixité et d'incapacité de ressentir son expérience immédiate et de l'autre par la capacité de vivre librement et d'être ouvert à son expérience immédiate. Pour Rogers, il n'y a de changement que si la personne toute entière est impliquée tant affectivement que cognitivement; c'est ce qu'il appelle l'apprentissage significatif dans son livre Liberté pour apprendre?²⁹.

Plusieurs auteurs en communication ont été influencés par cette idée de Rogers que tout être humain tend à développer ses capacités de croissance dans une relation où un autre être humain ressent envers lui et lui commu-

nique de la chaleur, du respect, de la compréhension, tout en étant lui-même. Même si plusieurs le contestent, ils se permettent de s'inspirer de son approche et de l'interpréter à leur manière.

Le type de relation professeure-étudiante préconisée par une équipe de professeures du cégep de Bois-de-Boulogne, s'est fortement inspiré de l'approche rogérienne. Dans l'introduction de leur plan de cours³⁰, ces professeures précisent qu'elles tentent de faire le lien entre le concept d'auto-soin d'Orem et la conception de la relation d'aide de Rogers. Les principes relatifs à la relation d'aide infirmière-client préconisés par Rogers s'appliquent aussi à la relation professeure-étudiante; l'étudiante, comme apprenante, est aidante en tant qu'infirmière et est aidée en tant qu'étudiante. En tant qu'infirmière, elle rencontre un client; en tant qu'étudiante, elle rencontre une professeure. Malgré la complexité de ces processus, il y a un lien très étroit entre les principes de base de la relation appris selon l'approche rogérienne et la relation que l'étudiante expérimente comme apprenante. Les professeures, en tant que facilitatrices et non qu'expertes, tentent d'impliquer l'étudiante dans son processus d'apprentissage afin que cet apprentissage soit significatif. Dans leur syllabus, des objectifs sont formulés dans ce sens. Elles ont aussi élaboré un guide de stage³¹ où l'étudiante peut retrouver des thèmes qui facilitent sa démarche personnelle; des objectifs et des travaux sont suggérés au sein de chaque thème. L'étudiante peut choisir les thèmes qui lui conviennent pour son apprentissage et les travailler selon son rythme; ce moyen pédagogique permet un certain apprentissage individualisé.

L. AUGER

Auger, psychologue canadien, présente dans son livre Communication et épanouissement personnel³² une vue d'ensemble d'un processus d'aide dans des relations interpersonnelles. La relation d'aide est définie comme une rencontre, dans le ici et maintenant, entre deux êtres humains: l'aidant et l'aidé. Ces derniers sont reconnus comme des êtres dynamiques, en devenir, globaux qui ont le potentiel d'agir sur l'environnement pour le modifier et la capacité de faire des choix et, enfin, des êtres qui sont responsables de leur vie et de leurs décisions. La dite rencontre favorise l'épanouissement de leur liberté et la capacité de vivre plus efficacement qu'auparavant; cette relation est une manière de vivre, une manière d'être. La rencontre doit être centrée sur l'aidé, agent principal de l'action; l'aidant l'assiste dans ses efforts de vivre plus pleinement sa vie; l'aidé dirige l'action et l'aidant collabore avec lui dans la réalisation de ses objectifs.

L'aidant, comme collaborateur et assistant, doit développer des attitudes indispensables à toute relation d'aide. Les attitudes sont expliquées selon les échelles de Carkhuff³³, échelles qui mesurent différents éléments de la relation d'aide autant du côté de l'aidé que de celui de l'aidant; les mesures s'échelonnent de un à cinq, un correspondant au plus bas niveau, niveau qui risque de rendre la relation inefficace, même nuisible.

Le tableau 4 représente les trois phases de la relation selon Auger (p. 86)³²: la phase initiale, la phase intermédiaire et la phase avancée. À chaque phase correspondent les niveaux d'attitudes nécessaires autant pour l'aidant que pour l'aidé. Ainsi, dans l'approche préconisée par Auger qui est fortement influencé par Rogers, il est clair que plus l'aidant a développé et intégré les attitudes aidantes dans sa vie, plus la relation d'aide est efficace.

Il n'est donc pas surprenant que plusieurs professeures en techniques infirmières enseignant plus spécifiquement la communication dans des collèges du Québec, utilisent le livre Communication et épanouissement personnel d'Auger comme moyen d'apprentissage.

TABLEAU 4

Phases de la relation et attitudes selon différents niveaux
selon Auger

	AIDANT *	AIDÉ *
1. AVANT LA RELATION		Auto-compréhension 1,2
		Auto-respect 1,2
		Authenticité 1,2
		Spécificité 1,2
		Auto-confrontation 1,2
		Immédiateté 1,2
	2. PENDANT LA RELATION	a) phase initiale
		Respect 3
		Authenticité 3
		Spécificité 3
b) phase intermédiaire		Empathie 3,4,5
		Respect 3,4,5
		Authenticité 3,4,5
		Spécificité 3,4,5
		Confrontation 3
		Immédiateté 3
c) phase avancée		Empathie 4,5
		Respect 4,5
	Authenticité 4,5	
	Spécificité 4,5	
	Confrontation 4,5	
	Immédiateté 4,5	
	PLAN D'ACTION POUR L'AIDÉ	
3. APRÈS LA RELATION		Action de l'aidé
		Toutes attitudes, 4,5 (envers soi et les autres)
		ACTION DE L'AIDÉ

* Les chiffres correspondent aux niveaux d'attitudes (croissant de 1 à 5).

E.T. GENDLIN

Gendlin, psychologue américain, propose une théorie dite expérientielle. Cette théorie³⁴ met l'accent sur la présence à soi dans la relation aux autres et à soi-même : la présence à soi et à l'autre est la base de toute relation qui favorise la croissance. Un des concepts les plus importants de sa théorie est l'experiencing qui se définit comme un processus émotionnel ou ressenti.

Le modèle de Gendlin propose la focalisation comme technique centrée sur l'aidant ou sur soi-même; cette dernière facilite la prise de conscience de son moi, de ses sentiments et par le fait même favorise un processus émotionnel qui amène un changement réel. Pour Gendlin, la connaissance de soi et l'évolution intérieure sont essentielles pour entreprendre et faciliter une situation d'aide.

Dans son livre Au centre de soi³⁵, Gendlin propose le centrage comme moyen dynamique de connaissance et de développement personnels. Il décrit de façon détaillée cette technique qui invite toute personne à se mouvoir à l'intérieur de son moi le plus profond. Ce mouvement ressenti amène une détente physique et déclenche le processus de la créativité. Le centrage permet d'explorer des sensations plutôt obscures et de les exprimer. Un groupe de professeurs du cégep de Bois-de-Boulogne invite fortement les étudiantes à expérimenter cette technique tout au long de leur session en soins infirmiers psychiatriques.

Une infirmière de la région de Montréal, Louise Fontaine, dans sa recherche intitulée Approche expérientielle dans la formation de l'étudiante infirmière³⁶, a vérifié, en s'inspirant de Gendlin, «si une approche expérientielle de la part du professeur permet à l'étudiante infirmière d'être plus ouverte à son expérience intérieure par l'expression verbale de ses ressentis»(p.VIII)³⁶.

Dans sa recherche, qui a pu confirmer cet énoncé, elle présente un schème de référence de l'experiencing à partir de caractéristiques observables lors d'une communication verbale. Ces caractéristiques sont divisées en trois étapes, celles du processus émotionnel d'un être humain : «l'annonce de la situation, l'amorce du processus expérientiel, l'expérience émotionnelle proprement dite»(p. 30)³⁶.

Ce cadre de référence peut être utile pour tout apprentissage relatif à l'expérience émotionnelle. Dans cette même recherche, une échelle de cotation de l'experiencing, élaborée par Gendlin, a été traduite; il s'agit sûrement d'un autre moyen qui facilite l'apprentissage relatif à l'experiencing.

Des professeures du cégep de Bois-de-Boulogne, enseignant les soins infirmiers psychiatriques, proposent, dans un guide de stage³¹, une grille d'analyse des niveaux d'implication ainsi qu'une procédure à partir de l'approche de Gendlin. La grille d'analyse permet de mesurer jusqu'à quel point l'individu est ouvert à son expérience intérieure dans ses communications. Sont aussi suggérés des objectifs et des moyens d'apprentissage en relation avec les niveaux d'implication dans une relation.

Y. SAINT-ARNAUD

Saint-Arnaud, psychologue canadien, étudie la relation interpersonnelle dans le contexte de la psychologie perceptuelle. C'est dans son livre La personne humaine³⁷ qu'il explique cette approche et que, par une démarche systématique, il propose un modèle descriptif de la relation interpersonnelle.

Ce modèle comporte trois éléments de base : la personne A, celle qui initie la relation, la personne B, celle qui est sollicitée et enfin la cible C, partie de l'environnement socio-culturel dans lequel les personnes A et B se rencontrent; ces trois éléments étant interreliés. L'interrelation est présentée en termes de processus.

La personne humaine est considérée comme un tout constitué de cinq dimensions : le comportement, l'énergie organismique, les processus inconscients, le champ perceptuel et le soi. Certaines de ces dimensions de la personne ont été inspirées par trois méthodologies : méthodologies behavioriste, psychanalytique et perceptuelle. La dimension du comportement dérive de la méthode dite behavioriste, les dimensions de l'énergie organismique et les processus inconscients de la méthode dite psychanalytique et la dimension du champ phénoménal ou perceptuel de la méthode dite perceptuelle.

L'être humain est vu comme une entité qui a tendance à s'actualiser, c'est-à-dire à développer ses potentialités d'une façon constructive, dans le but de se maintenir et de se développer; il est le principal agent de cette direction spontanée et innée. C'est une manière de percevoir l'action de l'énergie organismique à l'intérieur de la personne. L'être humain a aussi son propre cadre de référence; lorsqu'il agit, son champ perceptuel détermine totalement son comportement; la réalité est appréhendée d'une manière subjective. La psychologie perceptuelle crée sa théorie à partir de cette subjectivité des individus.

«Le champ perceptuel peut être considéré comme un ensemble de processus conscients par lesquels l'énergie organismique est transformée en comportement» (p. 39)³⁷. La motivation est un de ces processus; elle est étudiée en relation avec la transformation de l'énergie organismique en besoins fondamentaux.

La relation interpersonnelle est un moyen de satisfaire ces besoins. Saint-Arnaud développe quatre types de relation correspondant à différents besoins fondamentaux : la relation fonctionnelle favorise la satisfaction des besoins d'ordre physique; la relation chaleureuse permet de satisfaire les besoins d'aimer et d'être aimé; la relation coopérative facilite l'expérience de créer, de produire et enfin, la relation heuristique encourage l'expérience de comprendre. L'actualisation d'une personne est intimement reliée à la satisfaction de ces besoins qui sont innés et universels.

L'actualisation est aussi synonyme de croissance. La personne croît lorsque son énergie organismique est transformée en comportement. Ce processus est inconscient mais identifiable au niveau du champ perceptuel. L'individu est engagé dans un processus de croissance lorsqu'il est ouvert à l'expérience, lorsqu'il a la capacité de se prendre en charge et lorsqu'il est capable d'agir sur l'environnement; ces trois caractéristiques peuvent se définir en termes d'expérience, de liberté et de compétence. Influencé par Rogers, Saint-Arnaud propose un ensemble d'attitudes comme condition de base pour provoquer et maintenir un processus de croissance. Ces attitudes sont : l'authenticité, la considération positive inconditionnelle et la compréhension empathique.

L'actualisation est un phénomène de changement continu. Ce processus de changement est présenté par Saint-Arnaud en trois étapes : structuration du champ perceptuel, dégel et mouvement, et regel ou restructuration; ces étapes permettant l'intégration des expériences. L'être humain qui est un être en mouvement, apprend à vivre avec cet état de changement et développe le sens du relatif...

Selon la perspective de la psychologie perceptuelle, l'aidant devient un guide et un facilitateur qui opte pour une approche non directive, centrée sur la personne.

J.-L. HÉTU

Héту, psychologue canadien, présente dans son livre La relation d'aide³⁸ un modèle de relation d'aide susceptible d'intéresser ceux qui veulent être aidants comme professionnels et ceux qui, dans leur profession, doivent tenir compte du vécu de leurs clients. Ce modèle qui se veut un guide d'initiation et de perfectionnement peut s'adresser à des individus ou des groupes. S'inspirant de Brammer, Héту définit «la relation d'aide comme une relation dans laquelle une personne (l'aidant) fournit à une autre (l'aidé) certaines des conditions dont celle-ci a besoin pour satisfaire ses besoins fondamentaux» (p.5)³⁸. Il explique cette définition en se basant sur la séquence des besoins fondamentaux de Maslow et afin d'explicitier les éléments de base du processus de la relation d'aide, il construit un modèle inspiré par Kennedy, Rogers, Jourard et Saint-Arnaud.

L'aidé transmet des informations verbales et non verbales à l'aidant. Ce dernier, comme récepteur, décode objectivement ces informations à l'aide de son réservoir théorique, saisit ce qu'il vit par rapport aux messages de l'aidé, grâce à sa caisse de résonance personnelle et à son réservoir personnel, les comprend aussi à partir de ce qu'il connaît et sent par rapport à l'aidé; ainsi, il peut injecter à ce dernier de nouveaux éléments qui ont une influence sur ses processus cognitifs. Il communique aussi à l'aidé sa compréhension des messages transmis par lui, compréhension faite par le décodage empathique ou amplification des informations reçues, ayant une influence sur les processus cognitifs et affectifs de l'aidé. Cette implication personnelle de l'aidant invite l'aidé à l'auto-exploration et à la prise en charge de sa propre réalité. Comme un des premiers objectifs de la relation d'aide est de faciliter à l'aidé l'ouverture à lui-même, l'acceptation inconditionnelle et la confrontation qui suscitent l'exploration sont essentielles.

Face à sa propre réalité, un être humain peut réagir de différentes manières. Premièrement, il peut y avoir de la résistance; dans ce cas, l'être humain refuse d'être en contact avec sa réalité et de faire des prises de conscience douloureuses; il évite de s'impliquer. Il ne s'implique pas non plus dans une situation de dépannage, dans le sens qu'il reconnaît qu'il a un problème et pense le régler à sa façon. Et, ensuite, l'être humain qui s'implique au

niveau d'une relation d'aide, comme aidé, explore ses émotions face au problème vécu, fait des prises de conscience qui modifient sa perception de lui-même et de ce qui est à l'extérieur de lui à partir de ces prises de conscience, il regarde les possibilités de vivre qui lui conviennent le plus. S'il décide d'être en processus psychothérapique, il prend le temps de faire des prises de conscience et des changements plus profonds.

La relation d'aide se vit en trois phases : l'exploration, la prise de conscience ou compréhension et l'ajustement. Dans la phase d'exploration, l'aidé explore la situation problématique, tout en examinant la perception qu'il a de lui-même et de son environnement. Cette auto-exploration est facilitée par le décodage empathique. La phase de la prise de conscience se caractérise par la compréhension de la part de l'aidé de ce qu'il a exploré dans la phase précédente; l'aidant amplifie alors le vécu de l'aidé plus en profondeur, il lui injecte les interprétations qu'il a de son vécu et, si nécessaire, le confronte et le stimule à réfléchir. Dans la phase d'ajustement, l'aidé adapte son comportement à partir de ce qu'il juge constructif pour lui; ceci nécessite souvent une démarche de solution de problème. Dans cette dernière phase, l'aidant aide le client à se centrer sur sa situation et le confronte s'il le faut. Suite à l'explication de chacune de ces phases, Héту énonce deux propositions :

«Plus la personne demeure à la surface d'elle-même, plus les solutions qu'elle trouve et les décisions qu'elle prend ont des chances d'être inadéquates.

Plus la personne se met à l'écoute de sa réalité propre, plus elle a de chances de découvrir la solution qui est la meilleure pour elle dans les circonstances» (p. 120)³⁸.

À la fin de son livre, l'auteur présente quatre échelles des interventions de l'aidant du psychologue américain Carkhuff : celles de la compréhension empathique, de la communication du respect, de la révélation de soi et de la spécificité de l'expression.

J. GUINDON

Guindon, psychologue canadienne, a créé le modèle de l'actualisation des forces psychologiques³⁹, centré sur le développement de l'autonomie psychique de la naissance à l'âge adulte. Pour le conceptualiser, elle s'est appuyée sur des auteurs tels que les psychanalistes du moi : Hartmann, Rappaport et Erikson, et s'est inspirée d'autres chercheurs tels que Piaget, Mahler, Freud, Nog, Blanck et Greenspan.

Cette approche consiste à :

- actualiser les forces du client, à savoir : l'espérance, le vouloir, la poursuite des buts, la compétence, la fidélité et l'amour, à partir de son quotidien;
- faire intégrer au client des expériences vécues qui le construisent et lui permettent de vivre une autonomie psychique plus grande, par des découvertes et des prises de conscience graduelles;
- faire appel aux forces psychologiques et les alimenter malgré les déficits paralysants.

Ce modèle est appliqué par une équipe d'infirmières et de médecins avec des groupes de clients traités en oncologie et en psychiatrie.

La démarche consiste d'abord pour le professionnel de la santé à se réapproprié comme adulte les étapes de développement de la personne, c'est-à-dire les niveaux d'organisation psychique : le soi corporel, le soi productif, le soi adaptatif, le soi social en actualisant à chaque niveau ses propres forces psychologiques; puis, par la suite, à généraliser progressivement l'approche dans la prise en charge ou l'accompagnement du client.

C'est ainsi que le client pourra atteindre des formes d'équilibre évoluant des plus rudimentaires aux plus évoluées.

C'est grâce à cet accompagnement que le client parviendra à développer les diverses représentations de soi, solidifiant de cette manière sa croissance personnelle. Car, pour que le client se réapproprié son expérience, il doit

prendre conscience de ce qu'il fait. Et c'est ainsi qu'en disant son expérience, en la partageant, il se voit faire. Cette approche est donc centrée sur l'intérêt et la mutualité.

Dans la pratique auprès des clients, cette approche se concentre d'abord sur le premier niveau d'organisation psychique : le soi corporel, parce que les forces se travaillent par paliers successifs et que le soi corporel est le premier niveau d'autonomie où la personne prend ses décisions, puis parce que c'est dans leur corps que les clients sont atteints.

Au niveau du soi corporel, le professionnel de la santé recherche chez le client les indices des forces. Pour la force d'espérance, le client en radiothérapie apprend à travailler le temps, à vivre le délai, la durée et à vérifier que la certitude vient quand il y met le temps. Le client apprend à faire un budget d'énergie, à découvrir ses seuils, à ne pas les dépasser et à reconnaître les résistances dans son corps. Le client opéré apprend à chercher les moyens pour faire face à sa maladie, à être son propre pourvoyeur de soins en tenant compte de ses points de repère et de ses seuils de douleur. Le client apprend qu'il peut avoir confiance en son organisme.

Pour la force du vouloir, le client apprend à percevoir les éléments d'une situation, à juger de ce qui peut se faire, ce qui l'oriente vers certains choix possibles grâce à l'acceptation libre de certaines contraintes imposant des limites à ses décisions d'agir.

Pour la poursuite des buts, le client en postopératoire découvre ses capacités de décider d'un objectif face à un problème et aussi d'apprendre la façon d'y arriver, c'est-à-dire comment agencer la séquence d'actions pour parvenir au but.

Pour la compétence, la mère en post-partum démontre une certaine efficacité dans les tâches entreprises en faisant preuve de l'acquisition graduelle d'une maîtrise des actions posées et ce, au moyen de répétitions fréquentes avec anticipation du succès.

Pour la fidélité, le client en physiothérapie démontre sa capacité d'engagement sélectif face aux activités qu'il entreprend.

Pour la force de l'amour, le client apprend à vivre des expériences de détente.

On peut parler d'autonomie corporelle lorsque le client fournit certains indices tels que :

- multiplier ses moyens d'atteindre le bien-être corporel et les ajuster en tenant compte de ses points de repère;
- répartir ses énergies en sachant proportionner les travaux physiques et les activités de concentration intellectuelle;
- alterner ses modes de récupération demandant une contraction-décontraction musculaire et ses modes de détente;
- préserver un équilibre harmonieux entre l'énergie dépensée et l'énergie recouvrée;
- ne plus se laisser envahir par les tensions en se renouvelant constamment.

Quand les décisions du client sont en accord avec son objectif de bien-être corporel, quand il les maintient malgré les obstacles, quand il y trouve un intérêt suffisant pour modifier ses conditions de vie, alors il est sur la voie de l'autonomie corporelle.

Cette approche respecte et tient compte de l'autonomie du client et de sa responsabilité face à son développement et à ses prises de décision; elle s'est révélée efficace dans son application au niveau des soins infirmiers, selon les dires de certains experts de ce modèle.

N. KAGAN

Le résumé que nous faisons de cet auteur s'inspire dans une large mesure de l'article de D. Paul, infirmière enseignante de la région de Sherbrooke, intitulé : Un modèle de formation à la relation d'aide; celui de Kagan, appliqué à la profession⁴⁰.

À partir de ses recherches à l'université d'état du Michigan, Kagan élabore un modèle de formation à la relation d'aide; modèle qui se veut systématique, non interprétatif, non évaluatif de la rétroaction. Il s'intitule : le retour assisté du processus interpersonnel (p. 26)⁴⁰ ou encore le I.P.R. «Interpersonal Process Recall».

Ce programme a pour but de faciliter le développement d'habiletés relatives à la capacité de parvenir à une plus grande compréhension de soi et des autres, afin d'entretenir avec les autres des relations plus profondes et plus significatives. Ces types d'habiletés sont au nombre de trois :

- la capacité de pouvoir comprendre ce que l'autre transmet directement et indirectement tant au niveau affectif que cognitif;
- la capacité de reconnaître et d'identifier l'impact que produit l'autre sur soi;
- la capacité de partager avec l'autre ce qu'on a découvert sur lui et sur soi-même.

Pour cela, il y a échange sur les sentiments, les émotions et les réactions que la situation vécue a provoqués.

Le programme proposé par Kagan se divise en cinq étapes qui assurent un enseignement gradué. Lors de la première étape, l'apprenante voit son répertoire de réponses relatives à la relation d'aide augmenter. Par la théorie et la pratique, elle assimile les quatre éléments d'une communication dite facilitante, à savoir : l'approche exploratrice, l'écoute, l'approche portant sur la dimension affective et l'approche franche et honnête.

La deuxième étape consiste à permettre à l'étudiante de reconnaître ses réactions, ses pensées, ses sentiments, à partir de vignettes du film Stimulinteraction⁴¹ et de la technique du retour assisté. Elle prend conscience de ses blocages face à certains messages de l'autre, blocages qui sont des obstacles à une relation interpersonnelle significative.

À la troisième étape, l'apprenante doit s'impliquer dans un rôle d'investigatrice ou de facilitatrice. Elle s'étudie en pleine action; cette action consistant à diriger une session de retour assisté. Avec l'aidante, elle étudie une séquence de la rencontre aidante-aidée, et l'amène à prendre conscience de son vécu lors de cette entrevue, en ayant une attitude ferme et honnête. Ainsi, l'étudiante fait l'apprentissage de l'attitude de la confrontation non hostile nécessaire pour que le retour soit significatif.

À la quatrième étape, l'étudiante pratique le rôle d'aidante à partir de retours assistés avec une facilitatrice qui est une autre étudiante. Les rencontres aidante-aidée, rôles joués par des étudiantes, sont sur bande magnétique, afin que chacune puisse s'observer.

À la cinquième étape, l'étudiante, qui était l'aidante lors de l'entrevue, reçoit la rétroaction de l'étudiante qui était l'aidée. Une autre étudiante devient l'inquisitrice; elle aide l'aidée à voir quel impact l'aidante a eu sur elle lors de l'entretien. Ainsi, l'étudiante reconnaît les interventions qui ont suscité de nouveaux processus de pensée et les interventions qui ont été inutiles et même nuisibles.

Enfin, au cours de la dernière étape, l'étudiante apprend à utiliser l'entrevue comme moyen efficace pour améliorer la qualité de sa relation avec l'aidé. L'aidante et l'aidée, qui sont toujours des étudiantes, sont invitées par la facilitatrice à s'exprimer lors de la rencontre. Elles regardent ensemble l'approche de l'aidante. Cette technique se nomme «le retour mutuel»(p.75)⁴². Grâce à cette technique, l'apprenante comprend davantage la complexité des relations interpersonnelles et par le fait même améliore son style d'intervention lorsqu'elle est aidante dans une relation interpersonnelle.

Dans cette approche la professeure, comme superviseure, accompagne l'étudiante dans son apprentissage; celle-ci est responsable de son cheminement; son rythme doit être respecté.

Le programme proposé par Kagan peut être efficace pour des petits et grands groupes. L'application se fait plus difficilement pour un seul individu. Le programme peut être réalisé à l'intérieur de 45 heures, soit en s'échelonnant sur une durée assez longue, soit dans une période intensive.

L'application de ce programme ne peut s'effectuer sans moyens audio-visuels comme le vidéo et la bande magnétoscopique ou magnétique. L'étudiante doit s'enregistrer lors d'entrevues avec d'autres condisciples et ensuite utiliser le contenu de l'enregistrement pour son apprentissage. Lors des entrevues, elle joue les rôles d'aidante, d'aidée et de facilitatrice; le jeu de rôle et le psychodrame sont d'autres moyens pédagogiques pour l'application de ce modèle.

Le modèle de Kagan a été plusieurs fois expérimenté ou mis en application aux États-Unis, en Turquie, en Nouvelle-Guinée... Au Québec, J. Limoges apporte des modifications au I.P.R. qui devient le programme d'amélioration des relations d'aide (PAR); il adapte, aussi, pour le milieu québécois francophone, un extrait du film utilisé à la deuxième étape du programme⁴¹.

Paul a expérimenté ce modèle avec des étudiantes en soins infirmiers psychiatriques au niveau du baccalauréat et avec des infirmières au niveau de programmes de formation continue. La deuxième étape du programme fut très utile pour la préparation du stage en soins infirmiers psychiatriques au niveau du baccalauréat; face au milieu, les étudiantes se sentaient moins menacées, par rapport à plusieurs autres groupes de stagiaires ayant suivi le même cours. Les étapes 3,4,5,6, expérimentées dans un hôpital psychiatrique avec des étudiantes infirmières en stage pendant sept semaines, permirent à ces dernières de regarder plus honnêtement leurs blocages au niveau de la relation et d'approfondir la qualité de leurs relations interpersonnelles tant avec les clients qu'avec leurs collègues.

D'après les résultats de travaux de recherche et d'après les commentaires de Paul par rapport à sa propre expérimentation, l'application du modèle s'avère très efficace comme moyen de formation à la relation d'aide.

2.3.1.2 Les auteures en soins infirmiers

Cinq auteurs en soins infirmiers, susceptibles de nous aider dans le choix du ou des schème(s) de référence en communication, ont été également retenus. Ce sont B.W. Duldt, K. Giffin et B. Patton; J.C. Bradley et M. Edinberg; M. Phaneuf; J. Travelbee; et I.S. Orlando, dont l'approche respective est brièvement présentée dans les pages qui suivent.

B.W. DULDT, K. GIFFIN et B. PATTON

Duldt et ses collaboratrices présentent les soins infirmiers dans une perspective humaniste. Selon cette perception de soins, le client contribue aussi bien qu'il reçoit dans le cadre de son plan de soins; l'infirmière soigne à travers la démarche de soins. Elle a l'autorité, l'autonomie, la responsabilité d'être directement disponible pour le client. Les auteures rapportent que pour Orem la communication prend une très grande importance à cause de sa théorie d'auto-soin; la communication étant l'habileté de base que toute infirmière doit développer pour l'utilisation de la démarche de soins.

Les auteures présentent la communication comme un concept majeur des soins infirmiers humanistes; selon elles, c'est la communication qui permet le processus d'humanisation, concept de base développé dans leur livre Interpersonal Communication in Nursing⁴³. Conceptuellement, elles entendent la communication comme étant sur un continuum humanisation - déshumanisation. Le rôle de la communication interpersonnelle en soins infirmiers est d'humaniser, c'est-à-dire de construire des relations et être en contact avec des êtres humains. Elles définissent la communication interpersonnelle comme un processus dynamique impliquant une adaptation continue et des ajustements entre deux ou plusieurs êtres humains engagés dans une interaction où chaque personne est continuellement consciente de l'autre.

L'être humain, qui est le focus central des soins infirmiers, est vu comme un être total intégré et en interaction; cet être a aussi la responsabilité de découvrir la signification et le but de sa vie afin de faire des choix relatifs à sa propre santé. La maladie est perçue comme une opportunité pour réévaluer et réajuster ses propres buts, objectifs, valeurs, signification de

la vie et ses comportements. Devant de telles perspectives de santé et de maladie, la communication interpersonnelle devient essentielle pour l'infirmière comme professionnelle dont le but est d'humaniser. Ainsi la communication interpersonnelle infirmière-client devient nécessaire pour rendre opérationnelle toute action de la pratique infirmière et elle promeut une approche humaniste des soins infirmiers qui influence de façon significative la croissance et le développement de l'être humain.

L'ouvrage fournit une base conceptuelle générale sur la relation interpersonnelle en soins infirmiers. Un premier chapitre présente le concept humanisme en terme d'humanisation; des éléments de déshumanisation y sont aussi identifiés. Dans ce même chapitre, les soins infirmiers sont reconnus comme une discipline et comme une profession. Les soins infirmiers sont un art et une science; la pratique infirmière permet de changer l'état de santé d'êtres humains qui sont dans une situation de vie critique.

À partir de différentes théories et recherches, les principaux éléments concernant la relation interpersonnelle en soins infirmiers sont étudiés à travers les chapitres deux à huit inclusivement. L'emphase est mise sur la relation interpersonnelle infirmière-client, infirmière-infirmière et infirmière-collègue (autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire).

Le chapitre neuf présente des données sur l'importance de l'évaluation de la communication interpersonnelle. Plusieurs suggestions relatives au changement de comportement et à l'amélioration de la relation y sont présentées. Au chapitre 10, les auteures analysent certains problèmes de communication rencontrés par l'infirmière, tels que la méfiance, les attitudes défensives et les barrières entre différentes personnes. Le refus, la colère, le harcèlement sexuel, les insultes verbales sont vus comme des attitudes aliénantes, dans une communication interpersonnelle.

Le processus d'entrevue est développé dans le chapitre suivant et des situations dans lesquelles l'infirmière participe à une entrevue y sont aussi analysées.

Au dernier chapitre, les auteures suggèrent une charpente théorique comme amorce d'une théorie en communication dans un contexte de soins infirmiers humanistes. Les principaux éléments de cette théorie sont des hypothèses, des concepts, un contenu sur la relation et une évaluation. Les principes qui y sont présentés peuvent servir de guide pour les chercheuses, les éducatrices et les praticiennes en soins infirmiers.

En acquérant les habiletés de communication qui sont préconisées dans l'ouvrage, l'infirmière peut développer une conscience de sa propre influence interpersonnelle et ainsi humaniser les soins sans apporter des changements majeurs aux systèmes de soins.

J.C. BRADLEY et M. EDINBERG

Bradley et Edinberg sont les auteurs américains du livre Communication in the Nursing Context⁴⁴. Leurs buts consistent à présenter des connaissances de base en communication et à permettre aux infirmières de s'approprier les habiletés en communication utilisées en clinique.

Tout en assumant des rôles d'enseignante, de soignante et de collaboratrice, l'infirmière est activement impliquée ainsi que le client dans chacune des phases de la démarche de soins. La communication permet le lien entre ces différentes phases. Pour les auteurs, communiquer c'est l'habileté à partager des expériences avec un autre et à établir avec lui des buts communs. Toute communication est soit symétrique, soit complémentaire: la communication symétrique étant basée sur l'égalité; la communication complémentaire, sur l'inégalité. Ainsi, l'infirmière doit posséder des connaissances de base pour développer des habiletés de communication, des connaissances fondamentales relatives au processus de communication, une compréhension des techniques d'entrevue et une capacité de se comprendre et de s'utiliser comme professionnelle.

Comme la communication en soins infirmiers implique aussi l'interaction avec l'équipe multidisciplinaire, les auteurs présentent des éléments de base relatifs à la communication en groupe. Travailler en équipe interdisciplinaire est relativement nouveau pour plusieurs infirmières dont le rôle continue à prendre de l'expansion. Il y a plusieurs types de groupes dans lesquels l'infirmière peut être membre ou chef.

Les interactions en équipe ou en groupe sont complexes; tout groupe pouvant être vu comme un système où toutes les interactions entre les membres forment un ensemble unifié.

Enfin, les auteurs traitent de la communication entre les infirmières et les autres membres de l'équipe, dans le contexte de la pratique. Traditionnellement, l'infirmière travaille soit dans le milieu hospitalier, soit dans le milieu communautaire. Avec l'avènement technologique et les nouvelles

divisions en fonction des spécialités, le concept de la pratique infirmière est présenté comme un système et les infirmières sont les personnes qui composent ce système. Un système n'est pas seulement composé de parties inter-reliées, il a aussi un but spécifique. Celui des soins infirmiers est de promouvoir la santé du client. Les systèmes de la pratique infirmière sont composés de groupes dont les éléments interagissent d'une manière semblable, à tel point que lorsqu'un élément est affecté, tous les autres le sont aussi. Les éléments du système peuvent être comparés à ceux de la communication: intrants (émetteur), voies de centralisation (canal) et extrants (réponses); ces derniers affectent le système comme un tout; le feedback consiste à évaluer si le but est atteint. La structure de la pratique infirmière est définie en relation avec trois systèmes:

- *secondaire* (hôpitaux, unités de médecine, chirurgie, pédiatrie, obstétrique, salles d'opération, gériatrie);
- *tertiaire* (unités d'oncologie, soins intensifs, soins coronariens...)
- *primaire* (santé publique...).

Chaque système est formulé à partir de la charpente proposée par «The Southern Regional Educational Board», un groupe d'enseignantes du sud des États-Unis, qui ont proposé des recommandations pour la pratique et l'éducation en soins infirmiers.

Le livre de Bradley et d'Edinberg expose des éléments tant théoriques que cliniques. Les données sont présentées dans un contexte didactique; dans chaque chapitre, il y a des objectifs, des exercices, des exemples et une bibliographie.

J. TRAVELBEE

Travelbee, infirmière américaine, définit dans son livre Relation d'aide en nursing psychiatrique⁴⁵ des concepts de base essentiels pour toute relation d'aide dans un contexte de soins infirmiers psychiatriques.

Selon cette infirmière, les processus interactionnels entre l'infirmière et le client sont essentiels pour la pratique infirmière; l'infirmière aide alors le client à prévenir ou à affronter la maladie ou la souffrance ou encore à donner un sens à son état de santé. Ainsi, établir, maintenir et terminer une relation d'aide sont des activités nécessaires pour toute infirmière qui pratique sa profession; la relation est aidante si l'infirmière et le client se perçoivent l'un et l'autre comme des êtres humains.

La relation d'aide est considérée comme

«...une série d'interactions planifiées et réfléchies entre deux personnes, l'infirmière et le client. Elle constitue, en outre, une série d'expériences d'apprentissage pendant lesquelles les deux participants développent des capacités interpersonnelles de plus en plus grandes» (p. 47)⁴⁵.

La relation d'aide a toujours un objectif à atteindre et Travelbee propose comme buts d'aider le client à regarder sa situation problématique d'une manière réaliste, de l'aider à la comprendre, à se rendre compte qu'il vit une expérience, de l'aider à trouver plusieurs possibilités, à changer de comportement, de l'aider à communiquer, à établir des contacts sociaux et enfin de l'aider à donner un sens à son état de santé.

La relation d'aide se différencie des relations dites de civilités qui sont des attitudes, des comportements utiles pour vivre en la société; et des relations dites fonctionnelles, c'est-à-dire utilitaires ou essentielles pour obtenir des renseignements ou donner des directives. Elle est

«...un processus d'ordre «expérientiel», une expérience vécue au moyen d'un dialogue significatif entre deux personnes, l'infirmière et le client; c'est une relation au sein de laquelle chacun est sensibilisé à l'autre et lui ouvre son coeur, son esprit et son intimité, tout en faisant preuve de compréhension empathique» (p. 62)⁴⁵.

Toute interaction est unique lors de chaque rencontre, mais la série d'interactions organisées et planifiées, entre l'infirmière et le client, se vit à travers plusieurs phases:

- la phase de préparation où l'infirmière doit prendre conscience de ses pensées et sentiments face au client qu'elle n'a pas encore rencontré et où elle commence à élaborer ses objectifs;
- la phase de l'introduction ou de l'orientation où l'infirmière et le client encore étrangers l'un à l'autre se rencontrent, se présentent et décident de travailler ensemble;
- la phase de la connaissance mutuelle où l'infirmière et le client se perçoivent l'un et l'autre comme des êtres humains et où l'infirmière est centrée sur le client et sa situation problématique;
- la phase de la dernière étape où la relation infirmière-client se termine.

Toutes ces phases, Travelbee les explique en détail. L'auteure présente aussi dans son livre des données relatives aux facteurs inhérents à la communication, aux techniques de communication et enfin à l'échec de la communication.

M. PHANEUF

Phaneuf, professeure en soins infirmiers au niveau collégial, enseigne depuis plusieurs années la communication en soins infirmiers. Par des écrits, elle partage sa réflexion sur ce sujet.

Elle est influencée par des auteurs humanistes. Elle croit à la globalité, à l'unicité de l'être humain, à son potentiel de croissance et à sa capacité de se prendre en charge. Comme infirmière, elle affirme que la communication «est la pierre angulaire des soins infirmiers» (p. 14)⁴⁶ et qu'elle est la condition essentielle à toute qualité des soins. Par le fait même, l'infirmière doit posséder la capacité d'établir une relation avec le client.

Cette relation peut être de trois niveaux: fonctionnelle, aidante ou thérapeutique et pédagogique, c'est-à-dire comportant un enseignement au client. L'auteure développe les communications fonctionnelle et thérapeutique.

La communication fonctionnelle est de niveau élémentaire; c'est une relation utilitaire, une relation que l'infirmière vit régulièrement tous les jours avec le client. Ce dernier doit percevoir l'infirmière comme amicale, compétente et comme quelqu'un à qui on peut faire confiance. L'infirmière doit développer des attitudes de réceptivité et de partage, mais son degré d'implication est moindre qu'au niveau de la communication thérapeutique.

La communication thérapeutique ou relation d'aide se définit par une rencontre significative de l'infirmière et du client; tous les deux sont impliqués dans l'échange; échange verbal et non verbal teinté d'un climat de confiance, de respect, de chaleur nécessaire pour la satisfaction des besoins du client. Ce rapport interne est une ressource supplémentaire qui favorise chez le client une plus grande autonomie. La relation d'aide doit provoquer chez le client un changement orienté vers la croissance. Cette relation est non directive, centrée sur le client et située dans le ici et maintenant.

La relation d'aide peut être formelle ou informelle; formelle avec des objectifs précis, sous forme d'entrevues ou d'entretiens face à face planifiés, habituellement à long terme et informelle avec des objectifs relatifs au besoin du moment, habituellement à court terme et organisée spontanément.

Pour que l'infirmière soit thérapeutique dans sa communication, elle doit en premier lieu vouloir profondément établir une relation d'aide, ensuite arriver à manifester des attitudes fondamentales pour toute relation d'aide:

«...attitudes dites facilitantes telles que l'écoute active et des attitudes dites élaboratrices telles que, la considération positive, le respect chaleureux, l'empathie, l'authenticité et la congruence, la confrontation, la spécificité et la précision et enfin le partage de quelque chose de soi» (p. 299)⁴⁷.

La relation aidante se vit à travers différentes phases: l'orientation, l'exécution, la conclusion pour la relation informelle et la préparation, l'introduction, l'exploitation et la terminaison pour la relation formelle.

Pour avoir la capacité d'établir une relation aidante, l'infirmière doit être dotée d'un degré de maturité suffisant qui la rende apte à s'ouvrir à elle-même et à l'autre, à respecter ce dernier, tel qu'il est, à le comprendre à partir de son cadre de référence et à s'impliquer profondément sans perdre sa propre identité. Cela exige chez elle la capacité d'être en contact avec elle, d'avoir une bonne connaissance d'elle-même et de s'accepter telle qu'elle est. Être très bonne observatrice favorise aussi l'établissement d'une relation aidante.

Afin de faciliter à l'étudiante l'apprentissage en milieu psychiatrique et celui de la relation avec le client, Phaneuf construit un guide⁴⁸ basé sur des objectifs d'ordre cognitif et affectif. On y retrouve de nombreux concepts relatifs à la réalité de la pratique des soins infirmiers psychiatriques, ce qui permet un lien entre la théorie et la pratique. Des activités d'apprentissage sont également regroupées par rapport au vécu clinique de l'étudiante. Le guide présente une démarche personnelle qui débouche sur une réflexion plus approfondie et qui aide à intérioriser les objectifs proposés. L'étudiante doit être soutenue et dirigée dans cette démarche.

I.S. ORLANDO

Orlando, infirmière américaine, précise dans son livre La Relation dynamique infirmière-client⁴⁹ les principes directeurs d'une pratique infirmière efficace. Ces principes sont créés à partir d'expériences de la pratique et de l'enseignement en soins infirmiers.

Ces expériences lui permirent d'analyser la nature du problème du client et ses besoins, afin de découvrir le rôle de l'infirmière. Ainsi, selon cette analyse, le rôle de l'infirmière est d'assister le client dans ses besoins et de l'aider à les exprimer.

Face à la nature de ce rôle, l'infirmière doit établir un processus d'interaction. Orlando décrit ce processus dynamique à partir de problèmes quotidiens; elle le situe dans le contexte de la démarche de soins.

La démarche de soins est l'interaction entre les comportements du client, les réactions et les actions de l'infirmière qui peuvent être délibérés et efficaces ou encore automatiquement adaptés et inefficaces. Par l'observation, qui est un élément de base en soins infirmiers, l'infirmière perçoit les expressions verbales et non verbales du client; ensuite, des pensées sont stimulées par ces perceptions et des sentiments répondent à ces perceptions et ces pensées; l'analyse et la critique de ces éléments sont nécessaires pour toute validation, le concept-clé de la théorie d'Orlando. La validation est nécessaire pour identifier le besoin à satisfaire, pour évaluer la situation du client avec lui; elle est essentielle pour déterminer le choix des interventions de l'infirmière, ce qui facilite une action efficace, et par le fait même une communication thérapeutique.

Cette approche fournit un guide systématique pour identifier les perceptions, les pensées et les sentiments et pour ensuite les analyser. Elle a été appliquée avec succès auprès d'adultes et d'enfants en chirurgie, en médecine, en obstétrique et en psychiatrie, tant à domicile qu'à la clinique et à l'hôpital.

2.3.2 La séquence d'objectifs

Pour élaborer la séquence d'objectifs pédagogiques, nous nous inspirons de B. Bloom et al, de D.R. Krathwohl et al, de R. Assagioli, du guide docimologique du ministère de l'Éducation et de W.J. Popham et E.L. Baker.

2.3.2.1 La taxonomie de B. Bloom et al et de D.R. Krathwohl et al

Pour l'élaboration des objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques*, la taxonomie des objectifs pédagogiques de Bloom et al⁵⁰ et de D.R. Krathwohl et al⁵¹ sert de référence. La taxonomie en éducation est «une classification organisée et hiérarchisée de phénomènes d'apprentissage ou de développement» (p. 5)⁵²; celle utilisée ici concerne le domaine cognitif et le domaine affectif. Les *domaines* constituent un premier pas vers une classification; et à l'intérieur de chacun d'eux, il existe des *niveaux taxonomiques* (catégories) qui permettent de déterminer différents échelons.

Les niveaux taxonomiques du domaine cognitif

Les niveaux taxonomiques du domaine cognitif sont ceux qui insistent sur la mémoire ou la représentation d'éléments préalablement appris, qui supposent la résolution d'une opération intellectuelle quelconque dans laquelle l'individu doit d'abord déterminer le problème essentiel puis faire appel à un matériau donné ou l'associer à des idées, des méthodes ou des marches à suivre antérieurement apprises. Ils varient du simple rappel d'un matériau appris, à la création hautement originale pour la synthèse d'idées et de matériaux nouveaux. Les niveaux taxonomiques du domaine cognitif qui apparaissent dans le tableau 5 (p. 220-229)⁵⁰ peuvent être décrits de la façon suivante.

Selon Krathwohl et al, «La connaissance suppose le rappel des faits particuliers et généraux, des méthodes et des processus ou le rappel d'un modèle, d'une structure ou d'un ordre» (p. 217)⁵¹.

* Voir ces termes dans le lexique.

TABLEAU 5
Niveaux taxonomiques du domaine cognitif

La connaissance

- 1.00** Acquisition des connaissances
- 1.10 Connaissance des données particulières
- 1.11 Connaissance de la terminologie
- 1.12 Connaissance des faits particuliers

- 1.20 Connaissance des moyens permettant l'utilisation des données particulières
- 1.21 Connaissance des conventions
- 1.22 Connaissance des tendances et des séquences
- 1.23 Connaissance des classifications
- 1.24 Connaissance des critères
- 1.25 Connaissance des méthodes

- 1.30 Connaissance des représentations abstraites
- 1.31 Connaissance des principes et lois
- 1.32 Connaissance des théories

Les habiletés et capacités intellectuelles

- 2.00** Compréhension
- 2.10 Transposition
- 2.20 Interprétation
- 2.30 Extrapolation

- 3.00** Application

- 4.00** Analyse
- 4.10 Recherche des éléments
- 4.20 Recherche des relations
- 4.30 Recherche des principes d'organisation

- 5.00** Synthèse
- 5.10 Production d'une oeuvre personnelle
- 5.20 Élaboration d'un plan d'action
- 5.30 Dérivation d'un ensemble de relations abstraites

- 6.00** Évaluation
- 6.10 Critique interne
- 6.20 Critique externe

Les habiletés et capacités intellectuelles, quant à elles,

«...se réfèrent aux modes d'opération et techniques généralisés auxquels on a recours pour traiter des matériaux étudiés, et des questions posées... Les objectifs poursuivis ici mettent l'accent sur les processus mentaux de la préparation et la réorganisation du matériel pour obtenir un résultat particulier» (pp. 221-222)⁵¹.

La **compréhension** est le niveau le plus élémentaire de l'entendement qui permet à l'étudiante de connaître ce qui lui est communiqué et de se servir du matériel et des idées qui lui sont fournis, sans établir un lien entre ce matériel et un autre.

La **transposition** c'est l'habileté à paraphraser une communication ou à la transposer dans un autre langage ou une autre forme de communication en respectant les critères de fidélité et de précision.

Dans l'**interprétation**, le matériel est présenté selon une disposition ou un point de vue différent.

L'**extrapolation** représente l'extension des tendances au-delà des données présentées afin de déterminer les influences qui correspondent aux conditions décrites dans la communication originale.

Dans l'**application**, les représentations abstraites sont utilisées dans des cas concrets.

L'**analyse** sépare les parties constituantes d'une communication de manière à éclairer les rapports entre les idées exprimées. L'élucidation de la communication, des moyens choisis pour l'atteinte du but et des postulats sur lesquels elle a été élaborée en constituent le but. L'analyse porte donc sur l'identification des éléments d'une communication, sur les rapports entre eux et sur la structure qui assure la cohésion de la communication.

La **synthèse** réunit les éléments pour former un tout. Cette opération consiste à combiner les parties de façon à former une structure que l'on ne distinguait pas clairement auparavant. Cela peut être l'élaboration d'une communication qui transmet des idées, des sentiments ou des expériences; l'élaboration d'un plan de travail ou d'action; ou finalement l'élaboration d'un ensemble de relations abstraites expliquant des données.

Au cours de l'évaluation des jugements qualitatifs ou quantitatifs sont formulés sur la valeur du matériel utilisé dans un but précis. Cette évaluation se fait à partir de critères internes ou externes.

Les niveaux taxonomiques du domaine affectif

Les niveaux taxonomiques du domaine affectif (tableau 6, pp. 203-214)⁵¹ sont ceux qui,

«...mettent en relief un sentiment, une émotion ou une idée d'acceptation ou de refus. Les objectifs affectifs varient de la simple attention apportée à des phénomènes choisis, aux qualités complexes mais cohérentes du caractère et de la conscience (p. 7)⁵¹.

TABLEAU 6

Niveaux taxonomiques du domaine affectif

1.0	Réception
1.1	Conscience
1.2	Volonté de recevoir
1.3	Attention dirigée ou préférentielle
2.0	Réponse
2.1	Assentiment
2.2	Volonté de répondre
2.3	Satisfaction à répondre
3.0	Valorisation
3.1	Acceptation d'une valeur
3.2	Préférence pour une valeur
3.3	Engagement
4.0	Organisation
4.1	Conceptualisation d'une valeur
4.2	Organisation d'un système de valeurs
5.0	Caractérisation par un système de valeurs
5.1	Disposition généralisée
5.2	Caractérisation

L'étape de **réception** consiste à rendre l'étudiante sensible à l'existence de phénomènes et de stimuli, en l'incitant à leur prêter attention. Cette étape débute avec la prise de conscience par l'étudiante de la situation pour s'orienter vers la deuxième étape qui est la volonté de recevoir, où l'étudiante consent à remarquer le stimulus; dans la dernière étape, l'attention dirigée ou préférentielle, l'étudiante reconnaît son stimulus préféré malgré d'autres stimuli concurrents et y prête attention.

Au niveau de la **réponse**, l'étudiante est suffisamment motivée pour ne plus être seulement réceptive et elle s'engage, dans une faible mesure, dans le phénomène impliqué. Cette étape débute avec le consentement de l'étudiante, évolue avec l'implication de celle-ci dans une activité volontaire et se termine lorsque le comportement s'accompagne d'un sentiment de satisfaction ou d'une réponse émotionnelle.

La **valorisation** est l'intériorisation par l'étudiante d'un ensemble de valeurs spécifiques qui se manifestent par la cohérence et la stabilité du comportement. À la première étape, l'étudiante confère une certaine valeur au phénomène ou objet concerné. Ceci s'observe par l'uniformité de la réponse donnée à la classe d'objets auxquels la valeur est liée. Puis l'étudiante s'engage au point de rechercher et de désirer faire connaître la valeur préférée. À la troisième étape, l'étudiante possède une motivation réelle et agit de manière à servir le phénomène valorisé, à augmenter ses possibilités de le développer et à accroître son engagement envers lui et ce qui le représente.

L'**organisation** devient nécessaire à chaque fois que l'étudiante rencontre des situations auxquelles se rapportent plus d'une valeur. Il devient alors nécessaire pour elle de voir comment une valeur se rattache à celles qu'elle possède déjà, de rassembler l'ensemble de ses valeurs et de les ordonner entre elles de façon harmonieuse, avec une certaine logique interne et avec un certain degré d'équilibre.

La **caractérisation** est le niveau d'intériorisation où la hiérarchie des valeurs est établie en un système intrinsèquement cohérent et où les valeurs ont réglé le comportement de l'étudiante. Un rappel de ce comportement n'engendre plus l'émotion. L'étudiante agit donc de façon conséquente avec les valeurs qu'elle

a intériorisées. Dans un premier temps, il existe une disposition généralisée qui est une réponse stable et cohérente à une famille de situations. Dans un deuxième temps, l'étudiante intègre ses croyances, idées et attitudes en une philosophie de l'existence. Dans cette dernière catégorie l'on retrouve les objectifs concernant la conception de l'univers, la philosophie de la vie, la vision du monde.

Rapports entre les catégories taxonomiques

Comme le signale Krathwohl et al, il existe une superposition partielle implicite entre les catégories taxonomiques des deux domaines: chaque comportement affectif ayant pour contrepartie un comportement cognitif et vice-versa. Les points de rencontre les plus visibles entre les domaines cognitif et affectif sont les catégories 1, 4 et 5.

D'autres rapports existent également entre les domaines cognitif et affectif: il s'agit des rapports où la réalisation d'un objectif dans un domaine est considérée comme le moyen de réaliser un objectif dans l'autre domaine, ex.: l'utilisation de connaissances pour modifier un comportement affectif ou la stimulation de l'intérêt de l'étudiante pour un matériel, afin qu'elle apprenne à l'utiliser.

Selon Krathwohl et al, passer du domaine cognitif au domaine affectif constitue l'orientation préférée. Dans ce cas, la professeure utilise le comportement cognitif non seulement comme moyen d'atteindre un comportement affectif mais encore comme une sorte de condition préalable. Cependant une approche affective employée à des fins cognitives est également possible.

2.3.2.2 Les phases de l'acte volitif de R. Assagioli

Pour l'élaboration des objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques concernant le développement de la volonté, les phases de la volonté telles qu'élaborées par Assagioli⁵³ servent de guide. Celui-ci considère la volonté comme la fonction la plus directement reliée au moi et décrit l'action de la volonté comme un effort direct pour amener à l'action les autres fonctions psychologiques. Selon cet auteur, on peut distinguer six phases de l'acte volitif, qui va du dessein à l'exécution.

Nous décrivons brièvement ces phases.

La première phase comprend le but, l'évaluation, l'intention et la motivation. Le choix du but dépend de l'évaluation qui amène l'intention de l'atteindre et évoque la motivation.

L'évaluation du but se fait en fonction de l'échelle des valeurs de l'individu qui parfois est informulée, vague ou même incohérente et contradictoire. Le but vers lequel l'individu dirige ses efforts doit toutefois avoir une valeur appréciable.

Le développement de la volonté suppose la découverte des motivations inconscientes et de leur rationalisation dans le but de les rendre acceptables au moi conscient. Ces motivations reconnues, la fonction de la volonté est non pas de les supprimer mais de les utiliser c'est-à-dire de les amener à coopérer au but choisi.

Vient ensuite la phase de **délibération** (phase 2), qui consiste en la considération des différentes possibilités. Cette étape se fait en évaluant les conditions psychologiques et d'environnement du moment présent par rapport à l'accessibilité du but.

La troisième phase est celle de la **décision**. C'est la phase du choix qui implique l'utilisation du principe de réalité et comporte une responsabilité. Il ne s'agit pas d'un renoncement, mais d'une préférence pour quelque chose que l'on considère comme plus désirable que les autres possibilités écartées.

L'**affirmation** constitue la quatrième phase. Pour que celle-ci soit efficace, plusieurs facteurs sont nécessaires dont le fait de posséder une foi vivante et dynamique et même une conviction assurée. L'acte d'affirmer consiste en un commandement, et l'intensité de l'affirmation détermine le degré de son efficacité.

La cinquième étape est la **planification** c'est-à-dire l'organisation des activités selon un programme bien déterminé; ce qui implique la *pré vision* des différents stades qui sont à parcourir du point de départ jusqu'à l'atteinte du but.

La sixième et dernière étape est la **direction de l'exécution**. Il n'appartient pas à la volonté d'exécuter directement le plan établi; sa véritable fonction est de mobiliser les autres fonctions psychologiques (pensée, sentiment, imagination, désir, impulsion) et de les diriger. Il s'agit donc de susciter, promouvoir, coordonner et régler d'autres fonctions.

À ce stade, l'utilisation de certains attributs de la volonté est nécessaire, à savoir la concentration (centration sur le but) et la persévérance.

2.3.2.3 Le guide docimologique du ministère de l'Éducation du Québec

Ce guide sert de référence pour déterminer les éléments constitutifs d'un énoncé d'objectif d'apprentissage⁵⁴; un objectif d'apprentissage pouvant être défini comme «un énoncé qui exprime le changement attendu dans le comportement de l'élève suite à un apprentissage» (p. 7). Les parties essentielles d'un objectif d'apprentissage sont le verbe, le contenu et le contexte. Le verbe exprime un comportement observable, le contenu détermine l'élément selon lequel un comportement doit être manifesté et le contexte décrit l'instrumentation utilisée lors de la manifestation du comportement.

2.3.2.4 La séquence d'objectifs selon W.J. Popham et E.L. Baker

Pour organiser les comportements d'apprentissage en fonction des objectifs terminaux, les conseils méthodologiques de Popham et Baker dans Comment programmer une séquence pédagogique⁵⁵ sert de modèle. Selon ces auteurs, une fois l'objectif terminal établi, il s'agit pour l'enseignante de produire un ensemble de comportements intermédiaires pré-requis à la réalisation de l'objectif. Un comportement intermédiaire est défini comme «toute activité que l'étudiant doit maîtriser comme habileté préliminaire fondamentale vers l'objectif final» (p. 15). Dans un deuxième temps, il s'agit de découper la séquence dans laquelle s'insère l'enseignement. Cette séquence doit être ordonnée de façon optimale afin d'aider les étudiantes à atteindre l'objectif avec le minimum de dépenses en ressources éducatives. Ces auteurs recommandent la taxonomie de Bloom comme schéma de catégorisation des tâches.

2.3.3 Les critères d'évaluation

Concernant les critères d'évaluation de l'atteinte des objectifs, W. Gariépy, D.R. Krathwohl et al et N. Bujold alimentent notre réflexion.

2.3.3.1 W. Gariépy

Gariépy, dans le Guide pour identifier, spécifier et expliciter les objectifs pédagogiques⁵⁶ définit les critères d'évaluation «comme les «indicateurs» de l'atteinte de l'objectif» (p. 34).

Pour bien distinguer le critère des objectifs et des activités d'apprentissage, l'auteur propose la séquence suivante:

- établir l'objectif terminal (*où vais-je?*);
- formuler l'objectif spécifique (*comment vais-je savoir que je progresse?*);
- élaborer les activités d'apprentissage (*comment vais-je m'y prendre?*);
- préciser les critères d'atteinte de ces objectifs (*comment vais-je savoir que j'ai complété une étape?*).

2.3.3.2 D.R. Krathwohl et al

Par contre, concernant les critères d'évaluation des objectifs du domaine affectif, Krathwohl et al⁵¹ ont élucidé plusieurs difficultés. Une première difficulté se situe au niveau de l'application des normes: alors que dans le domaine cognitif, il est facile de cerner le ou les quelques comportement(s) nécessaire(s) à l'atteinte de l'objectif; dans le domaine affectif, plusieurs comportements également satisfaisants peuvent l'atteindre. D'où le problème d'établir des critères qui soient exhaustifs. Un autre problème concerne le fait que certains objectifs affectifs nécessitent que l'étudiante elle-même élabore des critères (ex.: la reconnaissance réaliste de ses propres limites et leur acceptation). Ceci suppose que l'étudiante rédige un compte rendu de son processus. Ce processus est déjà difficile à consigner dans le domaine cognitif. C'est encore beaucoup plus difficile dans le domaine affectif, car les sentiments et les pensées interviennent. Le problème d'inférence demeure donc entier.

2.3.3.3 N. Bujold

Bujold⁵⁷, consultant en pédagogie universitaire, après avoir présenté plusieurs modalités d'évaluation de l'atteinte des objectifs d'ordre affectif, amène la problématique de ce type d'évaluation en formulant certaines questions: Qui doit évaluer? Quand doit-on évaluer? Comment doit-on évaluer? Pourquoi évaluer? Qui doit-on évaluer?

Pour que l'apprentissage soit significatif dans le domaine affectif, l'étudiante doit prendre en charge sa propre formation et participer activement à son cheminement. Ainsi, il est tout à fait logique qu'elle puisse s'impliquer dans l'évaluation de l'atteinte de ses objectifs, comme la principale évaluatrice. La professeure, responsable du programme, doit par contre participer à cette évaluation. D'autres intervenants comme des observateurs, des pairs, des superviseurs de stage ont aussi la possibilité de s'impliquer dans ce processus d'évaluation.

Les objectifs d'ordre affectif amènent une modification des habitudes comportementales. Comme ces changements s'effectuent sur une période de temps assez longue, ils demandent plusieurs rétroactions. Ainsi, tout au long de son cheminement, il est nécessaire que l'étudiante reçoive des rétroactions et que ces dernières soient comparées d'une fois à l'autre.

Pour Bujold, l'évaluation dite ipsative est le seul mode capable d'évaluer l'atteinte des objectifs d'ordre affectif. Dans cette forme d'évaluation, l'étudiante compare ses propres résultats d'une fois à l'autre, ce qui amène une compétition avec elle-même et non avec les autres, une conscience de son évolution et une prise en charge de sa formation par rapport aux objectifs fixés.

L'évaluation dans le domaine d'ordre affectif doit favoriser chez l'apprenante un ajustement de sa démarche. Cette évaluation dite formative est fondamentale pour l'atteinte des objectifs d'ordre affectif.

Signalons, en terminant, que l'évaluation de l'atteinte des objectifs affectifs amène des problèmes d'ordre éthique plus que méthodologique; et que Bujold, après avoir réfléchi sur ce type de problèmes, conclut que la seule solution est que l'étudiante s'implique personnellement dans la démarche vers l'atteinte de ces objectifs et dans le processus apte à l'évaluer.

2.3.4 Les moyens d'enseignement

Pour aborder et choisir les moyens d'enseignement à proposer aux professeures de techniques infirmières pour le fil conducteur communication, nous considérons particulièrement l'approche de G. Deschênes et de N. Bujold.

2.3.4.1 G. Deschênes

Afin de classifier les moyens d'enseignement destinés à assurer l'atteinte des objectifs spécifiques, l'organisation des stratégies enseignement/apprentissage élaborée par Deschênes⁵⁸ a servi de guide.

Selon l'auteur, l'enseignement doit amener l'étudiante à «DEVENIR capable de savoir, savoir faire, savoir être» (p. 107); cette approche sert donc de base pour organiser une matière à enseigner, c'est-à-dire pour déterminer les diverses stratégies d'apprentissage.

Dans l'acte enseignement/apprentissage, il existe trois phases distinctes: les phases *préparatoire*, *exécutoire* et d'*évaluation*; et les stratégies d'apprentissage se rattachent à chacune d'elles.

La phase *préparatoire* concerne trois éléments: le programme ou le contenu, la classe considérée en tant qu'environnement et le groupe étudiante.

Le programme est constitué d'objectifs pédagogiques de différents niveaux allant des buts ou finalités jusqu'aux objectifs spécifiques. Ceux-ci orientent les stratégies concernant le façonnement de la matière, le choix de situations théoriques ou pratiques, l'organisation de l'enseignement du simple au complexe, la cohérence et la continuité.

La classe, en tant qu'environnement, est développée ici dans le sens de la motivation et du vouloir de l'étudiante. L'enseignante s'assure que l'environnement immédiat offre un **support** à l'action enseignement/apprentissage. Certaines stratégies se rapportent à cet élément telles que le tutorat et le «Team Teaching».

Le troisième élément est le groupe étudiante. Tous les aspects du fonctionnement du groupe sont considérés par l'enseignante.

La phase exécutoire concerne la **transmission** de la matière pour son assimilation et sa **réalisation**. Pour ce faire, l'animation de la classe est importante et elle suppose des interactions entre l'étudiante et l'enseignante que certaines stratégies de communication favorisent. D'autres stratégies, telles que l'exposé magistral, les conférences, les démonstrations et les séminaires peuvent les annuler.

Outre l'aspect communication professeure-étudiante, le parachèvement de l'**assimilation** repose sur des pratiques, exercices, jeux, recherches, lectures, travaux individuels ou de groupe.

À la *phase d'évaluation*, selon les types d'évaluation utilisés, plusieurs stratégies se dégagent: récitation, devoirs, lectures dirigées, étude de cas, recherche, expérience individuelle ou de groupe, projets pratiques, stages.

Selon que l'évaluation est davantage formative ou sommative, les stratégies peuvent être différentes quoiqu'elles peuvent aussi se chevaucher.

2.3.4.2 N. Bujold

Comme auteur de référence, Bujold⁵⁷, dont nous avons déjà parlé à propos de l'évaluation dans le domaine affectif (2.3.3.3) apporte aussi certains éléments de réflexion sur la planification d'une stratégie d'intervention nécessaire à l'atteinte des objectifs d'ordre affectif. S'inspirant de nouveau du modèle théorique utilisé pour la formulation, la validation et la pondération des objectifs, il propose une stratégie cohérente avec des objectifs

d'ordre affectif. Comme le domaine affectif implique de travailler, en outre, avec les besoins et les valeurs, les stratégies d'intervention choisies doivent susciter un changement dans l'ordre des valeurs de l'apprenante. Par contre, les besoins conditionnent aussi les valeurs qui, à leur tour, influencent les autres éléments d'ordre affectif qui initient le changement: il faudra donc intervenir avant tout au niveau des besoins et ensuite au niveau des valeurs. La stratégie d'intervention doit faciliter, chez l'apprenante, la prise de conscience du changement attendu, ce qui assure un changement efficace et durable.

À partir de son modèle et de la pratique, Bujold identifie des modes d'intervention tels

- la réponse aux besoins (besoins expliqués selon l'échelle de Maslow);
- le counseling (relation d'aide permettant la prise de conscience de pulsions internes);
- la persuasion (tentative d'influencer les autres à changer);
- l'interaction sociale (échange entre individus dont l'effet peut modifier l'ordre des valeurs);
- l'exemple;
- l'exercice (expérimentation);
- les renforcements (approbation pour un comportement).

Ces modes d'intervention sont regroupés dans un plan d'action ou stratégie d'intervention: ainsi, toute intervention pour l'atteinte d'objectifs doit être planifiée d'une manière cohérente par rapport aux précédentes et à celles qui suivent. Ce plan d'action doit être bien structuré selon une suite logique. Premièrement, l'éducatrice doit s'assurer d'un taux minimum de satisfaction des besoins primaires, car autrement toute démarche pour changer une valeur chez l'étudiante serait inutile. Elle doit aussi lui assurer un certain support affectif ou matériel. Ensuite, l'action se dirige vers la persuasion. Lors de cette période, l'éducatrice présente les objectifs aux apprenantes et essaie de les convaincre de leur importance. Le discours, la discussion, la publicité, le débat, l'illustration sont quelques moyens

parmi tant d'autres qui favorisent la persuasion. Maintenant que la clientèle visée est convaincue de l'importance des objectifs, l'interaction sociale devient le prochain mode d'intervention pour essayer d'intégrer les nouvelles valeurs. Les activités de groupe comme moyen sont appropriées à cette étape. Et, enfin, la mise en situation consiste à organiser des activités de laboratoire ou de stage. Les éducatrices, en donnant des renforcements, doivent favoriser un type de communication et d'évaluation qui permettent un échange entre professeures-étudiantes et étudiantes-étudiantes.

Comme il est possible d'avoir plusieurs interférences dans un programme de formation d'ordre affectif, il est essentiel, pour Bujold, que toutes les professeures du milieu soient impliquées dans la stratégie d'intervention. Ainsi, il faudra tout au long du programme que ces dernières soient d'accord avec les valeurs transmises et s'efforcent d'avoir des comportements cohérents avec ces valeurs. Souvent, une animation du milieu devient alors nécessaire.

2.3.5 Les consultations des professeures

En terminant ce chapitre sur le contexte théorique et pratique de cette recherche, nous voulons préciser que pour les étapes de consultation des professeures du département, nous avons voulu adopter les attitudes que Collerette et Delisle préconisent pour faire face au changement, et nous inspirer de la technique Delphi pour le processus de prise de décision et la démarche vers le consensus.

2.3.5.1 P. Collerette et G. Delisle

Collerette et Delisle, dans Le changement planifié⁵⁹, proposent des solutions au problème de la résistance au changement. Selon ces auteurs, l'attitude de l'intervenant ou de l'agent de changement a une large part dans la naissance et l'expression de la résistance face au changement proposé. En effet, l'intervenant ayant une attitude d'écoute et d'ouverture envers un individu qui résiste, peut mieux saisir la signification de ses gestes et trouver des solutions appropriées à la situation. L'intervenant doit aussi comprendre

que tout changement provoque un état de déséquilibre et que la résistance est souvent un moyen utilisé par l'individu pour rétablir la stabilité. Comprise dans ce sens, la résistance devient moins négative et moins menaçante pour l'intervenant.

Il suffit alors pour ce dernier de bien comprendre la signification de la résistance au changement proposé et savoir qu'un degré de résistance élevé peut signifier que:

- l'objet de changement a une valeur importante pour l'individu qui résiste;
- l'individu est peu réceptif au changement si minime soit-il;
- l'intervenant a fait des erreurs dans l'élaboration du changement ou dans l'approche utilisée pour l'implanter.

Lorsque le diagnostic de la situation a été fait par l'intervenant et qu'il trouve le sens des résistances, il peut décider de l'attitude à adopter pour diminuer ces résistances. Les auteurs en proposent plusieurs, en voici quelques-unes:

- écouter les expressions de résistances (parfois les encourager) et manifester de l'empathie;
- ajuster la durée de l'implantation aux besoins et capacités des gens (plus lentement ou plus vite, selon le cas);
- mettre en relief les avantages du changement, sans en masquer les difficultés ou faiblesses;
- réduire dans la mesure du possible les sources d'insécurité;
- faire preuve d'ouverture quant aux possibilités de révision en cas de difficultés, etc.

2.3.5.2 La technique Delphi

Lors de la réalisation de la présente recherche et pour obtenir un consensus sur la séquence des objectifs terminaux proposée aux professeures, nous nous inspirons globalement de la technique Delphi⁶⁰ qui comporte les étapes suivantes:

- identification et formulation du problème de l'étude;
- sélection des experts;
- élaboration du premier questionnaire et son envoi aux experts;
- analyse des réponses au premier questionnaire (sommaire);
- élaboration du second questionnaire et retour aux experts;
- analyse des réponses au deuxième questionnaire;
- élaboration du troisième questionnaire;
- analyse et sommaire des réponses au troisième questionnaire;
- préparation du rapport final et son acheminement au requérant.

Cette technique permet «d'éprouver la qualité d'une prise de décision par le biais d'un assemblage de jugements et d'opinions d'experts» (p. 3)⁶⁰ qui, pour nous, sont les professeurs du département chargées d'évaluer la séquence proposée.

Ainsi, tel qu'on pourra le constater dans le chapitre suivant qui porte sur la méthodologie et les instruments utilisés, l'évaluation faite de la séquence des objectifs terminaux s'inspire de cette technique en suivant les étapes indiquées ci-après:

- élaboration de la première séquence d'objectifs;
- première évaluation de la séquence par les professeurs;
- analyse de l'évaluation et retour aux professeurs;
- élaboration de la deuxième séquence d'objectifs, à partir de la première évaluation;
- deuxième évaluation de la séquence, par les professeurs;
- analyse de l'évaluation et retour aux professeurs;
- troisième et dernière élaboration des objectifs terminaux;
- choix définitif de la séquence d'objectifs terminaux.

3. CADRE MÉTHODOLOGIQUE

La démarche réalisée par les auteures pour atteindre les objectifs visés par la recherche comporte trois parties: le déroulement général du projet, les instruments d'enquête et d'évaluation utilisés et les consultations effectuées auprès des professeures du département.

3.1 Déroulement général du projet

Le projet, comme le démontre la figure 5, s'est déroulé en sept étapes successives, débutant par la cueillette des données (étape 1) pour se terminer avec le diagnostic des besoins de formation des professeures pour l'enseignement de la communication (étape 7).

L'étape 1 concerne l'inventaire et l'analyse des schèmes de référence utilisés pour enseigner la communication.

L'étape 2 comprend la réalisation de la première version des objectifs terminaux d'enseignement.

Dans *l'étape 3*, il s'agit pour les chercheuses de choisir provisoirement des schèmes de référence ainsi que d'effectuer la deuxième version des objectifs terminaux.

L'étape 4 concerne le choix définitif du schème de référence et la version finale de la séquence d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques.

L'étape 5 constitue une exploration des critères d'évaluation des objectifs d'ordre cognitif et affectif.

L'étape 6 comporte l'identification des moyens d'enseignement.

Finalement, *l'étape 7* est constituée de l'inventaire et du diagnostic des besoins de formation des professeures pour l'enseignement de la communication.

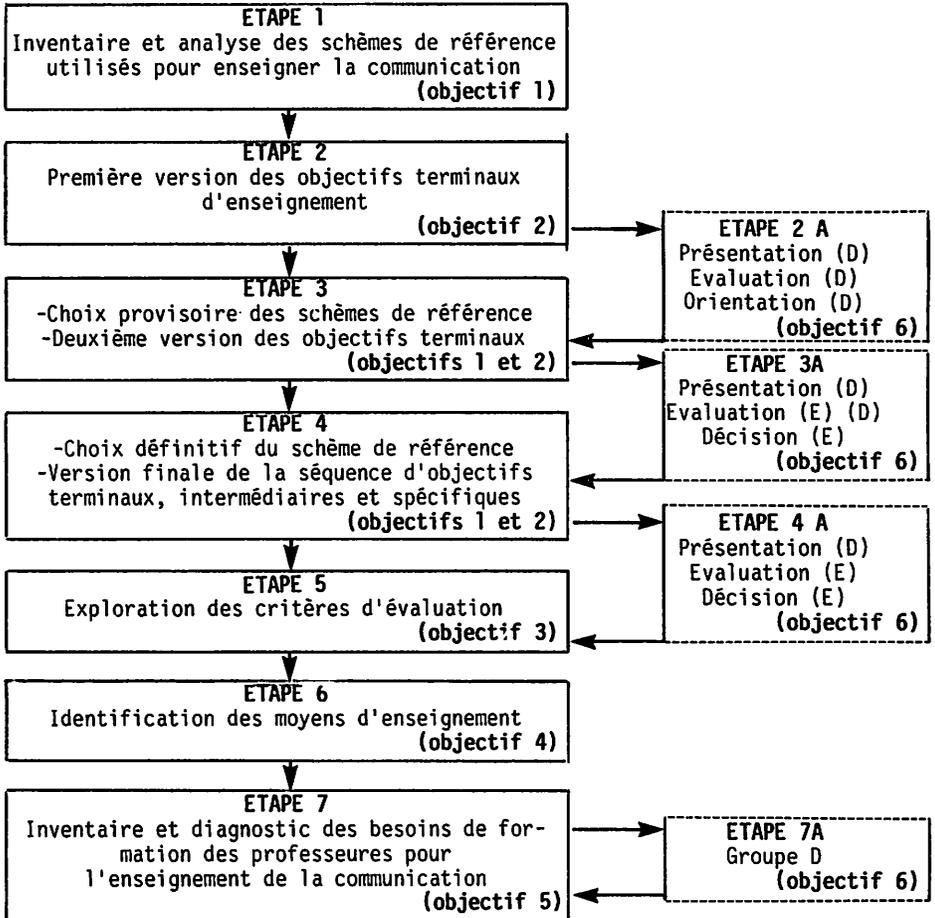


Fig. 5 - Déroulement général du projet.

Intercalées entre les étapes 2 et 3, 3 et 4, 4 et 5, et suite à l'étape 7, des consultations sont réalisées auprès des professeurs du département, les unes auprès de l'ensemble du département (étapes 2A et 7A), les autres auprès du département et du groupe de professeurs représentant chacune des équipes de travail (étapes 3A et 4A).

Ces étapes de consultation comportent trois parties: la définition des termes et la proposition des idées (présentation), l'évaluation des idées, l'orientation ou la décision.

En résumé, les étapes 1,5,6 et 7 sont des étapes d'inventaire, d'exploration et de diagnostic. Les étapes 2,3, et 4 sont des étapes successives de réalisation des objectifs d'enseignement. Les étapes 2A, 3A, 4A et 7A sont des étapes d'orientation et de décision conditionnant l'étape suivante.

3.2 Instruments

Pour chacun des instruments d'enquête et d'évaluation, nous décrivons le but, la population visée, les modalités d'élaboration, de passation et d'analyse des résultats ainsi que la conclusion qui s'en dégage.

3.2.1 Les instruments d'enquête

Les instruments d'enquête comprennent l'inventaire des schèmes de référence (Inventaire S) et l'inventaire des besoins de formation des professeures (Inventaire P).

3.2.1.1 L'inventaire des schèmes de référence: Inventaire S

L'Inventaire S (Annexe 1) avait pour *buts* d'identifier les schèmes de référence ou modèles en communication utilisés dans l'enseignement des soins infirmiers au niveau collégial et de recueillir des données relatives au contenu de ces schèmes ou modèles et à leurs applications dans l'enseignement. Ce questionnaire comportait trois parties principales:

- l'inventaire des schèmes ou modèles utilisés dans l'enseignement de la communication aux étudiantes de techniques infirmières (questions 1,2, 3b, 4,5);
- l'inventaire des ressources humaines et matérielles susceptibles d'aider les professeures dans leur enseignement (questions 3a, 6,7);
- un sondage sur le sens précis donné aux termes communication et relation d'aide (question 8).

Population visée

Pour le collège de Bois-de-Boulogne, la population visée par cette enquête était l'ensemble des professeures*du département de techniques infirmières.

Pour l'ensemble du réseau des collèges, la population visée était constituée de deux professeures de tous les cégeps de la province de Québec offrant l'option techniques infirmières et enseignant la communication. Ces cégeps, au nombre de quarante-trois, englobent ceux des milieux francophones et anglophones, publics et privés.

Modalités d'élaboration

L'élaboration de l'Inventaire S s'est faite en plusieurs étapes:

- le choix des questions permettant de recueillir des données au sujet des notions de relation d'aide et de communication, des schèmes de référence, ainsi que de leur application dans l'enseignement des soins infirmiers;
- l'élaboration d'un guide d'entrevue (Annexe 2) comportant douze questions ouvertes et destiné aux entrevues préliminaires;
- des entrevues réalisées auprès des professeures en soins infirmiers (du milieu universitaire et du milieu collégial), d'un psychologue et d'une psychothérapeute connaissant le contexte des soins infirmiers. Pour leur permettre un temps de réflexion, nous leur avons fait parvenir le questionnaire quelques jours avant l'entrevue;
- l'élaboration de la première version de l'Inventaire S, à partir de l'analyse des données recueillies lors des entrevues;
- le pré-test effectué auprès de deux professeures du département afin de tester le contenu et la présentation de cette première version;
- la rédaction de la version finale de l'Inventaire S, à partir des données recueillies lors du pré-test.

*Le département comptait 41 professeures à la session d'automne 84 et 37 professeures à la session d'hiver 1985.

Passation du questionnaire

Avant la distribution, les copies du questionnaire ont été codées afin que les chercheuses puissent communiquer rapidement avec les répondantes pour avoir des informations supplémentaires ou pour effectuer un rappel si nécessaire.

Pour les collèges de l'extérieur, deux questionnaires ont été adressés aux coordonnateurs des départements de techniques infirmières, à qui les chercheuses demandaient de distribuer les questionnaires reçus aux deux professeures concernées qui devaient répondre dans les quinze jours suivants. Pour assurer un retour rapide des questionnaires, les coordonnateurs étaient priés de les retourner dans l'enveloppe pré-adressée.

Localement, au département, les quarante et une professeures, incluant les deux professeures ayant participé au pré-test, ont été invitées à répondre au questionnaire dans la semaine suivante.

Analyse des résultats obtenus

Pour assurer une compilation rapide des données recueillies et rendre celles-ci facilement comparables, une grille d'analyse a été élaborée à partir de l'étude des premiers questionnaires reçus et par la suite appliquée à l'ensemble des questionnaires complétés et retournés.

Finalement, ces données ont été analysées et un document de travail a été rédigé afin d'en faire ressortir la pertinence et de fournir une première interprétation. Ce document a permis, par la suite, d'informer les professeures du département des résultats de l'enquête.

Conclusion

Nous avons reçu trente-cinq questionnaires de l'extérieur (40.7%) et vingt-quatre du collège de Bois-de-Boulogne (58.5%), pour un pourcentage global de réponses de 46.4%. Le taux de réponses obtenues a permis aux chercheuses d'identifier les schèmes de référence, les moyens d'enseignement et les ressources humaines et matérielles les plus utilisés par les professeures dans leur enseignement de la communication.

3.2.1.2 L'inventaire des besoins de formation des professeures: Inventaire P

But

Le but de l'Inventaire P (Annexe 3) était d'identifier les besoins de formation des professeures concernant les schèmes de référence et les moyens d'enseignement utilisés par les professeures pour l'enseignement du fil conducteur communication.

Ce questionnaire comprend deux parties:

- l'inventaire concernant les objets de la formation en communication: auteurs, concepts-clés, moyens d'enseignement, etc.;
- l'inventaire concernant les modes de perfectionnement de la professeure: cours, activités, participation, horaire, etc.

Population visée

La population visée par cet inventaire comprend l'ensemble des professeures du département. En effet, avec le nouveau programme en soins infirmiers, les professeures seront toutes impliquées, à divers degrés, dans l'enseignement théorique ou pratique de la communication.

Les professeures étant déjà sensibilisées à cette donnée, peuvent alors prévoir quelle formation leur est nécessaire pour se préparer à cette partie du nouveau programme.

Modalités d'élaboration

L'Inventaire P comprend treize questions fermées; l'analyse des données de l'Inventaire S, notre choix en regard du schème de référence ainsi que les commentaires et les réactions des professeures lors des consultations ont influencé directement l'élaboration de l'Inventaire P.

Passation des questionnaires et analyse des résultats

Lors d'une rencontre avec les professeures du département, les chercheuses ont expliqué le questionnaire et l'ont distribué à trente-sept professeures qui, individuellement, devaient y répondre dans la semaine suivante. Par

la suite, une analyse descriptive a été réalisée, faisant ressortir le poids accordé par les professeures aux différents éléments du questionnaire et un rapport fut rédigé afin d'apporter les résultats obtenus.

Conclusion

Les professeures ont répondu au questionnaire dans une proportion de 67.5% c'est-à-dire vingt-cinq professeures sur une possibilité de trente-sept.

L'analyse de cet inventaire a permis de cerner les priorités au niveau des besoins de formation des professeures pour l'enseignement de la communication en soins infirmiers.

3.2.2 La grille d'évaluation de la séquence d'objectifs terminaux: Grille 0

Le principal instrument d'évaluation utilisé est la grille d'évaluation de la séquence des objectifs terminaux (Grille 0).

But

Le but de la Grille 0 (Annexe 4) était d'évaluer la séquence des objectifs terminaux pour l'enseignement de la communication en soins infirmiers.

Cette grille comprend deux parties:

- l'évaluation de chacun des objectifs;
- l'évaluation de l'ensemble des objectifs.

Population visée

La population visée par ce questionnaire était l'ensemble des professeures du département, soit trente-sept professeures.

Modalités d'élaboration

Pour élaborer la Grille 0, plusieurs éléments ont été considérés: la présentation des objectifs comprenant l'énoncé et la définition, leur progression,

l'évaluation quantitative et qualitative de chacun des objectifs et de l'ensemble de la séquence. À partir de ces données, les étapes d'élaboration du questionnaire ont été les suivantes:

- consultation des documents déjà existants concernant l'évaluation d'une séquence d'objectifs;
- «brainstorming» des chercheuses au sujet des critères et de leurs significations;
- première élaboration des critères et de leurs définitions;
- choix d'une échelle de 1 à 6 à utiliser pour l'évaluation quantitative des objectifs;
- choix des commentaires et suggestions des professeures comme moyens d'assurer l'évaluation qualitative des objectifs proposés;
- rédaction finale du questionnaire.

Passation des questionnaires

Lors d'une rencontre avec les professeures du département, les chercheuses ont présenté la séquence d'objectifs terminaux et ont expliqué la grille d'évaluation de ces objectifs (Grille 0); les professeures avaient un délai de dix jours pour y répondre.

Analyse des résultats

L'analyse des résultats s'est faite en deux temps: la compilation des cotes obtenues et l'analyse des commentaires reçus en regard des critères d'évaluation de chacun des objectifs et de la séquence d'objectifs dans son ensemble.

Le rapport d'analyse a fait ressortir les commentaires des professeures ainsi que les cotes les plus élevées et les plus faibles accordées aux critères d'évaluation de chacun des objectifs et de la séquence entière.

Conclusion

Les professeures ont répondu au questionnaire dans une proportion de 67,5%. L'évaluation très positive de la séquence d'objectifs et les commentaires des professeures ont fourni aux chercheuses les éléments nécessaires pour l'élaboration de la troisième et dernière version de la séquence d'objectifs.

3.3 Consultation auprès des professeures

Dès le début de cette recherche, il était évident pour nous que la qualité de la séquence d'objectifs pédagogiques et son application ultérieure dans l'enseignement seraient largement influencées par le degré d'implication des professeures du département durant l'ensemble de cette démarche. Aussi, plusieurs sessions de consultation ont été réalisées auprès d'elles.

3.3.1 La constitution des groupes de consultation

Les consultations auprès des professeures du département s'adressaient soit:

- à l'ensemble des professeures constituant le département, le groupe D;
- à cinq professeures, une de chacune des équipes-matière, constituant le groupe d'expertes, le groupe E.

Les représentantes du groupe E jouaient le rôle d'intermédiaires entre les équipes-matière et le groupe des chercheuses; elles avaient la responsabilité d'animer la consultation auprès de leur équipe respective à partir des documents préparés par les chercheuses et de rapporter les résultats de la consultation à ces dernières.

3.3.2 Les buts des consultations

Les consultations avaient pour buts d'informer les professeures et de les faire participer aux prises de décisions tout au long de la recherche concernant la communication en soins infirmiers afin de les impliquer le plus tôt

possible dans le processus de changement inhérent à l'arrivée du nouveau programme. Les consultations comprenaient des phases d'information, d'évaluation, d'orientation et de prises de décision.

3.3.3 Le déroulement des consultations

Trois consultations ont eu lieu avec le groupe D: les consultations A,B et D; et deux avec le groupe E: les consultations C et E. Nous les décrivons ci-après.

3.3.3.1 La consultation A

La première consultation, réalisée avec le groupe D, avait pour *buts*

- d'informer les professeures de la démarche des chercheuses, des résultats de l'Inventaire S et de la première version des objectifs terminaux;
- de faire évaluer ces objectifs terminaux;
- d'obtenir une orientation pour la deuxième version de ces objectifs

Pour atteindre les buts visés, les chercheuses ont *procédé* de la façon suivante, elles ont

- resitué cette étape de consultation dans l'ensemble de la recherche;
- présenté un document comprenant les résultats de l'Inventaire S;
- présenté les documents ayant servi à l'élaboration des objectifs terminaux;
- décrit chacun des objectifs terminaux;
- regroupé les professeures en ateliers de travail pour la discussion et l'évaluation des objectifs terminaux;
- animé la plénière durant laquelle les professeures ont exprimé leur évaluation des objectifs et leurs commentaires;
- évalué, entre elles, la rencontre avec les professeures.

Conclusion

L'évaluation des objectifs par les professeures et leurs commentaires concernant le déroulement de la rencontre ont orienté les chercheuses pour la deuxième version de la séquence des objectifs terminaux et pour la préparation des rencontres ultérieures avec l'ensemble du département.

3.3.3.2 La consultation B

La deuxième consultation, effectuée avec le groupe D, avait pour *but* d'informer les professeures du choix provisoire des schèmes de référence en communication, de la deuxième version des objectifs terminaux et des démarches à suivre pour évaluer le choix des schèmes de référence et la deuxième version de la séquence d'objectifs.

La rencontre s'est *déroulée* de la façon suivante:

- présentation de la *méthodologie* utilisée par les chercheuses pour le choix des schèmes de référence;
- proposition du choix provisoire des schèmes de référence;
- présentation de la séquence d'objectifs terminaux;
- présentation de la grille d'évaluation des objectifs terminaux (Grille 0);
- période de questions et de commentaires;
- rencontre avec le groupe E afin de leur expliquer la démarche d'évaluation, par les professeures de leur équipe respective, du choix provisoire des schèmes de référence;
- évaluation de la rencontre par les chercheuses.

Conclusion

Les questions et les commentaires des professeures ont permis aux chercheuses de dégager le climat de la rencontre et de comprendre l'impact des informations données, sur les professeures; ce qui a fourni aux chercheuses des pistes pour préparer la rencontre suivante avec les professeures.

3.3.3.3 La consultation C

Cette première consultation auprès du groupe E avait pour *but*s d'évaluer le choix provisoire des schèmes de référence et de prendre une décision sur les schèmes proposés. Pour atteindre les buts visés, les chercheuses ont rencontré, comme cela fut mentionné précédemment, les représentantes du groupe E afin de leur expliquer la démarche à suivre auprès de leur équipe et de leur remettre les questions permettant d'exprimer leur accord ou leur désaccord avec les schèmes de référence proposés. Par la suite, les chercheuses ont analysé les données recueillies et rédigé un rapport décrivant les résultats obtenus.

Conclusion

Les commentaires des professeures et leurs prises de décision en regard du choix provisoire des schèmes de référence ont orienté la démarche des chercheuses concernant l'utilisation future de ces schèmes de référence.

3.3.3.4 La consultation D

La troisième consultation auprès du groupe D avait pour *but* d'informer les professeures

- du choix définitif du schème de référence proposé par les chercheuses;
- de la version finale de la séquence d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques;
- de la démarche à suivre pour évaluer la séquence d'objectifs proposée et prendre une décision concernant le choix définitif du schème de référence;
- de la démarche à suivre pour répondre à l'inventaire des besoins de formation des professeures (Inventaire P).

La rencontre *s'est déroulée* comme suit:

- présentation des résultats de la consultation sur le choix provisoire des schèmes de référence;

- présentation du choix définitif du schème de référence, tel que proposé par les chercheuses;
- présentation des principes directeurs de la séquence d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques;
- proposition de la séquence d'objectifs;
- période de questions et de commentaires;
- présentation de l'Inventaire P;
- rencontre des chercheuses avec les représentantes du groupe E;
- évaluation de la rencontre par les chercheuses.

Conclusion

Les commentaires extrêmement positifs des professeures ont permis aux chercheuses de voir l'impact des propositions sur leurs collègues et de cerner certains de leurs besoins de formation relativement à l'enseignement du fil conducteur communication.

3.3.3.5 La consultation E

La deuxième et dernière consultation auprès du groupe E avait pour *buts* d'évaluer la séquence d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques proposée et de prendre des décisions en regard du choix définitif du schème de référence et de la séquence d'objectifs proposés.

Pour réaliser ces buts, les chercheuses ont rencontré les représentantes du groupe E afin de leur expliquer la démarche à suivre auprès de leur équipe concernant l'évaluation et les prises de décision attendues. Ensuite, l'analyse des données a été réalisée ainsi que le rapport des résultats obtenus.

Les commentaires des professeures permirent aux chercheuses d'apporter des changements mineurs à la séquence d'objectifs et leur confirma le choix des professeures en regard du schème de référence proposé.

4. RÉSULTATS ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Ce chapitre qui présente les résultats obtenus et leur analyse se divise en six parties correspondant aux objectifs de recherche présentés à la page 8, à savoir:

- le choix définitif du schème de référence;
- l'élaboration de la séquence d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques;
- l'élaboration des critères d'évaluation;
- l'identification des moyens d'enseignement;
- l'identification des besoins de formation des professeures;
- l'implication des professeures du département.

4.1 Choix définitif du schème de référence

Comme équipe de chercheuses, nous avons le mandat de choisir un ou des schèmes de référence pour l'enseignement du fil conducteur communication. Notre démarche pour atteindre cet objectif et les résultats obtenus constituent la première partie de ce chapitre.

4.1.1 L'élaboration des critères de choix

Comme première étape et afin d'éclairer notre choix d'un schème de référence, les critères suivants sont élaborés :

- la cohérence du schème avec la première séquence d'objectifs terminaux;
- l'acquis antérieur des professeures du collège et des membres de la profession;
- le temps requis par les professeures pour l'apprentissage des schèmes de référence choisis;
- le choix d'un schème de référence opérationnel, appliqué aux soins infirmiers, facile à comprendre, non ambigu, qui peut être utilisé avec profit

et par la professeure peu initiée à l'enseignement de la communication et par celle possédant déjà des connaissances et une expérience dans ce domaine;

- un schème déjà expérimenté.

4.1.2 Les auteurs répertoriés et approfondis

Dans un deuxième temps, nous approfondissons treize auteurs répertoriés à partir de l'Inventaire S, des entrevues effectuées auprès de personnes expertes dans l'application d'un modèle donné et enfin d'une recension des écrits.

4.1.2.1 Les auteurs choisis lors de l'Inventaire S

L'Inventaire S, qui a permis d'identifier les modèles en communication utilisés par les infirmières enseignantes au niveau collégial, apporte des données qui fournissent des pistes intéressantes pour le choix du ou de modèles en communication. Le tableau 7 indique par ordre prioritaire les auteurs choisis par l'ensemble des collèges pour l'enseignement de la communication. Il expose aussi le nombre de fois que chaque auteur a été mentionné et le nombre de points que l'auteur a obtenus; les points sont calculés selon que l'auteur reçoit un premier, deuxième ou troisième choix.

TABLEAU 7

Auteurs utilisés dans l'enseignement de la communication
par l'ensemble des collèges

*Nombre de choix, total des points et rang accordé
à chaque auteur par l'ensemble des répondantes **

AUTEUR	CHOIX	TOTAL	RANG
AUGER, L.	26	57	1
ROGERS, C.R.	24	53	2
ORLANDO, I.S.	16	35	3
TRAVELBEE, J.	16	26	4
PHANEUF, M.	11	22	5
GENDLIN, E.T.	5	13	6
KAGAN, N., LIMOGES, J.	3	8	7
KOZIER, B., ERB, G.L.	2	6	8
HÉTU, J.-L.	2	4	9
SAINT-ARNAUD, Y.	2	3	10
AGUILERA & MESSICK	1	3	10
CARKHUFF, R.	2	3	10
MAYEROFF	1	3	10
MUCCHIELLI, R.	1	2	11
MYERS, G.E.	1	2	11
PEPLAU, H.E.	2	2	11
ACKERHALT, J.	1	2	11
RIOPELLE, L., GRONDIN, L., PHANEUF, M.	1	1	12
GAZDA, G.M.	1	1	12
LARSON, HAYES	1	1	12

* Au total 45 répondantes, dont 35 de l'extérieur et 10 de Bois-de-Boulogne.

Les six auteurs les plus populaires auprès des professeures consultées, c'est-à-dire Auger, Rogers, Orlando, Travelbee, Phaneuf et Gendlin, sont étudiés au point de vue théorique, à partir de lectures et au point de vue pratique à partir de l'analyse des données brutes de certains éléments de l'Inventaire S comme les qualités, les limites et les raisons du choix du modèle. Ces données de l'Inventaire S sont résumées pour chaque auteur mentionné.

L AUGER

Auger est choisi surtout à cause de la simplicité de son cadre et son efficacité à court terme. Ce cadre québécois permet d'avoir des résultats rapides auprès des clients, de mieux les comprendre, de répondre à leurs besoins, surtout de mieux les soulager de leurs émotions désagréables. Pour l'étudiant, ce modèle favorise l'apprentissage des attitudes facilitantes, à partir des échelles de Carkhuff, instrument précis et gradué, favorise la connaissance d'elle-même ainsi que la découverte de son mode de communication.

C'est un modèle facilement accessible, décrit dans un vocabulaire simple, en français, avec des exemples pratiques et concrets; un modèle facilement applicable aussi comme modèle de formation, car tout en ayant de solides bases théoriques, il est bien structuré pour tout apprentissage par étapes. Enfin, un modèle choisi par les répondantes pour ses valeurs humanistes et son approche qui permet à l'aidant de se centrer sur le monde émotif de l'aidé.

Par contre, utilisé seul, ce modèle est incomplet; il doit être associé à un modèle en soins infirmiers et à d'autres auteurs en relation d'aide. Certaines professeures trouvent ce cadre simpliste, pas assez centré sur le moi de l'aidant, imprécis; elles trouvent aussi que la description des échelles facilitantes n'est pas toujours claire, que l'interprétation qu'il en fait est rigide et ferme et que l'aspect technique est trop présent.

C.R. ROGERS

Les concepts de base de la relation interpersonnelle, selon Rogers, sont reconnus par plusieurs professeures comme faciles à comprendre et à appliquer dans un contexte pédagogique et de soins infirmiers. Ce modèle donne la possibilité d'apprendre et d'appliquer une méthode de relation d'aide, de développer une certaine auto-critique et d'avoir une satisfaction de soi-même. Pour l'aidé, ce modèle est gratifiant car ce dernier se sent respecté dans son autonomie; pour l'aidant, il lui favorise la non directivité, l'éveil de la motivation et l'intérêt pour la croissance personnelle de l'aidé; pour l'aidant et l'aidé, il facilite l'acceptation mutuelle, la connaissance de soi et de l'autre.

Des professeures privilégient ce modèle à cause de son approche humaniste, de son approche centrée sur le vécu du client, de son attitude constructive, de sa simplicité et enfin, pour certaines, à cause de son aspect complémentaire avec le modèle en soins infirmiers d'Orem.

Mais le modèle rogerien est reconnu comme idéaliste, incomplet, exigeant pour l'étudiante et la professeure, difficile à appliquer par l'étudiante à cause de la courte durée du stage, du type de clientèle et des modèles utilisés dans le milieu. Comme dernière limite signalée par les répondantes, le modèle de Rogers ne faciliterait pas l'évaluation au niveau des attitudes aidantes.

I.S. ORLANDO

L'approche d'Orlando, quant à elle, s'applique spécifiquement à la relation infirmière-client. Elle est facilement compréhensible et adaptable à l'enseignement de la communication au niveau collégial; le langage employé est abordable, traduit en français. L'application de ce modèle est facile à superviser, favorise l'apprentissage par la rétroaction et facilite l'enseignement d'un feedback efficace. Il fournit à l'étudiante un guide technique systématique pour identifier, lors de sa relation avec un client, ses perceptions, ses pensées, ses sentiments et pour en analyser ensuite l'utilisation. Cette analyse lui favorise des prises de conscience sur son sens de l'observation, ses perceptions, ses interprétations, ses sentiments et sur l'importance d'une bonne observation et de la validation des interprétations lors d'une relation interpersonnelle.

Comme Orlando n'a pas élaboré de théorie en soins infirmiers, son approche est jugée incomplète si elle n'est pas reliée à un modèle conceptuel en soins infirmiers et à une démarche de soins. Certaines professeures la trouvent aussi incomplète comme modèle en relation; selon elles, l'approche d'Orlando doit être associée à d'autres théories relatives à la relation d'aide. D'autres considèrent ce modèle restrictif, car l'étudiante ne fait que valider.

Certaines professeures ont opté pour ce modèle à cause de son identification à la communication, de son processus dynamique d'analyse d'interaction dans une relation d'aide et surtout de son concept clef validation qui permet à l'étudiante de situer ou de vérifier ce que le client manifeste, de regarder ce qu'elle vit et ce qu'elle a compris.

J. TRAVELBEE

Travelbee est surtout appréciée par les répondantes pour les données relatives à un processus d'aide qu'elle préconise et pour la concrétisation des phases de la relation interpersonnelle infirmière-client qui sont bien définies et compatibles avec les étapes de la démarche de soins.

Pour certaines professeures, cette approche peut faciliter l'organisation d'activités d'apprentissage; elle est adaptée à l'enseignement collégial, est traduite en français et fournit un certain encadrement théorique. Ce cadre est facile à comprendre, à appliquer et à superviser; il correspond à la réalité de l'infirmière, concrétise des idées humanistes et il aide mieux à vivre la réalité de la relation infirmière-client. Enfin, il favorise le développement de l'habileté à observer, la possibilité d'apprendre à être clair et à planifier des rencontres, la connaissance et l'acceptation de soi et des autres et l'implication de l'aidant et de l'aidé.

Par contre, pour d'autres enseignantes, ce cadre est identifié comme inadapté à certains champs cliniques, complexe, difficile à être appliqué par l'étudiante; cette dernière ne peut être évaluée à partir de son aspect théorique. C'est aussi une approche incomplète, non systématique et pour pouvoir l'appliquer efficacement, une bonne connaissance du processus thérapeutique (dynamique, phénomène de transfert) s'avère nécessaire.

Certaines professeures ont choisi Travelbee parce que c'est une auteure en soins infirmiers, parce que son approche est centrée sur le client, qu'elle favorise le ici et maintenant, qu'elle est complémentaire du modèle en soins infirmiers d'Orem et qu'elle est à la portée des étudiantes.

M. PHANEUF

L'approche de Phaneuf, qui est reconnue comme simple, méthodique, adaptée à la profession infirmière, classifie des niveaux de communication, gradue les habiletés à acquérir, favorise le ici et maintenant dans la relation interpersonnelle et amorce un processus de croissance personnelle (autonomie, actualisation de soi, indépendance). Grâce aux données qu'apporte Phaneuf sur la relation interpersonnelle infirmière-client, il est possible d'évaluer la clientèle étudiante à partir des normes élaborées par l'O.I.I.Q.

Aussi, l'approche est incomplète et son application s'avère difficile pour l'étudiante à cause de son niveau de croissance atteint, et, celui de la professeure, à cause du temps et de l'encadrement exigeant pour l'enseignante. Le vocabulaire est quelquefois sujet à interprétation.

L'approche de Phaneuf a été remarquée et retenue par les répondantes surtout à cause de son accessibilité. Cette auteure est québécoise française et connue par ses écrits et son implication au sein de la profession. Son approche, adaptée à la profession infirmière, facile à comprendre et à appliquer, permet la progression dans l'apprentissage de la relation d'aide et le lien avec l'actualisation de soi, la présence à soi.

E.T. GENDLIN

Selon certaines professeures, l'application soit des éléments de la théorie de Gendlin ou encore de la technique du centrage, permet à l'étudiante de développer une présence à soi et par le fait même une meilleure connaissance de soi et de ses émotions; ce qui facilite les attitudes facilitantes, en outre, l'authenticité et une meilleure compréhension d'autrui.

Par contre, cette approche n'est pas toujours facile à enseigner car le processus d'expérimentation est nouveau pour les étudiantes et le processus de croissance personnelle qu'implique ce modèle le rend parfois difficile d'accès pour les individus plus extravertis et centrés sur la tâche. Il est utilisé comme complément.

Gendlin, comme modèle, est surtout choisi parce qu'il fournit un outil qui facilite chez l'apprenante le développement de la présence à soi.

4.1.2.2 Les auteurs identifiés lors des entrevues

N. KAGAN et G. EGAN

Les entrevues avec des infirmières enseignantes aux niveaux collégial et universitaire nous ont sensibilisées aux modèles en communication de Kagan et d'Egan et stimulées à approfondir les éléments de la communication du modèle d'Orem. Ces professeures apportèrent surtout des données sur le modèle d'Egan.

Kagan se révèle comme support pédagogique en fournissant des moyens très précieux pour la préparation des activités d'apprentissage.

Egan, comme modèle systématique d'un processus d'aide où les attitudes facilitantes sont opérationnelles, s'avère intéressant pour tout apprentissage de la relation interpersonnelle. Nous l'approfondissons en faisant des liens avec notre modèle en soins infirmiers, celui d'Orem. Ces deux modèles, possédant plusieurs points communs, se retrouvent complémentaires; Egan rend opérationnel ce qu'Orem affirme en regard de la communication en soins infirmiers.

Ces modèles ont la même philosophie de base; ils se sont fortement inspirés des valeurs préconisées par l'approche humaniste. Tout individu a le potentiel nécessaire pour se prendre en charge et agir de façon délibérée; s'il vit des limites face à ces pouvoirs, il peut être assisté dans sa démarche pour éliminer la situation problématique; toute action entreprise par celui qui assiste doit tenir compte des possibilités ou capacités de celui qui est assisté.

L'infirmière, selon Orem, assiste l'individu qui a des limites ou des incapacités d'actions pour retrouver ou maintenir sa santé et comme l'infirmière ne peut agir sans communiquer, la relation infirmière-client devient fondamentale dans cette assistance. Orem insiste sur cet aspect essentiel de la communication en soins infirmiers et donne des pistes intéressantes en termes de comment et de jusqu'où l'infirmière peut communiquer. Par contre, elle ne rend pas opérationnelles les interventions et les attitudes proposées.

Le processus d'aide, préconisé par Egan, peut être fort utile pour rendre opérationnelle toute action de l'infirmière communiquant avec le client. Ce processus d'aide précise l'action que l'aidant et l'aidé doivent entreprendre face à la situation problématique de ce dernier. Ouvert à l'action, ce modèle prône fondamentalement que l'aidé soit le principal intervenant dans son processus de changement.

Les phases du processus d'aide d'Egan (tableau 3), orientées selon une approche systématique et analytique, s'intègrent bien dans la démarche de soins proposée par Orem. Par exemple, si l'infirmière explore et clarifie avec le client ou sa famille sa situation problématique, selon le modèle d'Egan, elle pourra facilement faire des diagnostics et des prescriptions en soins infirmiers.

Les buts de chacune des trois phases d'Egan, ainsi que les tâches de l'aidant, en termes d'attitudes et d'habiletés et celles de l'aidé, en termes d'action, se greffent bien aux systèmes de soins, aux modes d'assistance et aux actions de l'infirmière et du client proposés par le modèle d'Orem.

Les dimensions interpersonnelles et sociales apportées par Orem peuvent être étudiées en parallèle avec la démarche d'Egan. Les techniques d'aide proposées par ces deux auteurs sont reconnues humaines car elles sont au service de l'aidé et intégrées dans un modèle de participation où l'emphase est mise sur l'importance de la responsabilité du client dans son traitement.

Y. SAINT-ARNAUD et J. GUINDON

Les entrevues avec un professeur en psychologie et une experte dans l'application du modèle de Guindon nous ont permis de connaître et d'apprécier, malgré un certain degré de complexité, le modèle de Saint-Arnaud et d'identifier que

le schème conceptuel de Guindon, basé entre autres sur les concepts de développement d'Erickson, constitue une approche qui s'est révélée efficace dans son application au niveau des soins infirmiers dans des milieux hospitaliers et au niveau pédagogique avec différents professionnels; c'est une approche de base de la psycho-éducation. Par contre, cette approche s'avère tout à fait nouvelle pour l'ensemble des professeures en techniques infirmières.

4.1.2.3 Les auteurs découverts dans les écrits

Lors de notre recension des écrits, deux volumes sur la communication en soins infirmiers ont particulièrement attiré notre attention à cause de leur charpente conceptuelle, il s'agit des auteurs Duldt et al⁴³ et Bradley et Edinberg⁴⁴.

B.W. VULDT et al

La charpente conceptuelle de Duldt et al à cause de son approche influencée par des valeurs humanistes, ne va pas à l'encontre des éléments de la communication présentés par Orem. Cette charpente qui apporte clairement tous les éléments d'une relation infirmière-client et infirmière-équipe, est par le fait même nécessaire pour l'élaboration de notre séquence d'objectifs. Les critères d'évaluation de la relation qu'elles formulent peuvent orienter, dans une certaine mesure, l'évaluation de certains objectifs reliés à l'évaluation de la relation interpersonnelle.

J.C. BRADLEY et M. EDINBERG

Bradley et Edinberg étudient, de leur côté, la communication dans un contexte de la pratique infirmière. Leur approche est très intéressante mais peut porter à confusion avec le modèle d'Orem, car les auteurs décrivent les soins infirmiers dans un vocabulaire fort différent. Par contre, cette approche est très précieuse pour l'élaboration des objectifs intermédiaires et spécifiques et pour la construction d'instruments d'apprentissage; même si, comme pour les auteures précédentes, la langue anglaise sert de véhicule.

J.-L. HÉTU

Et, enfin, Héту, comme dernier auteur étudié, fournit un modèle qui peut faciliter l'apprentissage de la relation interpersonnelle à tout professionnel qui est susceptible de comprendre et de supporter son client lors d'une relation.

4.1.3 Le choix provisoire

Après une étude approfondie des treize auteurs mentionnés, nous les avons regroupés en cinq catégories en fonction de leur similitude et nous avons évalué dans quelle mesure ces auteurs rencontraient les critères de choix que nous avons élaborés.

I	II	III	IV	V
Auger Rogers Gendlin Saint-Arnaud Héту	Phaneuf Orlando Travelbee	Egan Kagan	Duldt et al. Bradley et Edinberg	Guindon

Les auteurs du groupe I : auteurs en communication :

- présentent une philosophie de la relation d'aide intéressante, sérieuse mais pas toujours opérationnelle;
- traitent une partie des objectifs terminaux;
- sont facilement accessibles : documentation en français et personnes-ressources;
- présentent un modèle parfois complexe : Gendlin, Saint-Arnaud;
- sont utilisés comme modèles dans l'enseignement de la communication en soins infirmiers au collège de Bois-de-Boulogne et dans certains collèges: Auger, Rogers, Gendlin;

- Rogers paraît celui qui est le plus conforme au modèle d'Orem : son approche centrée sur le client et ses attitudes facilitantes influencèrent plusieurs auteurs en communication.

Les auteures du groupe II : auteures en soins infirmiers

- s'inspirent de d'autres auteurs qu'elles résumant, mais ne développent pas suffisamment de données relatives au processus de communication;
- présentent leur contenu sous forme prescriptive plutôt qu'inductive, ce qui rend leur utilisation plus limitée;
- sont facilement accessibles : auteures connues, traduites ou écrites en français.

Les auteurs du groupe III : auteurs en communication

KAGAN :

- fournit des méthodes et des moyens pour apprendre les attitudes facilitantes;
- écrit en anglais;
- est appliqué dans l'enseignement des soins infirmiers tant au niveau collégial qu'universitaire, avec le modèle d'Egan.

EGAN :

- développe un processus d'aide;
- s'applique à l'apprentissage des attitudes facilitantes;
- rend concrètes les attitudes facilitantes inspirées de Carkhuff et de Rogers;
- présente l'apprentissage sous une forme inductive;
- est déjà appliqué au domaine des soins infirmiers;
- a fait ses preuves : au niveau collégial, dans un cégep de la région de Montréal et un collège, dans la région de Toronto; et au niveau universitaire, dans les régions de Montréal et de Sherbrooke;
- rencontre tous les objectifs concernant les attitudes facilitantes incluant l'enseignement;
- non traduit en français.

Les auteurs du groupe IV : auteurs en soins infirmiers

- étudient la communication dans le contexte de la pratique infirmière;
- font un lien entre les modèles en soins infirmiers et la communication (particulièrement Duldt et al.);
- présentent une charpente claire, complète;
- touchent tous les objectifs terminaux;
- sont faciles à utiliser pour les professeures;
- présentent, à chaque chapitre, des références intéressantes qui permettent de retourner aux sources : Watzlawick, Satir, Rogers, Carkhuff, Jourard, Sartre, Maslow, etc.;
- peuvent aider au niveau des objectifs intermédiaires et spécifiques;
- non traduits en français.

Auteure du groupe V : modèle centré sur le développement de l'autonomie psychique de la naissance à l'âge adulte

- est située très près d'Orem au plan de la responsabilité laissée à l'autre;
- est appliquée en soins infirmiers depuis 3 ans dans des milieux hospitaliers et s'avère efficace;
- nécessite un minimum de 45 à 90 heures d'implication personnelle dans le processus pour l'apprentissage du modèle;
- est facilement accessible : modèle en français et centre de formation du Québec.

Après avoir étudié à nouveau chaque auteur à partir des critères établis, nous apportons le résultat de notre réflexion à l'ensemble des professeures lors de la consultation B. Nous proposons, tout en tenant compte des orientations d'Orem quant à la communication, *Duldt et al.* comme charpente conceptuelle de base, *Egan* comme auteur rendant concrètes les attitudes facilitantes et *Bradley et Edinberg* comme auteurs complémentaires. Ensuite, nous demandons aux professeures de se prononcer sur ce choix provisoire par l'entremise du groupe E lors de la consultation C.

4.1.4 Le choix définitif

Suite à la consultation C qui avait pour but l'évaluation du choix provisoire de modèles en communication, deux types d'interventions de la part des professeures nous incitent à reconsidérer notre premier choix.

Dans un premier temps, la difficulté de concilier trois modèles avec celui d'Orem exprimée par les professeures initie une nouvelle réflexion de notre part. Lors de la présentation du choix provisoire des auteurs, il nous avait semblé que :

- *Orem* explique toute l'importance de la communication en soins infirmiers;
- *Duldt et al.* fournissent la charpente conceptuelle pour l'enseignement de la communication en soins infirmiers;
- *Egan* rend opérationnelles les attitudes qui facilitent une communication efficace;
- *Bradley et Edinberg* complètent les éléments qui ne sont pas vus par les autres auteurs.

Pour nous, travailler avec ces auteurs devenait possible, puisque nous pouvions les adapter à notre vécu quotidien. Par contre, en pleine période de changement, il serait peut être plus logique et plus réaliste d'essayer d'intégrer à Orem un seul auteur.

L'autre problème est relié à la langue : quelques professeures semblent réticentes face au fait que les auteurs choisis soient des auteurs anglais. Cette réaction nous stimule à revoir les auteurs français que nous avons déjà approfondis. Impossible de choisir un auteur parmi eux, car ils nous paraissent encore trop incomplets. Ainsi, nous décidons de choisir un seul auteur parmi les auteurs anglais proposés. Mais lequel choisir? Notre choix ne s'est pas avéré facile. Nous avons de nouveau reconsidéré chaque auteur choisi, en tenant compte des critères déjà élaborés.

Entretemps, la nouvelle édition du livre d'Orem, Nursing Concepts of Practice¹⁹ nous fournit d'autres pistes sur la communication en soins infirmiers;

cette auteure développe plus l'aspect d'initier, de maintenir et de terminer une relation. Avec ces nouvelles données, le modèle d'Orem peut devenir la charpente conceptuelle pour l'enseignement du fil conducteur communication. Par le fait même, Duldt et al. qui fournissaient aussi une charpente conceptuelle sont éliminées.

Egan demeure nécessaire pour la concrétisation des attitudes et nous savons qu'il a été validé par des professeures qui enseignent la communication en soins infirmiers. Nous vérifions à nouveau comment Egan peut s'intégrer à Orem et constatons que leurs valeurs de base coïncident et que le processus d'aide d'Egan s'intègre bien aux opérations identifiées par Orem.

Bradley et Edinberg sont alors retenus encore comme des auteurs complémentaires.

Après toutes ces réflexions, l'équipe de chercheures opte, comme choix définitif de schèmes de référence, pour :

- OREM, comme modèle de base;
- EGAN, comme modèle en communication qui permet de rendre opérationnel ce qu'apporte Orem par rapport à la communication.

Duldt et al. et Bradley et Edinberg deviennent des auteurs de référence fortement recommandés. Dans notre séquence d'objectifs, nous les citons par rapport à des points spécifiques. Si nous avons la possibilité de construire des instruments d'apprentissage, ces deux auteurs pourront être très aidants.

Le choix définitif des schèmes de référence est présenté au groupe D, lors de la consultation D. Par l'entremise du groupe E (consultation E), vingt-quatre professeures sur vingt-neuf, soit 83%, manifestent leur accord avec ce choix. Une équipe demande que des documents en français leur soient fournis afin d'avoir une meilleure compréhension du modèle. Deux équipes ayant donné leur accord précisent qu'elles font confiance aux choix des chercheures.

4.2 Élaboration de la séquence d'objectifs

Le deuxième objectif de la recherche consistait à élaborer une séquence d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques pour l'enseignement du fil conducteur communication. Cet objectif a été réalisé en quatre étapes:

- La première élaboration provisoire d'objectifs terminaux faite à partir d'entrevues, des résultats de l'Inventaire S, et des données théoriques provenant de l'A.I.I.C., de l'O.I.I.Q., de Le nursing psychothérapeutique au Québec, du programme-cadre, d'Orem, de Duldt et al et de Bradley et Edinberg.
- La deuxième élaboration provisoire d'une séquence de douze objectifs terminaux réalisée à partir d'une consultation avec le groupe D et des données théoriques de Bloom et al, de Krathwohl et al, d'Assagioli, d'Orem et d'Egan.
- La troisième élaboration finale de la séquence de six objectifs terminaux faite à partir de l'analyse des résultats de la Grille O.
- L'élaboration de la séquence d'objectifs intermédiaires et spécifiques en rapport avec la séquence d'objectifs terminaux.

4.2.1 La première élaboration provisoire d'objectifs terminaux

Le cheminement des chercheuses quant à l'élaboration des objectifs terminaux a permis de poser la question suivante: Quelle est la limite du rôle de l'infirmière dans sa relation interpersonnelle avec le client?

Afin de répondre à cette question et de faire une première ébauche d'objectifs terminaux, des entrevues avec des professeuses en soins infirmiers dont l'expertise en relation infirmière-client est reconnue provincialement, ont été réalisées; une enquête dans tous les cégeps de la province de Québec a été faite à partir de l'Inventaire S. La définition légale de l'exercice

de la profession, les normes de compétence de la pratique infirmière présentées par l'A.I.I.C. et l'O.I.I.Q. ont servi de balises. Le document Le nursing psychothérapeutique au Québec a aidé à préciser certaines notions.

Les documents relatifs au programme-cadre et les devis des collèges expérimentaux ont été scrutés. L'étude approfondie du modèle en soins infirmiers adopté par notre collège et quelques auteurs en nursing, comme Duldt et al et Bradley et Edinberg, ont permis de réaliser une première ébauche d'objectifs terminaux.

4.2.1.1 Les entrevues

Les entrevues avec deux enseignantes de la communication en soins infirmiers au niveau universitaire de la région de Montréal et de Sherbrooke ont permis de dégager les objectifs terminaux que ces professeures poursuivent au niveau de la maîtrise et du baccalauréat.

Les objectifs poursuivis par l'une d'entre elles consistent à permettre à l'étudiante de garder contact avec soi et de prendre conscience de sa façon d'être dans ses relations d'aide avec le client, de connaître un modèle de relation d'aide, de développer des habiletés de communication et des attitudes facilitantes et finalement d'arriver à intégrer l'apprentissage réalisé.

Quant à l'autre professeure, la philosophie qui sous-tend son cours d'application de la relation d'aide en soins infirmiers consiste à amener l'étudiante à se prendre en charge, à être responsable de sa formation et à s'utiliser de façon thérapeutique. Les objectifs poursuivis visent à aider l'étudiante à identifier ce qu'elle vit dans une relation, à voir l'impact de ses interventions sur l'autre, à acquérir des habiletés de communication telles que le reflet et la reformulation, d'apprendre à partager ce vécu et d'accepter de voir où elle se situe.

Ces deux entrevues ont confirmé l'évidence de la problématique suivante: «Quelle est la limite du rôle de l'infirmière dans sa relation interpersonnelle avec le client» i.e. «jusqu'où l'infirmière peut-elle intervenir au niveau de la communication avec le client?».

4.2.1.2 L'enquête (Inventaire S)

Dans l'Inventaire S défini au chapitre 3, les professeures étaient invitées à indiquer les objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques qu'elles poursuivent dans l'enseignement du fil conducteur communication. Les définitions des termes objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques leur étaient fournies par les chercheures et correspondaient à ce qui est écrit dans le lexique sauf pour les objectifs terminaux qui étaient définis ainsi: «comportements attendus de l'étudiante à la fin de ses trois années de cours» (Annexe 1, p. 6).

L'analyse des résultats de l'Inventaire S portant sur les objectifs révèle que dans l'ensemble les objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques relatifs à l'enseignement de la communication en soins infirmiers, rapportés par les professeures, sont représentés dans les niveaux taxonomiques du domaine affectif et cognitif de Bloom et al et Krathwohl et al, sans toutefois être ordonnés selon les catégories de ces auteurs. De plus, aucun de ces objectifs nous semble correspondre au domaine psychomoteur⁶¹.

Par rapport aux objectifs terminaux

Les objectifs terminaux qui ressortent le plus au *niveau cognitif* ont comme action de connaître, de préciser, d'identifier, de reconnaître, d'approfondir, d'explorer et d'appliquer. Les éléments de ces objectifs concernent principalement les phases de la relation, les attitudes facilitantes, les critères de santé mentale, les principes de base de la communication thérapeutique, les éléments de psychopathologie et les liens entre la démarche de soins infirmiers et la relation infirmière-client.

Dans le *domaine affectif*, plusieurs objectifs sont centrés sur le développement personnel de l'aidé:

- reconnaître son mode habituel de communication et saisir sa façon de composer avec ses émotions;
- développer sa présence à soi dans ses relations aux autres;

- approfondir son questionnement personnel, aller plus loin dans sa perception;
- prendre conscience de l'importance de s'actualiser;
- percevoir et exprimer ses propres sentiments, réactions, besoins dans une relation interpersonnelle pour parvenir à une meilleure perception de son fonctionnement psychologique;
- connaître et utiliser les différents moyens d'accélérer le développement de la personne;
- développer son autonomie...
- développer sa connaissance de soi...

De plus, les objectifs du *domaine affectif* recourent les catégories de Krathwohl et al (tableau 6) et s'échelonnent de la première étape de réception: *prendre conscience* de l'importance de son action, *réaliser que...* à l'étape de caractérisation qui est le degré le plus élevé du processus d'intériorisation: *intégrer* des attitudes facilitantes dans sa relation avec le client et *être agent de changement*. Entre ces deux extrêmes, les objectifs terminaux du domaine affectif ont comme action de

- posséder, d'identifier, de clarifier, de supporter, de mettre en pratique, d'appliquer des principes, de donner des réponses, d'analyser, d'utiliser, d'établir, maintenir et terminer.

Ces actions s'appliquent aux éléments suivants de la communication et de la relation d'aide en soins infirmiers: attitudes facilitantes, types de communication, rôle de l'aidant, niveaux atteints, habiletés, principes de communication, techniques d'approches, théories de différents auteurs.

Plusieurs objectifs sont directement liés à Aguilera et Messick, Phaneuf, Saint-Arnaud, Gendlin, Auger, Limoges, Orlando, Travelbee.

Par rapport aux objectifs intermédiaires

Lors de l'Inventaire S, les objectifs intermédiaires qui ressortent le plus, au *niveau cognitif*, ont comme action de découvrir, de connaître, d'énumérer,

d'identifier, de comprendre et d'évaluer. Les éléments de ces mêmes objectifs sont apportés en termes d'éléments et caractéristiques de la communication, de réponses thérapeutiques utiles ou nuisibles, d'authenticité, de considération positive, d'empathie et de sens de l'immédiateté.

Au *niveau affectif*, les objectifs intermédiaires les plus suggérés peuvent se diviser en trois catégories. Chacune comprend des verbes en relation avec des éléments de communication ou de relation d'aide en soins infirmiers.

- Identifier Analyser	<ul style="list-style-type: none"> . son mode de communication . ses émotions . sa façon de composer avec ses émotions . ses attitudes facilitantes, aidantes . son processus relationnel
- Utiliser Appliquer	<ul style="list-style-type: none"> . les techniques de base en communication . les principes de base en communication et en relation d'aide
- Développer Manifester Démontrer Réajuster	<ul style="list-style-type: none"> . des attitudes aidantes . des capacités d'écoute <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; flex-grow: 1;"> <ul style="list-style-type: none"> . un minimum </div> <div style="margin-left: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ° d'empathie ° de respect ° d'authenticité </div> </div>

Plusieurs objectifs apportés par les répondantes sont élaborés à partir d'auteurs comme Auger, Gendlin, Orlando, Phaneuf, Rogers, Travelbee.

Par rapport aux objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques qui ressortent le plus au *niveau cognitif* ont comme action de connaître, reconnaître, identifier et décrire.

Les éléments de ces objectifs sont apportés en terme de principes de communication verbale et non verbale et de relation d'aide, de phases et de niveaux de la relation aidante, d'attitudes fondamentales et de techniques de base.

D'autres objectifs du domaine cognitif ont pour objet de recueillir et de transmettre l'information et de faire des entrevues.

Comme pour les objectifs intermédiaires, les objectifs spécifiques les plus suggérés peuvent se diviser aussi en trois groupes: chacun comprend des verbes en relation avec des éléments de communication ou de relation d'aide en soins infirmiers.

- | | |
|---|---|
| - Identifier
Analyser | <ul style="list-style-type: none"> . son mode de communication . ses perceptions . ses sentiments . ses pensées . ce qui est aidant ou non <ul style="list-style-type: none"> °la qualité de l'aide apportée °le processus interactionnel |
| - Utiliser
Analyser | <ul style="list-style-type: none"> . des techniques de communication telles que le reflet, la reformulation, la confrontation et la validation . un message clair, compréhensible . la relation d'aide: initiation, maintien |
| - Développer
Manifester
Démontrer | <ul style="list-style-type: none"> . un bon contact . l'authenticité, l'empathie, le respect, l'écoute active, l'acceptation de l'autre . une attitude sympathique et accueillante . une communication avec l'équipe soignante. |

En dernière analyse, au niveau de l'Inventaire S, il ressort qu'il n'existe pas de progression à l'intérieur même des différents types d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques, ni dans l'ensemble des séquences d'objectifs; de plus, les limites de la relation d'aide en soins infirmiers n'y sont pas précisées.

À partir de cette analyse, il est devenu clair que l'enseignement de la communication en soins infirmiers ne se faisait pas selon une séquence cohérente. Le développement d'une telle séquence apparaissait donc primordiale.

4.2.1.3 Les normes de compétence de l'A.I.I.C.

Tel que nous l'avons déjà précisé, les normes de l'A.I.I.C. nous fournissent des pistes au niveau des objectifs terminaux, l'une pour la communication avec le client: établir, maintenir et terminer une relation d'aide, et l'autre pour la communication avec l'équipe: utiliser des moyens de communication appropriés pour collaborer avec les autres membres de l'équipe de santé à toutes les étapes de la démarche de soins.

4.2.1.4 Les normes de l'O.I.I.Q.

Les balises fournies par l'O.I.I.Q. pour l'élaboration d'objectifs terminaux se résument dans les objectifs suivants:

- maintenir des relations interpersonnelles et préparer la fin de la relation;
- donner de l'enseignement;
- favoriser des apprentissages et la rééducation;
- susciter la participation du client, de la famille ou de la personne significative;
- démontrer des attitudes aidantes;
- respecter les principes de communication, de relation d'aide et d'enseignement en prodiguant des soins infirmiers planifiés;
- utiliser des moyens pour maintenir la communication au sein de l'équipe;
- vérifier l'application des principes de communication, de l'enseignement et de la relation d'aide;
- informer les autres professionnels des objectifs de soins poursuivis avec le client.

4.2.1.5 Le nursing psychothérapeutique au Québec

Dans Le nursing psychothérapeutique au Québec⁶, les chercheuses retiennent les objectifs suivants comme jalons pour élaborer les objectifs terminaux:

- établir une suite d'interactions entre l'infirmière et le client, constituées d'échanges de perceptions, d'informations et de

D'autres objectifs du domaine cognitif ont pour objet de recueillir et de transmettre l'information et de faire des entrevues.

Comme pour les objectifs intermédiaires, les objectifs spécifiques les plus suggérés peuvent se diviser aussi en trois groupes: chacun comprend des verbes en relation avec des éléments de communication ou de relation d'aide en soins infirmiers.

- Identifier Analyser	<ul style="list-style-type: none"> . son mode de communication . ses perceptions . ses sentiments . ses pensées . ce qui est aidant ou non <ul style="list-style-type: none"> °la qualité de l'aide apportée °le processus interactionnel
- Utiliser Analyser	<ul style="list-style-type: none"> . des techniques de communication telles que le reflet, la reformulation, la confrontation et la validation . un message clair, compréhensible . la relation d'aide: initiation, maintien
- Développer Manifester Démontrer	<ul style="list-style-type: none"> . un bon contact . l'authenticité, l'empathie, le respect, l'écoute active, l'acceptation de l'autre . une attitude sympathique et accueillante . une communication avec l'équipe soignante.

En dernière analyse, au niveau de l'Inventaire S, il ressort qu'il n'existe pas de progression à l'intérieur même des différents types d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques, ni dans l'ensemble des séquences d'objectifs; de plus, les limites de la relation d'aide en soins infirmiers n'y sont pas précisées.

À partir de cette analyse, il est devenu clair que l'enseignement de la communication en soins infirmiers ne se faisait pas selon une séquence cohérente. Le développement d'une telle séquence apparaissait donc primordiale.

4.2.1.3 Les normes de compétence de l'A.I.I.C.

Tel que nous l'avons déjà précisé, les normes de l'A.I.I.C. nous fournissent des pistes au niveau des objectifs terminaux, l'une pour la communication avec le client: établir, maintenir et terminer une relation d'aide, et l'autre pour la communication avec l'équipe: utiliser des moyens de communication appropriés pour collaborer avec les autres membres de l'équipe de santé à toutes les étapes de la démarche de soins.

4.2.1.4 Les normes de l'O.I.I.Q.

Les balises fournies par l'O.I.I.Q. pour l'élaboration d'objectifs terminaux se résument dans les objectifs suivants:

- maintenir des relations interpersonnelles et préparer la fin de la relation;
- donner de l'enseignement;
- favoriser des apprentissages et la rééducation;
- susciter la participation du client, de la famille ou de la personne significative;
- démontrer des attitudes aidantes;
- respecter les principes de communication, de relation d'aide et d'enseignement en prodiguant des soins infirmiers planifiés;
- utiliser des moyens pour maintenir la communication au sein de l'équipe;
- vérifier l'application des principes de communication, de l'enseignement et de la relation d'aide;
- informer les autres professionnels des objectifs de soins poursuivis avec le client.

4.2.1.5 Le nursing psychothérapeutique au Québec

Dans Le nursing psychothérapeutique au Québec⁶, les chercheuses retiennent les objectifs suivants comme jalons pour élaborer les objectifs terminaux:

- établir une suite d'interactions entre l'infirmière et le client, constituées d'échanges de perceptions, d'informations et de

renseignements dans le but d'apporter une réponse aux besoins du client;

- établir une relation d'aide qui a pour objectif de faciliter la croissance, le développement ou l'épanouissement;
- établir une relation qui vise à amener la personne à atteindre une plus grande capacité d'ajustement, d'indépendance et de responsabilité (counseling).

4.2.1.6 Le programme-cadre

Les objectifs généraux du programme-cadre en regard de la communication, les objectifs, le contenu des cours du fil conducteur communication et l'identification de la clientèle visée à chacune des sessions ont fait ressortir les éléments suivants: l'ensemble du contenu du fil conducteur communication doit être enseigné en première et deuxième session, en troisième session sont regroupées les notions d'enseignement au client, alors que la sixième session en est une d'intégration.

Les cégeps expérimentaux, quant à eux, ont suggéré des éléments du contenu du fil conducteur communication et quelques étapes empruntées à la taxonomie de Bloom et al et ont relié ce contenu au but général des soins de leur modèle en soins infirmiers: Virginia Henderson. Ils nous ont inspirées pour articuler avec une logique et une cohérence interne tous les éléments de notre modèle en communication avec notre propre modèle en soins infirmiers: Orem.

4.2.1.7 Orem

Les éléments du modèle d'Orem concernant le rôle de l'infirmière, la conception de la personne et la nature de la relation interpersonnelle infirmière-client ont amené les chercheuses à formuler comme suit le but du service d'aide en relation avec le fil conducteur communication:

- | | |
|--|---------------|
| - communiquer avec le client, la famille et les personnes significatives à tous les âges de la vie | |
| . en éliminant le déficit actuel ou potentiel | |
| ° en régularisant sa capacité d'auto-soin | |
| ° en rencontrant l'exigence d'actions thérapeutiques | |
| . pour maintenir, promouvoir et protéger son fonctionnement comme être humain | |
| . dans le but de l'aider à | |
| ° faire des choix | guider |
| ° prendre des décisions adéquates | supporter |
| ° former ou changer ses attitudes et ses valeurs | fournir |
| ° utiliser de façon créatrice ses habiletés | un |
| ° ajuster son concept de soi | environnement |
| ° changer son comportement | enseigner |
| ° solutionner ses problèmes | |
| . dans le but d'agir pour lui | agir pour |

De plus, les objectifs apportés par Orem ont été retenus:

- initier, maintenir, terminer la relation avec le client, la famille et les personnes significatives;
- communiquer avec les membres de l'équipe multidisciplinaire;
- développer certaines attitudes fondamentales telles que: empathie, respect, acceptation de l'individu;
- avoir la volonté d'entrer en relation avec le client, la famille et les personnes significatives.

4.2.1.8 B.W. Duldt et al

Les objectifs retenus à la lecture de Duldt et al sont les suivants:

- établir une relation égalitaire;
- développer, maintenir et améliorer l'ambiance d'une relation personnelle chaleureuse;

- communiquer de telle façon que le client ressente de la chaleur, de l'acceptation et du bien-être;
- évaluer la communication interpersonnelle;
- être consciente de sa propre influence interpersonnelle.

De plus, les chercheuses retiennent les trois éléments suivants présentés par Duldt et al :

- «Communing»: être là, être avec, être consciente de la présence de l'autre;
- «Caring» : être préoccupé du bien-être du client
- «Coaching» : enseigner, donner du support, encourager le client.

4.2.1.9 J.C. Bradley et M. Edinberg

De Bradley et Edinberg dont nous avons parlé à la section 2.3.1.2, voici les objectifs retenus:

- établir le lien entre la communication et les différentes phases de la démarche de soins;
- être impliqué avec le client au sein de chacune des phases de la démarche de soins;
- communiquer les besoins du client aux autres professionnels de la santé;
- développer une relation de confiance;
- s'utiliser de façon thérapeutique;
- établir, maintenir, terminer la relation;
- découvrir les bases de la communication interpersonnelle infirmière-client.

Conclusion

Après avoir analysé les résultats de l'Inventaire S et avoir extrait des documents et auteurs cités, les éléments clés pouvant servir à l'élaboration de la séquence d'objectifs, les chercheuses ont produit une première version d'objectifs terminaux comportant les dix objectifs présentés dans le tableau ci-après.

TABLEAU 8
 Objectifs terminaux pour le fil conducteur communication
Première version

- Prendre conscience de l'importance de la communication dans la pratique infirmière.
- Avoir la volonté d'entrer en relation avec le client, la famille et les personnes significatives.
- Accompagner un client qui est en crise, qui vit une étape importante ou qui est confronté à un nouvel environnement.
- Initier, maintenir et terminer des relations complémentaires avec le client, la famille ou les personnes significatives.
- S'utiliser d'une manière thérapeutique.
- Connaître, approfondir, explorer, appliquer et intégrer les principes, les éléments, les types de communication, les phases de la relation, les techniques d'approche et les principes d'enseignement.
- Développer et intégrer des habiletés de communication et des attitudes facilitantes afin d'agir pour le client, le supporter, le guider, lui procurer un environnement favorisant sa croissance, son développement et lui enseigner.
- Communiquer de telle façon que le client soit en confiance et ressente de la chaleur, de l'acceptation et du bien-être.
- Évaluer constamment la relation interpersonnelle infirmière-client.
- Utiliser les moyens de communication appropriés pour collaborer avec les autres membres de l'équipe de santé à toutes les étapes de la démarche de soins.

Cette première version des objectifs a fait l'objet de la consultation A, décrite au chapitre 3, et qui s'est déroulée en trois temps:

- information donnée sur les documents ayant trait à l'élaboration des objectifs terminaux et à la démarche des chercheuses;

- évaluation des objectifs terminaux à partir de trois questions:

- . quelle est votre première réaction ou impression face à cette proposition d'objectifs terminaux?
- . les objectifs terminaux, tels que présentés, répondent-ils à vos attentes? préciser;
- . les objectifs terminaux, tels que décrits, vous semblent-ils complets? si non, préciser ou apporter des suggestions.

Cette évaluation se faisait en équipes composées de professeures de différentes matières; par la suite, au cours d'une plénière, une représentante de chacune des équipes faisait état des réponses aux questions;

- orientation

Les réponses aux questions se résument ainsi:

- . à la première question, les professeures suggèrent de rendre concrets les objectifs pour qu'ils soient plus clairs, de les ordonner en séquence progressive, d'éviter les recouvrements avec d'autres fils conducteurs tels que l'actualisation de soi, de nous questionner sur leur faisabilité, de nous pencher sur les besoins de formation des professeures et sur des instruments d'évaluation des objectifs. Elles manifestent leur enthousiasme face à la nouveauté, à la démarche logique et à la découverte de la profondeur du rôle de l'infirmière dans la communication;
- . à la deuxième question, les professeures déclarent avoir besoin de formation pour enseigner et évaluer ces objectifs;
- . à la dernière question, les professeures répondent que les objectifs sont complets mais à réorganiser.

4.2.2 La deuxième élaboration provisoire d'une séquence de douze objectifs terminaux

À partir de l'orientation donnée par les professeures lors de la consultation A, une deuxième élaboration de la séquence d'objectifs fut entreprise. Orem a

servi de guide pour le contenu. Bloom et al, Krathwohl et al et Assagioli ont inspiré la séquence au niveau du processus. De plus, chaque objectif a été défini. Cette deuxième version apparaît dans le tableau 9, à la page suivante.

Cette deuxième version a été présentée pour évaluation lors de la consultation B qui s'est déroulée en trois étapes:

- information donnée sur les auteurs ayant servi à l'élaboration des objectifs terminaux;
- évaluation individuelle des objectifs par les professeures, à l'aide de la Grille 0 (Annexe 4);
- orientation donnée aux chercheuses par le groupe de professeures.

TABLEAU 9. Séquence des objectifs terminaux pour le fil conducteur communication.

OBJECTIFS	DESCRIPTION DES OBJECTIFS
1-110 *Prendre conscience de l'importance de la communication dans la pratique infirmière. (A1)**	Cet objectif vise à rendre l'étudiante sensible à l'existence de faits, de phénomènes et de stimuli concernant la relation infirmière-client et à l'utilité de cette dernière dans son rôle d'infirmière.
2-110 *Appliquer les éléments de la communication en interaction avec le client. (C3)	Cet objectif vise à faire acquérir l'habileté à utiliser les éléments de la communication en stage: émetteur, récepteur, rétroaction, canal et message.
3-210 *Appliquer les habiletés de communication dans une relation interpersonnelle avec le client. (C3)	Cet objectif vise à rendre l'étudiante capable de développer les habiletés de communication en stage.
4-210 *Identifier comment les habiletés de communication peuvent être facilitantes dans une relation interpersonnelle avec le client. (A1)	Cet objectif vise à rendre l'étudiante capable de cerner l'impact des habiletés de communication dans une relation interpersonnelle.
5-210 *Avoir la volonté d'entrer en relation avec le client, la famille et les personnes significatives. (A2)	Cet objectif implique la capacité de l'étudiante de faire appel à ses désirs, goûts et tendances pour <u>décider d'adhérer</u> à la relation interpersonnelle infirmière-client.
6-310 Expérimenter les différentes phases de la relation interpersonnelle infirmière-client. (A2)	Cet objectif vise à initier chez l'étudiante l'habileté à entrer en relation avec un client, la famille et/ou les personnes significatives, à poursuivre cette relation à court et moyen terme et à y mettre fin avec la participation de la ou des personne(s) concernée(s).
7-310 *Prendre conscience de ce qui est facilitant dans sa relation avec le client, la famille et les personnes significatives. (C4)	Cet objectif vise à faire acquérir à l'étudiante l'habileté à reconnaître et analyser ses capacités et ses limites dans sa relation avec le client, la famille et les personnes significatives.

TABLEAU 9 (suite)

OBJECTIFS	DESCRIPTION DES OBJECTIFS
8-410 *Manifester des attitudes facilitantes dans sa relation avec le client, la famille et les personnes significatives. (A3)	Cet objectif vise à faire acquérir à l'étudiante les attitudes de respect, d'empathie, d'authenticité, d'immédiateté et de confrontation telles que décrites par Egan.
9-410 Vouloir avec conviction s'engager dans les phases d'une relation infirmière-client. (A3)	Cet objectif vise à susciter chez l'étudiante la <u>volonté assidue de s'impliquer</u> dans le processus de la relation infirmière-client.
10-510 Créer efficacement une relation interpersonnelle avec le client, la famille et les personnes significatives. (A4)	Cet objectif vise à amener l'étudiante à établir une relation <u>coopérative, complémentaire</u> et à long terme avec le client à partir des éléments, habiletés et attitudes facilitant ce type de relation.
11-610 Utiliser les moyens de communication appropriés pour collaborer avec les autres membres de l'équipe de santé. (C4)	Cet objectif implique la maîtrise des moyens permettant d'établir les relations coopératives et complémentaires avec les professionnels des soins infirmiers et des disciplines connexes en regard des auto-soins du client.
12-610 Vivre une relation interpersonnelle avec le client, la famille et les personnes significatives. (A5)	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 coopération et de complémentarité avec le client, la famille et les personnes significatives, de développer les attitudes facilitantes de la relation (confiance mutuelle, un respect, un souci de l'autre, une compréhension et un partage de certains sentiments, et d'atteindre les objectifs visés par le service d'aide (maintien, promotion ou protection du fonctionnement du client comme être humain.

*L'astérisque au début de l'énoncé indique que l'objectif concerne également la communication de l'étudiante avec l'équipe multidisciplinaire.

**Le double astérisque réfère à la taxonomie des objectifs de Bloom: -la lettre désigne le domaine de l'objectif (affectif ou cognitif)
-le chiffre identifie le niveau atteint, la valeur 5 correspondant au niveau supérieur.

Les résultats

Les résultats obtenus lors de la passation de la Grille 0 sont résumés dans le tableau 10. Nous les analysons sommairement en regard de chacun des objectifs et en regard de l'ensemble de la séquence.

TABLEAU 10

Résultats de l'évaluation de la séquence des objectifs terminaux

PARTIE A: ÉVALUATION DE CHACUN DES OBJECTIFS

Objectif	Rang	Cote* moyenne	Critère + fort	Critère + faible
1-110	1	5,51	utilité (5,88)	clarté défin. (4,44)
2-110	6	5,26	fidélité (5,40)	clarté défin. (4,80)
3-210	10	5,14	fidélité (5,40)	clarté défin. (5)
4-210	8	5,21	fidélité (5,36)	clarté défin. (4,82)
5-210	2	5,40	fidélité (5,72)	clarté défin. (4,87)
6-310	4	5,35	utilité (5,60)	faisabilité (5)
7-310	4	5,35	utilité (5,64)	faisabilité (4,88)
8-410	2	5,40	utilité (5,68)	faisabilité (4,88)
9-410	11	5,05	fidélité (5,30)	faisabilité (4,70)
10-510	11	5,05	fidélité (5,41)	faisabilité (4,58)
11-610	7	5,23	fidélité (5,41)	faisabilité (4,88)
12-610	9	5,16	fidélité (5,43)	faisabilité (4,66)

PARTIE B: ÉVALUATION DE L'ENSEMBLE DES OBJECTIFS

	Élément	Moyenne	
1a)	point de départ	5,44	
1b)	point d'arrivée	5,33	
2	progression	5,29	
3	cohérence	5,41	
4	étanchéité**		
	a) objectifs	3,21	= tendance à ne pas se recouper
	b) fil conducteur	1,25	= ne se recouper pas
5	motivation		
	a) professeures	5,56	
	b) étudiantes	5,39	

* moyenne sur 6

** ces échelles sont inversées

- L'évaluation de chacun des objectifs (partie A)

Les professeures* ont donné un accord très clair à chacun des objectifs proposés; en effet, la moyenne des moyennes obtenues est de 5,51, sur un maximum possible de 6. L'objectif 1-110 arrive au premier rang avec une cote de 5,51 et les objectifs 9-410 et 10-510 sont au dernier rang avec des cotes de 5,05.

L'utilité des objectifs ainsi que leur fidélité sont les critères qui ont obtenu les cotes les plus élevées; la cote la plus forte appartient à l'objectif 1-110, pour l'utilité de l'objectif qui atteint une cote de 5,88.

Pour l'ensemble des objectifs, les critères les plus faibles sont la clarté (et particulièrement la clarté de la définition) ainsi que la faisabilité des objectifs. Les professeures donnent leur accord mais d'une façon plus modérée; ainsi, l'on constate que la clarté concernant la définition de l'objectif 1-110 a été cotée à 4,4. Cet objectif est donc jugé très utile à l'apprentissage, mais les termes utilisés pour le définir semblent moins clairs.

Pour les cinq premiers objectifs de la séquence proposée, la cote la plus faible concerne le critère clarté de la définition; par contre, pour les derniers objectifs de la séquence, c'est le critère faisabilité qui est coté un peu plus faible.

Les commentaires des professeures visent surtout les critères où la cote est plus faible: la clarté et la faisabilité des objectifs.

Ainsi, quelques professeures pensent que les premiers objectifs sont plus abstraits et demandent de préciser les termes: prendre conscience et avoir la volonté. On demande aussi de préciser le sens de éléments et habiletés de communication ainsi que attitudes facilitantes.

*

25 professeures sur 37 ont répondu au questionnaire, soit 67,5%

Quant à la faisabilité des objectifs, les professeures croient que l'atteinte de certains objectifs sera difficile à mesurer, qu'il faudra un encadrement plus prononcé des étudiantes pour atteindre les objectifs proposés, et que ces objectifs ne seront réalisables que par la moitié de nos étudiantes présentement. On exprime aussi le besoin de formation des professeures en regard de la relation interpersonnelle.

- L'évaluation de l'ensemble des objectifs (partie B)

Les professeures évaluent très positivement l'ensemble de la séquence d'objectifs proposée; en effet, une cote moyenne de 5,40 a été obtenue pour les éléments 1,2,3 et 5 de la partie B de la grille. Le critère le plus élevé est la motivation suscitée par la séquence d'objectifs, en particulier chez les professeures, cote de 5,56. Le critère de progression est le plus faible avec une moyenne élevée de 5,29; on note à ce sujet que les objectifs sont plus concentrés au 210 qu'au 510.

Quant à l'étanchéité, les répondantes disent que la séquence proposée ne recoupe pas les autres fils conducteurs du programme cadre, moyenne de 1,25, mais que les différents objectifs de la séquence sont moins étanches entre eux (moyenne 3,21). Ainsi, quelques professeures font remarquer que les objectifs 10-510 et 12-610 se recoupent de même que les objectifs 5-210 et 9-410. D'autres répondantes précisent qu'il n'y a pas réellement d'étanchéité entre les objectifs, mais plutôt de la complémentarité et que celle-ci est souhaitable dans une séquence d'objectifs.

4.2.3 L'élaboration finale de la séquence des objectifs terminaux

À la suite de l'analyse de la Grille 0 et du choix du modèle d'Egan, une troisième et dernière élaboration de la séquence d'objectifs terminaux a été réalisée. Pour ce faire, les chercheuses ont apporté un soin particulier à la clarté, la faisabilité, l'étanchéité, la progression et le contenu des objectifs.

4.2.3.1 La clarté

Au niveau de la clarté, voici comment la version des douze objectifs est devenue une version à six objectifs.

L'objectif no 1 (tableau 9) voit sa définition clarifiée par le changement de «sensible à l'existence de faits, de phénomènes et de stimuli» pour «attentive aux faits et stimuli», dans le sens de *porter attention* selon Krathwohl et al. De plus, cet objectif a été précisé par les objectifs spécifiques.

L'objectif no 2, «appliquer les éléments de communication» disparaît car le modèle d'Egan n'y fait pas référence.

L'objectif no 3, «appliquer les habiletés de communication» disparaît, compte tenu de la séquence que nous imposent les trois étapes du modèle d'Egan. En effet, selon Egan, les habiletés seront enseignées à l'intérieur de chacune des étapes aux différentes sessions et feront l'objet d'objectifs spécifiques.

L'objectif no 4, qui était relié aux habiletés de communication, disparaît pour les raisons fournies à l'objectif no 3.

L'objectif no 5, «avoir la volonté d'entrer en relation» a été clarifié en suivant la démarche d'Assagioli dans les objectifs intermédiaires et les objectifs spécifiques.

L'objectif no 6, «expérimenter les différentes phases de la relation» est devenu un objectif spécifique suite au choix d'Egan comme modèle.

L'objectif no 7, «prendre conscience de ce qui est facilitant», voit sa définition prendre un sens différent: «analyser ses capacités et ses limites» devient «analyser l'impact positif ou négatif de ses habiletés et attitudes».

L'objectif no 8, «manifeste des attitudes facilitantes» devient un objectif intermédiaire modifié parce qu'Egan intègre les attitudes aux étapes du processus. Cet objectif intermédiaire deviendra «appliquer le processus de la relation interpersonnelle».

L'objectif no 9, «vouloir avec conviction s'engager» devient «être motivée à s'engager» et tous les objectifs intermédiaires révèlent le processus de la motivation allant de l'intention à la décision selon Assagioli.

L'objectif no 10, «créer efficacement une relation» voit sa définition précisée. Au niveau des objectifs intermédiaires et des objectifs spécifiques, le processus de construction de la relation, à partir de Krathwohl et al et d'Assagioli, a été expliqué.

L'objectif no 11, concernant l'équipe, a été enlevé pour être intégré à l'ensemble des objectifs.

L'objectif no 12 a été concrétisé au niveau des objectifs intermédiaires et des objectifs spécifiques par Orem et Guindon.

4.2.3.2 La faisabilité

Concernant la faisabilité des objectifs terminaux, l'A.I.I.C., l'O.I.I.Q., le modèle en soins infirmiers d'Orem et les objectifs du programme-cadre nous présentent des critères et normes vers lesquels nous devons tendre et nous sommes tenues de les atteindre.

4.2.3.3 L'étanchéité

Au niveau du recoupement des objectifs entre eux, il existe maintenant une distinction nette entre le 2-210 et le 4-210 où les mêmes processus du développement de la volonté sont développés mais où le contenu et le niveau d'approfondissement du contenu sont différents. Au 210, il s'agit d'expérimenter alors qu'au 410 il y a lieu d'appliquer.

Au 510 et 610, la distinction entre créer une relation et vivre une relation est clarifiée dans le sens de la construction et de l'organisation de toute la relation pour la première fois au 510, dans le sens de l'intégration de cette relation au 610.

4.2.3.4 La progression

Au niveau de la progression, les objectifs précédents dénotaient une grande concentration au 210 par rapport aux autres sessions. Avec un seul objectif terminal par session, la progression est maintenant uniforme.

4.2.3.5 Le contenu

Par rapport au contenu, les éléments se rapportant à la relation à court et moyen terme (6-310) et à long terme (10-510) ont été supprimés car ils n'appartiennent pas spécifiquement au fil conducteur communication.

Voici la troisième version de la séquence de six objectifs terminaux (tableau 11) et la définition de ces derniers. Le code entre parenthèses réfère à la taxonomie des objectifs pédagogiques.

Cette version finale d'objectifs terminaux a été présentée lors de la consultation D (3.3.3.4) au cours de laquelle les chercheuses ont entre autres choses donné des informations sur leur démarche et sur le modèle d'Egan et reçu les feedback des professeures du département.

4.2.4 L'élaboration de la séquence d'objectifs intermédiaires et spécifiques

En même temps que les chercheuses travaillaient à l'élaboration finale des objectifs terminaux, elles créaient la séquence des objectifs intermédiaires et spécifiques. À cette étape, il s'agissait d'intégrer le modèle de communication au modèle en soins infirmiers, d'assurer la progression au niveau de chaque session, à l'intérieur des objectifs intermédiaires par rapport à chaque objectif terminal et à l'intérieur des objectifs spécifiques par rapport à chaque objectif intermédiaire.

Il s'agissait également d'intégrer tous les principes directeurs de Bloom et al, de Krathwohl et al, d'Assagioli, de Duldt et al, de Bradley et Edinberg, et du programme-cadre ayant servi à l'élaboration des objectifs.

Voici maintenant, dans un premier temps, un tableau synthèse de la séquence d'objectifs intermédiaires et spécifiques en rapport avec chacun des objectifs terminaux de la séquence (tableau 12). Une explication générale de chacune des «trilogies» *objectifs terminal - intermédiaires - spécifiques* suivra ce tableau.

TABLEAU 11
Séquence d'objectifs terminaux pour le fil conducteur communication
Troisième version

1-110 Prendre conscience de l'importance de la communication dans la pratique infirmière. (A1)

(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.)

2-210 Avoir la volonté d'entrer en relation avec le client, la famille, les personnes significatives et l'équipe. (A2)

(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.)

3-310 Distinguer ce qui est facilitant et non facilitant dans sa relation avec le client, la famille, les personnes significatives et l'équipe. (C4)

(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.)

4-410 Être motivée à s'engager dans une relation interpersonnelle en soins infirmiers. (A3)

(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.)

5-510 Créer une relation interpersonnelle avec le client, la famille, les personnes significatives et l'équipe. (A4)

(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.)

6-610 Vivre une relation interpersonnelle avec le client, la famille, les personnes significatives et l'équipe. (A5)

(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 service d'aide (maintien, promotion ou protection du fonctionnement du client comme être humain.)

TABLEAU 12

**SÉQUENCE DES OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES
POUR L'ENSEIGNEMENT DU FIL CONDUCTEUR COMMUNICATION
(pages 151 à 156:
dépliants encartés)**

**SÉQUENCE DES OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES
POUR L'ENSEIGNEMENT DU FIL CONDUCTEUR COMMUNICATION**

OBJECTIFS TERMINAUX	OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	RÉFÉRENCES
<p>1-110* Prendre conscience de l'importance de la communication dans la pratique infirmière. (A1)</p> <p><i>(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.)</i></p>	<p>1.1* Reconnaître les éléments du processus de communication.</p> <p>1.2* Situer la communication dans l'exercice de la profession infirmière.</p> <p>1.3* Reconnaître les valeurs qui sous-tendent la relation interpersonnelle en soins infirmiers.</p> <p>1.4 Comprendre le modèle développemental de la communication d'Egan.</p> <p>1.5* Comprendre l'aspect communication dans le modèle de soins infirmiers d'Orem.</p> <p>1.6 Établir les liens entre le processus d'aide d'Egan et les éléments de la communication infirmière-client apportés par Orem.</p> <p>1.7* Comprendre les éléments de la communication reliés au travail d'équipe.</p> <p>1.8* Dégager une première vision personnelle de la communication interpersonnelle en soins infirmiers.</p>	<p>1.1.1* Comprendre les éléments de la communication: émetteur, récepteur, canal, message et rétroaction. <ul style="list-style-type: none"> . Définir les éléments . Décrire leurs caractéristiques . Saisir le rapport entre les différents éléments. </p> <p>1.1.2* Comprendre les facteurs influençant le processus de la communication. <ul style="list-style-type: none"> . Identifier les facteurs . Saisir l'impact des facteurs sur la communication. </p> <p>1.1.3* Expliquer le processus de communication.</p> <p>1.2.1 Connaître la définition de l'acte infirmier.</p> <p>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.</p> <p>1.2.3* Reconnaître la communication comme étant fondamentale pour les soins infirmiers.</p> <p>1.3.1* Identifier les valeurs humanistes propres à la communication en soins infirmiers.</p> <p>1.3.2* Comprendre l'influence des valeurs humanistes sur la qualité et les types de relation.</p> <p>1.4.1 Connaître les courants qui ont influencé le modèle.</p> <p>1.4.2 Connaître les caractéristiques de l'aidant.</p> <p>1.4.3 Connaître les caractéristiques de l'aidé.</p> <p>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.</p> <p>1.4.5 Expliquer le modèle de communication d'Egan.</p> <p>1.5.1* Connaître les caractéristiques sociales et interpersonnelles de la pratique infirmière.</p> <p>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.</p> <p>1.5.3 Connaître les opérations interpersonnelles et contractuelles reliées à l'exigence d'actions thérapeutiques.</p> <p>1.5.4 Connaître les opérations interpersonnelles et contractuelles reliées à la capacité d'auto-soin et à ses principes.</p> <p>1.5.5 Connaître les habiletés de communication reliées aux méthodes d'aide et aux systèmes de soins.</p> <p>1.5.6* Expliquer les différents éléments de la relation interpersonnelle selon le modèle de soins d'Orem.</p> <p>1.6.1 Ressortir les valeurs et les éléments semblables des deux (2) modèles.</p> <p>1.6.2 Comparer les processus impliqués dans les deux (2) modèles.</p> <p>1.6.3 Réaliser que les deux (2) modèles sont complémentaires.</p> <p>1.7.1* Identifier les dimensions d'une relation de collaboration infirmière-équipe.</p> <p>1.7.2* Connaître les types de communication en équipe.</p> <p>1.7.3* Connaître les formes de communication en équipe.</p> <p>1.7.4* Connaître des paradigmes de communication reliés à la dynamique d'équipe.</p> <p>1.7.5* Connaître les habiletés qui facilitent une relation d'équipe.</p> <p>1.7.6* Expliquer les différents éléments de la communication reliés au travail d'équipe.</p> <p>1.8.1* Examiner ses valeurs relatives à la communication en soins infirmiers.</p> <p>1.8.2* Comparer ses propres valeurs avec les éléments appris.</p> <p>1.8.3* Évaluer la concordance entre ses propres valeurs et les éléments appris.</p> <p>1.8.4* Signifier le résultat de son cheminement.</p>	<p>Kozier, p. 266 Bradley, chap. 2 Duldt, chap. 2,4,5</p> <p>Duldt, chap. 3</p> <p>Loi des I.6 I., art.36-37 O.I.I.Q., tome 4 Kozier, p. 25 Orem, chap.1, chap.7 p.190-191 Duldt, p. 274 Duldt, chap.1, équipe p.11-13 chap.12, p. 262 Orem, p.28-29, théorie a.-s. p.11, types de comm.</p> <p>Egan, p.12, resp. du client Egan, p.15 Egan, portrait de l'aidant et de l'aidé, chap.1 Egan, chap.2 Egan, chap.2</p> <p>Orem, chap. 5, p. 103 Orem, 3e éd., p. 240</p> <p>Orem, p. 206-207 Orem, p. 208-209 Orem, chap. 4 et 5</p> <p>Bradley, chap.7, rel.réciproque Bradley, chap. 12, p. 300 Bradley, chap. 12, p. 281 Bradley, chap. 12, p.290 Bradley, chap. 12, p.297 Bradley, chap. 12, p.300</p>

*La présence de l'asté-
rique au début de l'é-
noncé indique que l'ob-
jectif concerne égale-
ment la communication
de l'étudiante avec
l'équipe multidiscipli-
naire

**SÉQUENCE DES OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES
POUR L'ENSEIGNEMENT DU FIL CONDUCTEUR COMMUNICATION**

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

**SÉQUENCE DES OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES
POUR L'ENSEIGNEMENT DU FIL CONDUCTEUR COMMUNICATION**

OBJECTIFS TERMINAUX	OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	RÉFÉRENCES
<p>3-310*</p> <p>Distinguer ce qui est facilitant et non facilitant dans sa relation avec le client, la famille, les personnes significatives et l'équipe.</p> <p>(C4)</p> <p><i>(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.)</i></p>	<p>3.1 Développer les habiletés nécessaires à la phase 2 d'Egan: le développement de nouvelles perspectives et l'identification des buts.</p> <p>3.2 Développer les habiletés nécessaires à la phase 3 d'Egan: l'action.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>3.5* Comprendre comment ses habiletés et attitudes peuvent être facilitantes ou non facilitantes dans sa relation.</p>	<p>3.1.1 Expérimenter les habiletés de stimulation (résumé, information, empathie (niveau 2)) afin que le client soit motivé à développer de nouvelles perspectives.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>3.3.1 Expérimenter les principes qui, selon Orem, permettent de maintenir et de terminer la relation de collaboration et de complémentarité.</p> <p>3.3.2 Expérimenter les habiletés de communication relatives à chaque méthode d'aide, tout en tenant compte du système de soins.</p> <p>3.3.3 Expérimenter dans son ensemble le processus d'aide d'Egan.</p> <p>3.3.4 Expérimenter l'ensemble des habiletés de communication relatives au modèle d'Orem.</p> <p>3.3.5 Expérimenter les éléments du modèle d'Orem en relation avec les trois (3) phases du processus d'Egan.</p> <p>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.</p> <p>3.4.2* Expérimenter les habiletés de communication relatives à «l'établissement et à la poursuite du but» lors des rencontres d'équipe.</p> <p>3.4.3* Expérimenter les habiletés de communication relatives au processus de «prise de décision» lors des rencontres d'équipe.</p> <p>3.5.1* Décrire sa relation interpersonnelle.</p> <p>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.</p> <p>3.5.3* Regarder l'impact des éléments entre eux.</p> <p>3.5.4* Reconnaître les habiletés et les attitudes facilitantes et non facilitantes de sa relation.</p>	<p>Egan, chap. 6, p.149-183</p> <p>Egan, chap. 7, p.185-221</p> <p>Egan, chap. 8, p.223-255</p> <p>Egan, chap. 9, p.257-291</p> <p>Orem, 3e éd., p. 241</p> <p>Orem, p. 59-68</p> <p>Orem, p. 95-96</p> <p>Orem, p. 215-218</p> <p>Bradley, p. 281-300</p> <p>Bradley, p. 298</p> <p>Bradley, p. 299</p>

**SÉQUENCE DES OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES
POUR L'ENSEIGNEMENT DU FIL CONDUCTEUR COMMUNICATION**

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

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

**SÉQUENCE DES OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES
POUR L'ENSEIGNEMENT DU FIL CONDUCTEUR COMMUNICATION**

OBJECTIFS TERMINAUX	OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	
<p>6-610*</p> <p>Vivre une relation interpersonnelle avec le client la famille, les personnes significatives et l'équipe. (A5)</p> <p><i>(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 service d'aide (maintien, promotion ou protection du fonctionnement du client comme être humain.)</i></p>	<p>6.1* Intégrer les composantes de la relation interpersonnelle en soins infirmiers.</p> <p>6.2* «Être» en relation.</p>	<p>6.1.1* Identifier les éléments qu'elle veut approfondir et maîtriser, dans sa relation en soins infirmiers.</p> <p>6.1.2* Établir l'interdépendance entre tous les éléments appris.</p> <p>6.1.3* Assumer efficacement la responsabilité qui lui revient dans l'ensemble de la relation.</p> <p>6.2.1* Dégager le sens de sa relation.</p> <p>6.2.2* Ajuster de manière optimale sa réalité «expérientielle» à la réalité de la relation en soins infirmiers.</p> <p>6.2.3* Réaliser le bien-être dans la manière de vivre sa relation.</p> <p>6.2.4* Initier, maintenir et terminer une relation authentique.</p>	

Voici l'explication de la séquence finale d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques.

L'OBJECTIF TERMINAL 1-110 vise la prise de conscience de l'importance de la communication dans la pratique infirmière. Il s'agit donc d'une session de sensibilisation, de familiarisation avec l'ensemble du contenu du fil conducteur communication dans le but d'arriver à dégager une première vision personnelle de la communication interpersonnelle en soins infirmiers, en incluant la communication infirmière-client et infirmière-équipe. La catégorie 1 du niveau affectif de Krathwohl et al (tableau 6) est impliquée.

Au niveau des objectifs intermédiaires et spécifiques*, l'accent est mis sur la connaissance et la compréhension de l'ensemble, sans l'approfondissement des éléments. L'étudiante apprend les éléments du processus de communication en soins infirmiers apportés par Kozier, Duldt et al et Bradley et Edinberg (1.1), situe la communication dans l'exercice de la profession infirmière par la connaissance de la loi des infirmières et infirmiers, des normes de l'O.I.I.Q., des normes de l'A.I.I.C, et de la philosophie humaniste d'Orem et de Duldt et al (1.2).

Elle dégage les valeurs propres à la communication en soins infirmiers (1.3) puis elle aborde l'ensemble du modèle développemental d'Egan (1.4). Elle comprend l'ensemble des éléments du modèle de soins infirmiers d'Orem qui sont reliés à la communication (1.5), elle fait ressortir les liens entre le processus d'aide d'Egan et les éléments de la relation interpersonnelle apportés par Orem (1.6). Au niveau de la communication infirmière-équipe, elle apprend les habiletés de communication reliées au travail d'équipe en s'inspirant de Bradley et Edinberg (1.7). Puis elle termine en examinant ses valeurs relatives à la communication en soins infirmiers, en comparant ses valeurs aux éléments appris et en évaluant la concordance entre les deux.

Ainsi, le cheminement fait par l'étudiante lui permet de s'approprier les éléments de base de la communication en soins infirmiers et de vérifier leur concordance avec sa propre vision et philosophie. Cette première étape lui permet déjà d'intégrer des notions qui sont extérieures à ce qu'elle est.

*Il est à noter que le contenu des objectifs a déjà été élaboré dans l'état de la question.

L'OBJECTIF TERMINAL 2-210: avoir la volonté d'entrer en relation, est relié au fil conducteur communication car il correspond à la catégorie 2 du domaine affectif de Krathwohl et al. À cette étape, l'élève développe sa capacité pour une activité volontaire; elle s'engage dans le sens de faire quelque chose au lieu de percevoir seulement. De plus, selon Rollo May, psychologue existentiel

«...amour et volonté sont des expériences interpersonnelles amenant à consacrer son pouvoir à influencer autrui de manière significative, ainsi qu'à être influencé par lui» (p. 342)⁶².

Conséquemment, dans cet objectif, sont exclus ce qui appartient aux autres fils conducteurs: l'explication de la nature du désir, des goûts et des tendances (actualisation de soi), la cueillette des données (démarche de soins). Cet objectif concerne uniquement ce qui se rapporte à la relation.

Le but de l'objectif est d'amener l'étudiante à décider d'adhérer au processus de la relation interpersonnelle dans le sens de s'inscrire à, de donner son accord ou son assentiment. Ceci diffère grandement de l'objectif du 4-410 où le but va plus loin et consiste à susciter une volonté de s'impliquer.

Au niveau des objectifs intermédiaires et spécifiques, l'étudiante suit le processus de l'acte volitif de l'intention jusqu'à la décision. Elle identifie ses goûts, désirs et tendances par rapport aux buts poursuivis par la relation interpersonnelle en soins infirmiers et se fixe des buts personnels. Elle parvient à l'intention d'atteindre le but (2.1).

À partir de cette première étape, au niveau des trois objectifs intermédiaires suivants (2.2, 2.3, 2.4) l'élève applique le même processus mais sur des contenus différents. Le processus consiste à développer des habiletés (2.2, 2.3, 2.4) en les expérimentant (2.2.1 à 2.4.1); et expérimenter implique toute une démarche en plusieurs étapes de la part de l'étudiante et de la professeure :

- après avoir reçu les connaissances théoriques, l'étudiante les essaie en clinique non pas dans le but d'être efficace mais pour sa formation, pour son apprentissage
- l'étudiante rapporte l'expérience vécue
- elle fait une lecture significative de son expérience, en dégage une compréhension et un sens nouveau.

Expérimenter signifie analyser l'expérience vécue dans le but de développer des habiletés et de connaître par l'expérience.

Les contenus de l'expérimentation portent successivement sur les habiletés nécessaires à l'initiation de la relation de collaboration et de complémentarité d'Orem (2.2), à la réalisation de la phase I d'Egan (2.3) et à la relation de collaboration avec l'équipe multidisciplinaire (Bradley) (2.4).

Les notions d'Orem concernant l'initiation de la relation (2.2.1, 2.2.2, 2.2.3) consistent en un ensemble d'opérations et ne se résument pas à une seule entrevue. De même pour Egan, où toute la phase I consiste en une exploration et une clarification du problème.

Après avoir expérimenté, dans le but de développer des habiletés, l'étudiante continue le processus de l'acte volitif; elle délibère (2.5) c'est-à-dire prend en considération des situations vécues en rapport avec le désir d'entrer en relation. Dans cette délibération, l'action peut être impulsive et se manifester par des conflits entre la pensée et les conduites. D'où l'importance de regarder ses goûts dans les relations vécues et de comparer le résultat aux buts de la relation interpersonnelle.

Puis elle passe à la phase de décision: elle examine les alternatives, choisit des priorités, c'est-à-dire donne la préférence à ce qu'elle considère comme étant plus désirable (2.6).

L'OBJECTIF TERMINAL 3-310. Dans son essence, cet objectif concerne l'analyse que l'étudiante fait de sa relation avec le client, la famille, les personnes significatives et l'équipe.

Il s'agit de la catégorie 4 du domaine cognitif de Bloom et al. Il va s'en dire que les catégories précédentes de ce domaine: connaître, comprendre et expérimenter ont déjà été impliquées aux sessions antérieures.

Cet objectif vise à faire acquérir à l'étudiante l'habileté à scruter l'impact positif ou négatif de ses habiletés et attitudes dans sa relation. Pour ce faire, au niveau des objectifs intermédiaires, l'étudiante suit le même processus qu'à l'objectif 2-210; elle développe des habiletés (3.1, 3.2, 3.3, 3.4) en les expérimentant (3.1.1 à 3.4.3).

Les contenus de l'expérimentation portent successivement sur les habiletés nécessaires à la réalisation de la phase 2 et de la phase 3 d'Egan (3.1, 3.2), à l'initiation, au maintien et à la terminaison de la relation de collaboration et de complémentarité d'Orem (3.3) et à la poursuite des buts et à la prise de décision dans une relation d'équipe (3.4).

Au niveau des objectifs spécifiques, la démarche suggérée à l'étudiante consiste à lui permettre d'expérimenter d'abord les habiletés relatives à chacun des modèles (3.1.1 à 3.3.4) avant de lui permettre d'expérimenter les éléments du modèle d'Orem en relation avec l'ensemble du processus d'Egan (3.3.5).

Après avoir expérimenté dans le but de développer des habiletés (3.4), l'étudiante parvient à faire l'analyse de sa relation. Cette étape consiste pour l'étudiante à décrire sa relation (3.5.1), à isoler son comportement, ses pensées, ses sentiments, les facteurs extérieurs et le comportement du client (3.5.2), à regarder l'impact des éléments entre eux (3.5.3). C'est ainsi qu'elle parvient à identifier, dans sa relation, les habiletés et attitudes facilitantes et non facilitantes.

L'OBJECTIF TERMINAL 4-410 est centré sur la motivation de l'étudiante à s'engager dans une relation interpersonnelle en soins infirmiers. Il implique le même processus de l'acte volitif qu'au 2-210, avec un but plus avancé. Il vise à susciter la volonté assidue de s'impliquer dans le processus de la relation. Il correspond à la catégorie 3 du domaine affectif.

Au niveau des objectifs intermédiaires, alors qu'au 2-210 l'étudiante avait l'intention d'entrer dans le processus de la relation, au 410, elle a l'intention de s'engager dans ce processus.

Au niveau de l'objectif intermédiaire suivant (4.2), l'étudiante développe des habiletés en les expérimentant comme à la deuxième session.

Les contenus de l'expérimentation portent sur les habiletés de communication reliées au travail d'équipe face à la négociation des rôles, à la solution des conflits et au climat du travail d'équipe.

Par la suite, l'étudiante applique le processus de la relation interpersonnelle dans son ensemble (4.3) et les connaissances et habiletés relatives à la communication en équipe dans leur ensemble (4.4).

L'application dont il s'agit ici prend tout un sens: c'est la suite du processus déjà enclenché: expérimenter, développer, appliquer. C'est ainsi qu'après avoir dégagé une compréhension nouvelle, une vision différente, l'étudiante met en pratique cette nouvelle compréhension de la relation dans un but d'approfondissement.

Après avoir appliqué, l'étudiante continue le processus de l'acte volitif; elle délibère (4.5) comme au 2.5 mais cette fois dans le but non pas d'entrer en relation mais de s'engager dans le processus de la relation interpersonnelle. Pour ce faire, elle examine les alternatives possibles face aux désirs de s'engager ou non, choisit des priorités et affirme sa volonté de s'engager.

L'OBJECTIF TERMINAL 5-510. Créer une relation interpersonnelle concerne toute la construction et l'organisation de la relation.

C'est le processus de création telle que définie par Saint-Arnaud:

«Une personne créatrice est celle qui procède à la réorganisation d'une partie significative de l'environnement, pour l'ajuster à ses besoins et ses perceptions. Ce processus est appelé créateur dès l'instant où les arrangements formés sont nouveaux et satisfaisants pour la personne»(p. 128)³⁷

Pour le développement de cet objectif, les chercheuses se sont inspirées de la définition et du processus de créativité de Saint-Arnaud (5.1, 5.2, 5.3) de la phase de planification et d'exécution dirigée de l'acte volitif d'Assagioli (5.1), de la catégorie 4, organisation des valeurs du domaine affectif de Krathwohl et al (5.1, 5.2, 5.3) qui inclue la synthèse et l'évaluation des catégories 5 et 6 du domaine cognitif de Bloom et al (5.2).

Selon Saint-Arnaud (p. 130), le processus de création se produit en cinq étapes:

- la créativité présuppose que la personne est motivée et qu'elle prévoit un contentement à organiser son environnement;
- la personne ramasse toutes les données pertinentes à la recherche de solutions (5.1.3);
- la personne laisse mijoter la situation acceptant ses limites et l'ambiguïté qui peuvent être vécus à ce moment (5.1.2);
- la découverte de la solution, dans le cas d'une activité émotive, est l'identification de l'émotion ressentie; dans le cas de l'action, il s'agit d'une coordination, d'une harmonie des gestes (5.1.5, 5.1.6, 5.3);
- l'examen et évaluation de la nouvelle solution constituent la dernière étape (5.2).

C'est ainsi qu'au niveau des objectifs intermédiaires et spécifiques l'étudiante prévoit les étapes nécessaires à l'atteinte des buts fixés (5.1.3), ordonne les étapes de sa relation (5.1.4), accepte l'ambiguïté vécue lors du processus de création de la relation (5.1.2) et construit ainsi la relation à partir de ses valeurs et des buts des soins infirmiers, en faisant preuve de persévérance (5.1).

Elle évalue l'efficacité de sa relation selon certains critères (5.2), et arrive à harmoniser son style relationnel avec une certaine satisfaction (5.3). Concernant le processus de l'acte volitif, l'étudiante planifie la construction de sa relation (5.1.1 à 5.1.4) pour arriver à l'entreprendre (5.1.5, 5.1). Elle établit des relations contractuelles et interpersonnelles en fonction du système de soins. Il s'agit de l'ensemble du processus de la relation interpersonnelle.

Au niveau des catégories de Bloom et al, l'étudiante fait la synthèse des éléments de sa relation (5.2.4) avant de porter un jugement sur l'efficacité de celle-ci (5.2). Les critères de clarté, de cohérence et de stabilité servent de mesure pour l'évaluation.

Finalement, l'élaboration de la relation est faite à partir du rassemblement par l'étudiante d'un ensemble de valeurs et de leur ordonnance entre elles. Ainsi l'étudiante arrive à un style relationnel harmonieux (5.1, 5.2, 5.3).

L'OBJECTIF TERMINAL 6-610 vise à rendre l'étudiante capable de vivre une relation interpersonnelle authentique en soins infirmiers. Ce processus s'effectue en deux étapes. Une première étape où l'étudiante procède à l'intégration des composantes de la relation (6.1) et une deuxième étape où elle «est» en relation (6.2). L'intégration s'effectue par un processus d'analyse, d'évaluation et de synthèse: l'étudiante identifie les éléments de sa relation qui ne sont pas maîtrisés ou ceux qu'elle désire approfondir (6.1.1), trouve des points de convergence entre eux, en forme une structure claire (6.1.2) et identifie la responsabilité qui lui revient dans l'ensemble de la relation (6.1.3).

À ce niveau d'intériorisation de la relation, l'étudiante peut dégager le sens que prend sa relation; celle-ci est un point de repère cohérent, stable et confortable auquel elle peut comparer de nouvelles données apportées par l'environnement, confronter de nouvelles valeurs sans mettre en danger l'équilibre atteint. L'ajustement entre les valeurs acquises et les réalités futures se fera sur une base solide et permettra à l'étudiante de continuer son processus d'analyse, de synthèse et d'évaluation qui lui permettra d'initier, de maintenir et de terminer une relation authentique en soins infirmiers.

La version des objectifs intermédiaires et spécifiques a fait l'objet de la consultation D, tel que nous l'avons mentionné. Cette consultation comportait une information sur les principes directeurs, en termes de processus ayant servi à l'élaboration des objectifs, et émanant de Bloom et al, Krathwohl et al, Assagioli, Orem, Egan, Duldt et al, Bradley et Edinberg, Kozier et le programme-cadre; de même qu'une explication de la séquence d'objectifs.

Cette consultation a immédiatement été suivie par la consultation E qui s'est déroulée en trois temps: information, évaluation et orientation:

- information donnée aux membres du groupe E sur les modalités d'organisation de la rencontre avec leur équipe;
- évaluation de la séquence d'objectifs par le groupe E à partir de 6 questions;
- orientation: une analyse des réponses aux questions se résume ainsi:

. Est-ce que les objectifs intermédiaires, tels que formulés, peuvent assurer l'atteinte des objectifs terminaux?

Si non, précisez votre pensée dans une proposition concrète.

Dans l'ensemble, les équipes de professeures trouvent que les objectifs intermédiaires permettent l'atteinte des objectifs terminaux (4 équipes sur 5). On note que les objectifs sont logiques et cohérents, mais on s'interroge sur la façon d'appliquer et d'évaluer ces objectifs.

Précisons qu'une équipe a donné des commentaires sur l'ensemble de la consultation, mais n'a pas répondu à chacune des questions. Les professeures de cette équipe disent ne pouvoir évaluer la séquence d'objectifs proposée parce qu'elles ont peu de temps pour y répondre et parce qu'elles ne se sentent pas suffisamment expertes présentement pour apporter une critique constructive. Elles s'abstiennent donc de répondre aux questions mais encouragent les chercheuses à terminer la recherche.

- . *Les objectifs intermédiaires, tels que présentés en regard de chacun des objectifs terminaux, vous apparaissent-ils cohérents entre eux et progressifs?*

Une équipe exprime que la séquence leur semble de très haut niveau, qu'elle paraît difficile à appliquer et s'interroge sur la formation nécessaire aux professeures pour devenir compétentes dans l'enseignement de la communication.

- . *Est-ce que les objectifs spécifiques, tels que formulés, assurent l'atteinte des objectifs intermédiaires visés?*
Si non, précisez votre pensée dans une proposition concrète.

Les professeures indiquent que les objectifs spécifiques permettent l'atteinte des objectifs intermédiaires visés (4 équipes sur 5). Une équipe apprécie le fait que ces objectifs soient plus concrets. Certaines questions sont soulevées: comment évaluer ces objectifs et quels sont les moyens pour atteindre les objectifs? (1 équipe sur 5).

Une équipe précise que les professeures auront besoin de se situer quant à leur enseignement de la communication (niveau de connaissances, attentes envers les étudiantes, etc...).

- . *Est-ce que les objectifs spécifiques, tels que présentés, vous apparaissent cohérents entre eux et progressifs?*

Pour l'ensemble des professeures, les objectifs spécifiques sont cohérents entre eux et progressifs (4 équipes sur 5).

On indique quelques changements à apporter au niveau des termes. Par exemple, à l'objectif 1.1.1, on préférerait «identifier» plutôt que «connaître».

- . *En général, pour les objectifs intermédiaires et spécifiques, est-ce qu'il y a des formulations qui vous apparaissent peu claires?*
Si oui, précisez.

Une équipe indique que les objectifs sont clairs, mais que cela exigera pour les professeures une formation adéquate en communication ainsi qu'un enseignement individualisé pour les atteindre.

Une autre équipe précise que les objectifs concernant la communication avec l'équipe devraient être mieux identifiés.

Trois équipes indiquent des changements à apporter au niveau des termes afin qu'ils soient plus clairs. Exemples: pour l'objectif 5.1.2, une équipe préfère qu'on dise «situations concrètes» plutôt que «cas concrets». Pour l'objectif 5.3, une équipe préfère «mode» plutôt que «style». Deux équipes disent que «être en relation» est une expression vague; on suggère alors de placer le terme «être» entre guillemets.

. Êtes-vous d'accord avec la séquence d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques proposée par les chercheuses?

Vingt-quatre professeures sur vingt-neuf, c'est-à-dire 83% des répondantes sont d'accord avec la séquence d'objectifs proposée.

4.3 Élaboration des critères d'évaluation

Lorsque l'objectif de la recherche relatif à l'élaboration des critères d'évaluation a été formulé, nous ne nous doutions pas que nous serions face à une certaine problématique. Au point de départ, nous pensions élaborer des critères à partir des objectifs spécifiques, tout en croyant qu'un critère fait partie intégrante d'un objectif. Ainsi, nous pensions, qu'aussitôt la séquence d'objectifs terminée, nous pourrions élaborer en peu de temps des critères d'évaluation.

Lorsque la séquence d'objectifs fut terminée, séquence composée en grande partie d'objectifs d'ordre affectif et exprimés en termes de processus, nous avons été confrontées à une problématique spécifique à l'évaluation d'objectifs affectifs: comment évaluer des objectifs très reliés aux valeurs et à la volonté, tout en respectant la liberté de l'autre; comment s'organiser, planifier, créer des critères qui seraient des indicateurs de l'atteinte des objectifs? Nous étions face à un problème d'ordre éthique et méthodologique.

De la part de l'ensemble des professeures du département, nous n'avions pas reçu de directives précises face à l'évaluation. Devions-nous nous orienter

vers une évaluation basée sur des critères prédéterminés qui permettent de comparer la performance de l'étudiante ou encore vers un type d'évaluation qui favorise, à tout apprenant, une conscience de son évolution et une prise en charge de sa formation? Nous avons besoin de consulter le groupe D afin d'être orientées dans notre démarche relative au choix d'un type d'évaluation.

Faute de temps, nous n'avons pas pu consulter le département et approfondir notre réflexion relative à l'évaluation des objectifs d'ordre affectif et, par le fait même, nous n'avons pas pu élaborer des critères d'évaluation.

Par contre, influencées par nos lectures, comme équipe de chercheuses, nous préconisons un type d'évaluation des objectifs d'ordre affectif où l'étudiante est la principale évaluatrice et où la professeure intervient non pas pour comparer la performance de l'apprenante à celle des autres ou encore à partir de critères prédéterminés mais pour l'aider, la guider dans son évaluation des objectifs fixés afin qu'elle puisse tout au cours de son apprentissage ajuster sa démarche. Ce type d'évaluation ne reflète pas un résultat mais incite l'étudiante à s'impliquer tout au long de son processus de changement en prenant conscience de son développement et de son évolution.

4.4 Identification des moyens d'enseignement

L'atteinte de l'objectif de recherche centré sur l'identification des moyens d'enseignement a suscité deux démarches de la part des chercheuses: identifier les moyens d'enseignement à partir des données de l'Inventaire S et trouver un schème de référence pour présenter ces données de façon organisée.

Au niveau de l'Inventaire S, plusieurs données ont été recueillies: les moyens d'enseignement privilégiés pour l'enseignement du fil conducteur communication (figure 6), les personnes ressources connues en regard des différents auteurs proposés (Annexe 5), les volumes et articles (Annexe 6) et les moyens audio-visuels utilisés (Annexe 7).

Au niveau de la présentation des données, l'organisation des stratégies enseignement/apprentissage, élaborée par Bujold et Deschênes, nous a servi de cadre de référence pour regrouper et présenter les moyens d'enseignement pertinents (p. 117)⁵⁸.

La figure suivante illustre les différentes stratégies d'apprentissage identifiées à la phase exécutoire de l'acte enseignement/apprentissage.

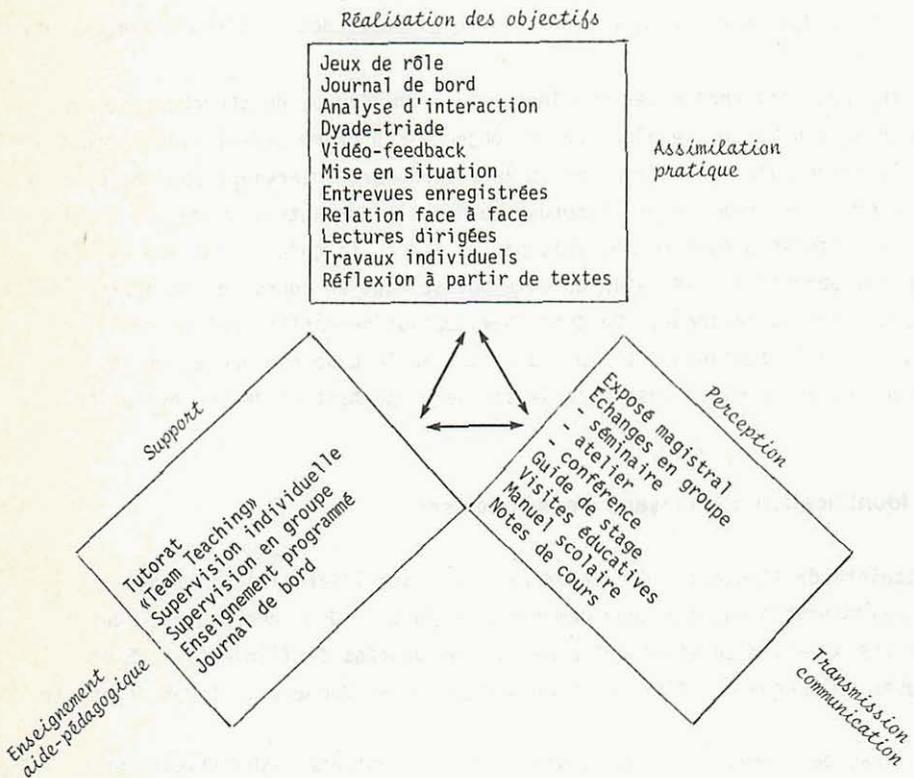


Fig. 6 - Stratégies d'apprentissage à la phase exécutoire de l'acte enseignement/apprentissage

À la phase *préparatoire* de l'enseignement, au niveau du programme, la séquence d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques que nous proposons oriente le contenu de la matière. Les auteurs cités dans les

références précisent ce contenu. De plus, la séquence d'objectifs proposée assure la gradation de l'enseignement, la continuité et la cohérence. Au niveau de la classe, l'élément **support** nous oriente pour proposer des stratégies qui sont des **aides pédagogiques** telles que le tutorat, le «Team Teaching», la supervision individuelle et en groupe, l'enseignement programmé, le journal de bord, les films et vignettes. Cet élément support se réalise à la phase suivante qui est la phase exécutoire.

À la phase *exécutoire*, la transmission de la matière pour son assimilation et sa **réalisation** se fait par certaines stratégies de communication qui s'adressent à la **perception** de l'étudiante. Ce sont: l'exposé magistral, les échanges en groupe, les séminaires, les ateliers, les conférences, les guides de stage, les visites éducatives, les manuels scolaires et les notes de cours.

Le parachèvement de l'assimilation repose sur des pratiques telles que: les jeux de rôles, le journal de bord, l'analyse d'interaction, les dyades-triades, le vidéo feedback, les mises en situation, les entrevues enregistrées, la relation face à face, les lectures dirigées, les travaux individuels et la réflexion personnelle de l'élève à partir de textes.

À la phase *d'évaluation*, les stratégies d'apprentissage n'ont pas été présentées car les types d'évaluation n'ont pas été choisis.

4.5 Identification des besoins et des modes de formation des professeures

Le cinquième objectif de la recherche consistait à tenter une analyse diagnostique des besoins de formation des professeures du département de techniques infirmières.

Les besoins des professeures concernant les schèmes ou auteurs de référence et les moyens d'enseignement ont été identifiés à partir des données recueillies par l'Inventaire P qui a été décrit (au chapitre 3) et qui apparaît à l'Annexe 3.

4.5.1 Les besoins de formation

Les besoins de formation exprimés par les professeures ont trait aux auteurs en communication et en soins infirmiers, aux concepts reliés à la communication et aux moyens d'enseignement à utiliser pour le fil conducteur communication.

4.5.1.1 Les auteurs

Les réponses à la question 1 portant sur les besoins reliés aux quatre auteurs proposés dans le questionnaire indiquent que 100% des répondantes désirent plus d'informations sur Egan alors que 80% en désirent plus sur Duld et al, Bradley et Edinberg et Orem; ce qui témoigne d'un intérêt généralisé envers ces auteurs.

4.5.1.2 Les concepts

En ce qui a trait aux besoins de formation *théorique* relativement aux concepts proposés dans la question 2 du questionnaire, les professeures expriment leurs besoins dans l'ordre décroissant d'importance qui suit: «Attitudes facilitantes», «Relations interpersonnelles, infirmière-client», «Habilités et obstacles», «Relations interpersonnelles, infirmière-équipe», et en dernier lieu «Éléments de communication».

À la même question, l'évaluation des besoins de formation *pratique* démontre des besoins plus grands pour le concept «Relations interpersonnelles, infirmière-client» suivi dans l'ordre décroissant d'importance par les concepts: «Attitudes facilitantes», «Habilités et obstacles», «Relations interpersonnelles infirmière-équipe» et finalement «Éléments de communication».

Il ressort clairement de ces données que les professeures ont un besoin moindre de formation pour les éléments plus techniques de la communication (émetteur, récepteur, etc.) que pour tout ce qui a trait aux relations interpersonnelles et ce, autant au niveau théorique que pratique; comme le démontre le tableau ci-après.

TABLEAU 13

Rang moyen des besoins de formation théorique et pratique des professeures en regard des cinq concepts proposés dans l'Inventaire P

Concepts	Formation	
	théorique (rang moyen)*	pratique
Éléments de la communication	3.65	3.96
Habiletés et obstacles	2.83	2.74
Attitudes facilitantes	2.65	2.61
Relations interpersonnelles, infirmière-client	2.75	2.48
Relations interpersonnelles, infirmière-équipe	3.08	2.87

4.5.1.3 Les moyens d'enseignement

Sur une échelle en sept points, à la question 3 de l'Inventaire P, les professeures ont exprimé leurs besoins de formation quant aux moyens d'enseigner le fil conducteur communication. Les données recueillies sont illustrées par l'histogramme de la page suivante.

La figure 7, en effet montre que les quatre plus grands besoins de *formation théorique* exprimés par les professeures sont, dans l'ordre décroissant, reliés aux jeux de rôles, à l'analyse d'interactions, aux groupes de sensibilisation ou de croissance et à la supervision individuelle; le plus faible besoin exprimé étant pour la formation aux moyens audio-visuels.

En ce qui concerne les besoins de *formation pratique* ressentis par les professeures, on peut identifier les suivants par ordre de priorité décroissante: besoins de formation aux jeux de rôles, aux groupes de sensibilisation ou de

*Rang moyen sur une échelle de 1 à 5

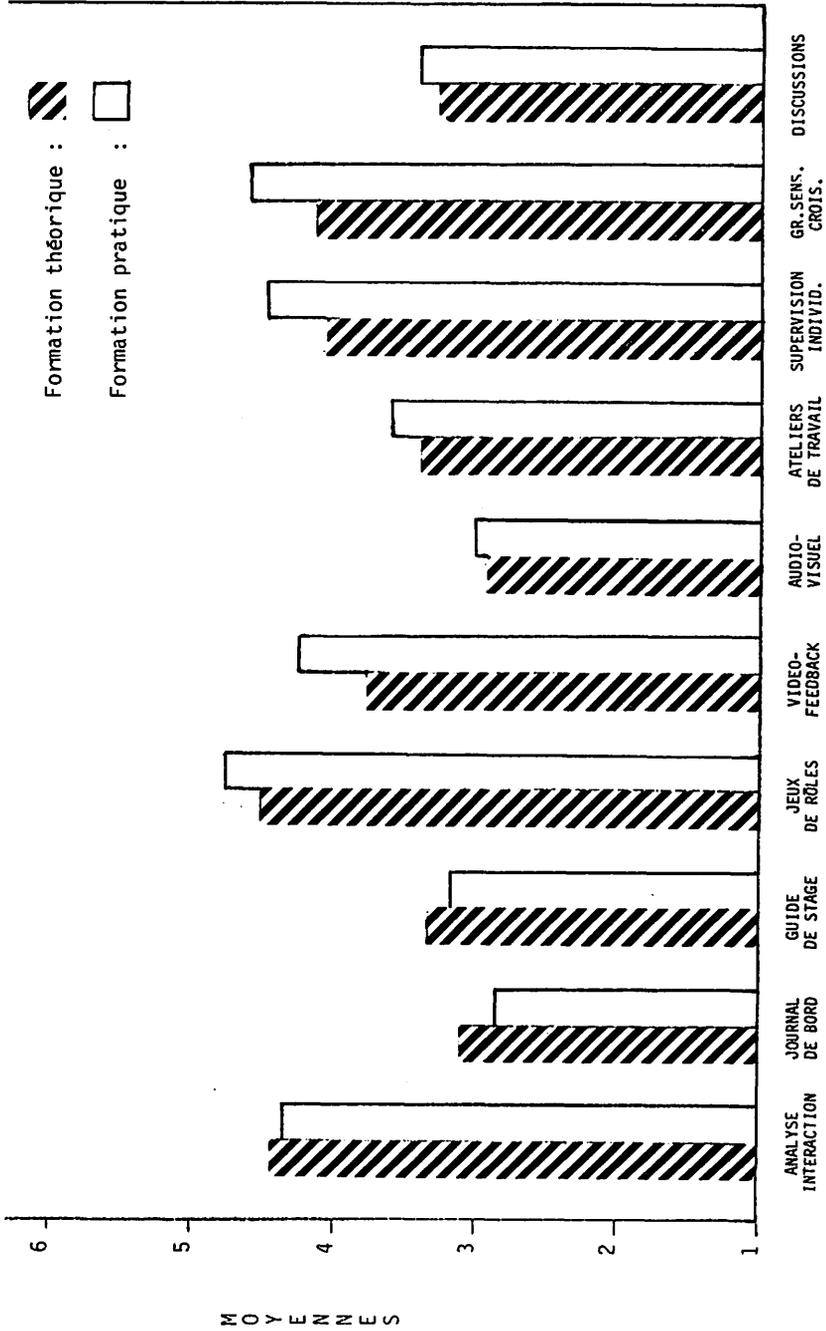


Fig. 7 - Besoins de formation théorique et pratique des professeurs en regard des moyens d'enseignement pour le fil conducteur communication

croissance, à la supervision individuelle et à l'analyse d'interactions. Les besoins les moins exprimés concernent le journal de bord, au 9e rang, et les moyens audio-visuels, au dernier rang.

Enfin, la figure 7 permet aussi de comparer les types de formation pour lesquels les professeures expriment des besoins. Ainsi, on peut observer que pour sept moyens d'enseignement sur dix, les professeures expriment un plus grand besoin de formation pratique; les écarts sont d'ailleurs considérables pour la formation au vidéo-feedback, à la supervision individuelle et aux groupes de sensibilisation. Pour le journal de bord, le guide de stage et l'analyse d'interactions, et dans l'ordre habituel, les professeures expriment surtout un besoin de formation théorique.

Les types de formation souhaités par les professeures auront, ou pourront avoir, une incidence sur les modes de perfectionnement qu'elles privilégient, et dont nous parlerons dans les paragraphes qui suivent immédiatement.

4.5.2 Les modes de perfectionnement

Dans cette partie, nous identifions d'abord les modes de perfectionnement préférés par les professeures pour la supervision individuelle et de groupe, la participation aux ateliers et la formation en langue seconde; puis nous abordons la question des crédits de perfectionnement et celle de la participation éventuelle des répondantes à leur propre formation.

4.5.2.1 Les modes de perfectionnement

Afin de répondre aux besoins de formation identifiés, la question 4 portait sur l'intérêt des professeures pour différents modes de perfectionnement destinés à répondre à leurs attentes.

La figure 8 montre que pour la *supervision individuelle* les professeures préfèrent être assistées par un expert, de l'intérieur ou de l'extérieur du collège, plutôt que par une collègue de leur département.

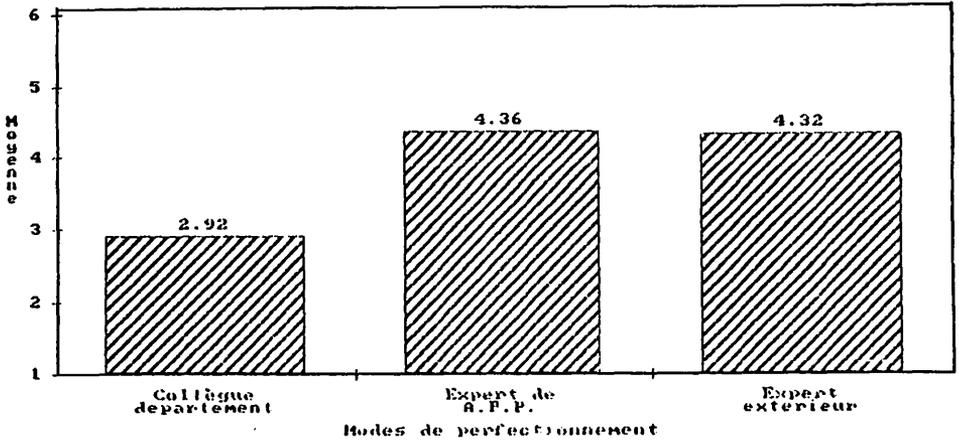


Fig. 8 - Degré d'intérêt pour la supervision individuelle assurée par une collègue du département, un expert de l'Aide pédagogique aux professeurs (A.P.P.) et un expert extérieur au collège.

La figure 9, quant à elle, illustre clairement que pour les assister dans la *supervision de groupe*, les professeurs choisissent en premier lieu un expert de l'extérieur du collège (M. 4.96 sur une échelle de 1 à 7), en deuxième lieu un expert du service de l'Aide pédagogique aux professeurs du collège (A.P.P.) et en dernier lieu, avec un écart plus important, leurs collègues du département.

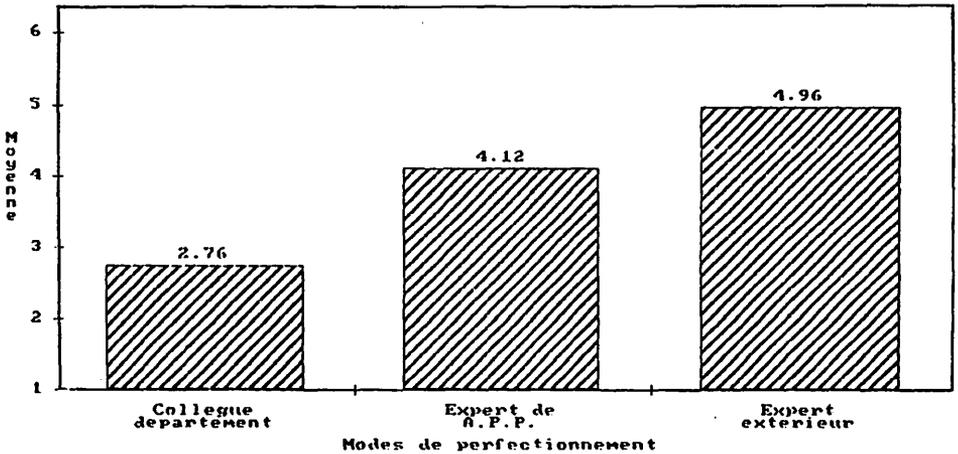


Fig. 9 - Degré d'intérêt pour la supervision en groupe assistée par une collègue du département, un expert de l'Aide pédagogique aux professeurs du collège (A.P.P.) et un expert extérieur au collège.

Les professeures ont également exprimé leur intérêt pour une *participation* à des ateliers organisés par l'A.P.P. ou le milieu universitaire, à des activités départementales, à des stages dans le milieu hospitalier et à des cours universitaires. La figure suivante montre l'intérêt élevé des professeures d'abord pour les ateliers organisés par l'A.P.P., ensuite pour les activités départementales et les ateliers en milieu universitaire. Les stages en milieu hospitalier et les cours universitaires suivent avec une moyenne de 4.16 qui indique tout de même un intérêt réel.

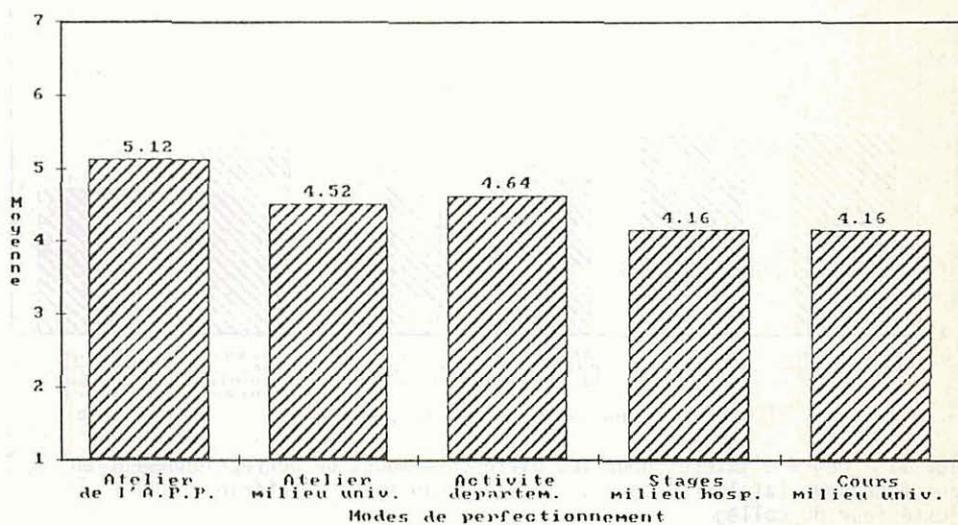


Fig. 10 - Degré d'intérêt pour les divers modes de perfectionnement (ateliers, activités, stages et cours) offerts par différents intervenants (A.P.P., universités, département, milieu hospitalier)

Au chapitre de la *langue seconde* (question 6), 60% des professeures ont indiqué un besoin de formation supérieur à 4 sur une échelle en sept points. Quant aux modes de formation en langue seconde, la figure 11 illustre une faible préférence des professeures pour les ateliers, les cours et les stages d'immersion organisés au collège. Le stage d'immersion de longue durée (plus d'une semaine) à l'extérieur du collège, se classe bon dernier avec une moyenne de 3.13 tout de même.

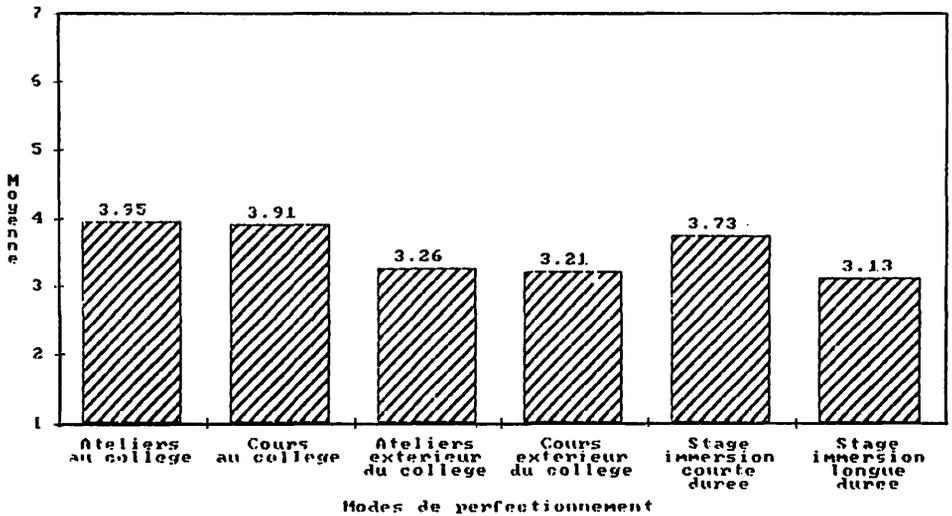


Fig. 11 - Degré d'intérêt pour les différents modes de perfectionnement en langue seconde (ateliers, cours, stages) organisés à l'intérieur ou à l'extérieur du collège

4.5.2.2 Le perfectionnement crédité

La question 5 invitait les professeures à exprimer l'importance qu'elles accordent au fait que leur perfectionnement soit crédité.

La réponse est claire: les professeures dans une large proportion croient que leurs activités de perfectionnement devraient être reconnues, créditées. Ainsi, 88% des répondantes croient que les cours devraient être crédités;

80% pensent que les ateliers et les stages devraient l'être également; et 64% estiment que la supervision individuelle et de groupe devrait être reconnue.

4.5.2.3 La participation des professeures

À la question 8, relative à la probabilité de participer à des activités de formation reliées à l'enseignement du fil conducteur communication, les répondantes ont accordé un score minimum de 3 et enregistré une moyenne de 5.76 sur une échelle de 1 à 7; ce qui laisse entrevoir une très forte probabilité de participation.

Mais quand on demande aux professeures d'évaluer leur disponibilité pour recevoir cette formation (question 9), les réponses sont un peu moins catégoriques puisque la moyenne obtenue est de 4.48 et que 36% des professeures accordent un score de 3 ou moins; ce qui indique une très faible disponibilité de la part de plus d'un tiers des professeures.

Les réponses à la question 10, de leur côté, révèlent que 88% des répondantes sont disposées à se déplacer à l'extérieur du collège, dans la région de Montréal, pour recevoir de la formation reliée à l'enseignement du fil conducteur communication; mais seulement 36% d'entre elles accepteraient de le faire à l'extérieur de cette région.

Les diagrammes à secteurs de la figure 12 illustrent les réponses données à la question 11 qui demandait aux professeures d'indiquer, par un premier, deuxième et troisième choix, leur préférence pour le mois de l'année durant lequel elles souhaitent recevoir leur formation. Comme on peut le constater, le mois de mai domine avec 48% des premiers choix, suivi des mois de juin (24%) et de janvier (16%). Dans le deuxième choix, les mois de juin (55%) et de mai (21%) ont également la préférence des répondantes; alors que dans le troisième choix, le mois de janvier l'emporte avec la moitié des répondantes, suivi de loin par les mois de juin (18%) et de mai (14%). Les mois de mars, avril, juillet, octobre et novembre ne reçoivent aucun choix.

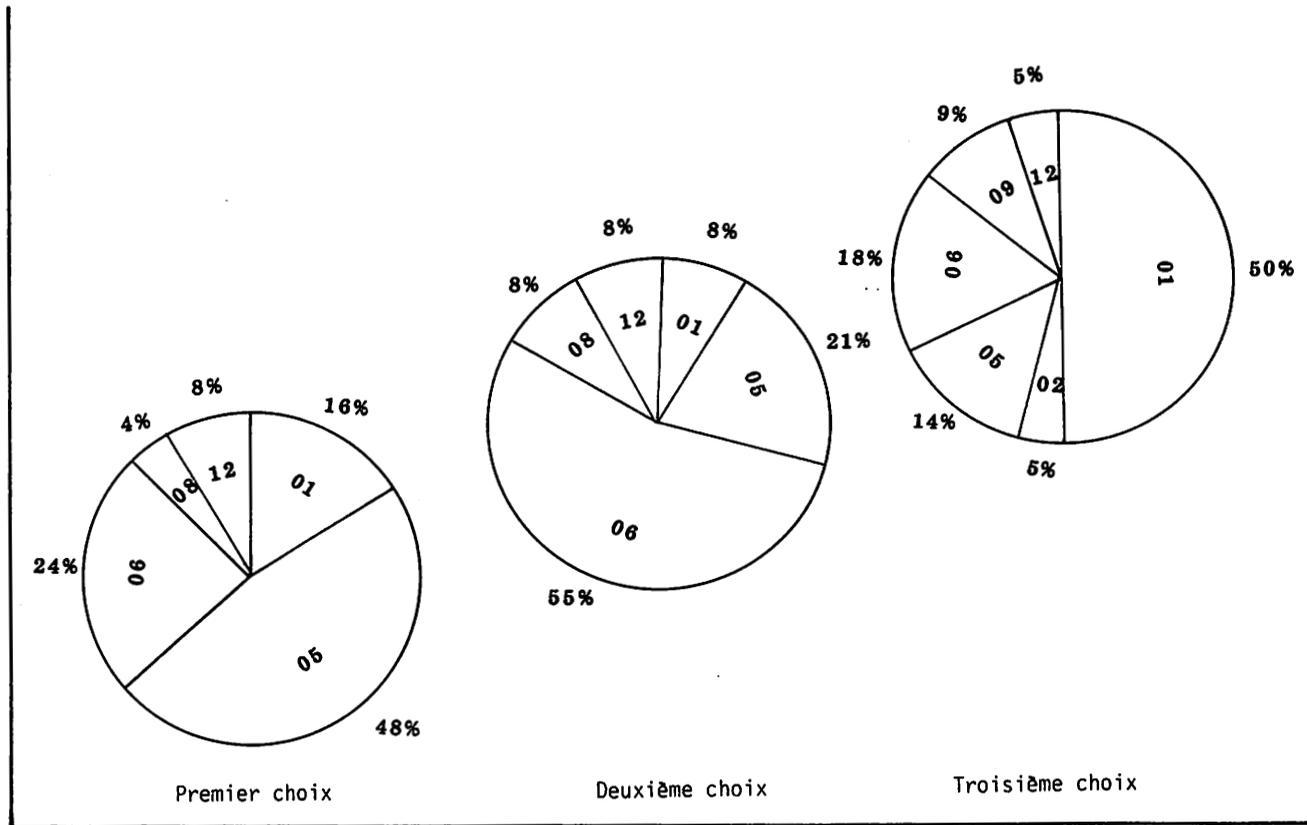


Fig. 12 - Distribution des répondantes selon les mois préférés pour recevoir la formation reliée au fil conducteur communication: premier, deuxième et troisième choix.

À la question 12, qui voulait permettre d'identifier la ou les journée(s) que les professeures préfèrent consacrer à leur perfectionnement, 68% des répondantes ont opté pour le mardi, 64% pour le lundi, 60% pour le mercredi et le jeudi, 52% pour le vendredi, 12% pour le samedi et enfin 8% pour le dimanche; en exprimant leur nette préférence pour le perfectionnement de jour.

Pour compléter cette analyse des données recueillies quant aux besoins de formation des professeures, précisons que seulement 32% des répondantes sont d'accord pour défrayer la totalité des coûts reliés à leur formation pour l'enseignement du fil conducteur communication (question 13); et que seulement 16% d'entre elles ont participé à des activités de formation centrées sur l'enseignement de la communication durant les deux dernières années (question 14).

Nous terminons ce chapitre des résultats en faisant brièvement état des types de participation et de collaboration apportés par les professeures durant l'ensemble de cette recherche, et des conditions et avantages qu'ils ont générés.

4.6 Implication des professeures du département

Le sixième objectif de la recherche consistait à susciter une coordination, une solidarité et un engagement des professeures du département autour du schème de référence et des objectifs pédagogiques et méthodologiques reliés au fil conducteur communication.

Pour assurer l'atteinte de cet objectif, et à partir des attitudes préconisées par Collerette et Delisle face à la résistance aux changements, nous avons demandé la participation des professeures à différentes étapes de la recherche.

Dans cette dernière partie du chapitre quatre, consacrée à l'implication des professeures du département, nous soulignons les types de participation apportée par nos collègues tout au long de la réalisation de ce projet et dégageons des considérations et une conclusion plus générales quant aux effets de cette collaboration.

4.6.1 Les types de participation des professeures

L'implication des professeures s'est réalisée individuellement ou en groupe à différentes étapes de la recherche: cueillette des données, évaluation, orientation et prise de décision à partir des informations reçues; elle est mise en relief dans les tableaux 14 et 15 qui suivent.

Rappelons le contexte méthodologique: il y a eu trois questionnaires d'enquête et d'évaluation auxquels les professeures devaient répondre, et cinq consultations réalisées auprès de l'ensemble des professeures (groupe D) ou auprès des équipes-matière (groupe E); les professeures devant se prononcer et sur les schèmes de référence (tableau 14) et sur la séquence d'objectifs (tableau 15).

4.6.2 Les considérations générales

Pour l'ensemble des activités proposées par les chercheuses dans le but d'impliquer les professeures tout au long du processus d'évaluation et de prise de décision; nous décrivons succinctement le climat vécu lors des consultations, les commentaires reçus des professeures et les résultats obtenus par ces activités.

Le climat

Les professeures ont répondu promptement et avec enthousiasme aux différents questionnaires d'enquête et d'évaluation et ont manifesté beaucoup d'intérêt aux informations apportées par les chercheuses tout au long du projet. Elles étaient très réceptives lors des consultations; même si elles ont exprimé à l'occasion que le contenu était souvent très dense et qu'elles se sentaient un peu submergées par ces informations.

Lors des consultations auprès des équipes-matière, concernant le choix des schèmes de référence et l'évaluation des objectifs terminaux, quelques professeures ont exprimé qu'elles n'avaient pas suffisamment de temps pour

TABLEAU 14
Types de participation des professeures
au choix des schèmes de référence

CHERCHEURE	PROFESSEURE	GENRE DE PARTICIPATION
Présentation de l'Inventaire S	Fournit les données en répondant au questionnaire	Individuelle
Analyse des données		
Présentation des résultats	Reçoit l'information et apporte des commentaires	Groupe D, consultation A
Choix provisoire des schèmes de référence		
- information sur le sujet	Reçoit de l'information	Groupe D, consultation B
- proposition	Évalue et prend une décision	Groupe E, consultation E
Analyse des résultats		
Présentation de l'Inventaire P	Reçoit l'information	Groupe D, consultation D
	Fournit les données en répondant au questionnaire	Individuelle
Analyse des résultats		

TABLEAU 15

Types de participation des professeurs
à l'élaboration de la séquence d'objectifs

CHERCHEURE	PROFESSEURE	GENRE DE PARTICIPATION
Première élaboration des objectifs terminaux		
- information	Reçoit l'information	Groupe D, consultation A
- proposition	Oriente, évalue	Groupe D, ateliers
Analyse des résultats		
Deuxième élaboration des objectifs terminaux		
- information	Reçoit l'information	Groupe D, consultation B
- présentation de la Grille 0	Reçoit l'information	Groupe D, consultation B
	Évalue	Individuelle
Analyse des résultats		
Troisième élaboration des objectifs terminaux		
Première élaboration des objectifs intermédiaires et spécifiques		
- information	Reçoit l'information	Groupe D, consultation D
- proposition	Évalue et prend une décision	Groupe E, consultation E
Analyse des résultats		
Réajustement de la séquence finale d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques		

approfondir les informations reçues et se sont alors abstenues d'évaluer ou de prendre des décisions sur les propositions des chercheuses; à qui elles ont toutefois donné un vote de confiance.

Plusieurs professeures ont manifesté à quelques reprises leur intérêt à compléter leur formation en regard de la communication.

Les commentaires

Les professeures ont exprimé qu'elles étaient motivées à appliquer les objectifs pédagogiques proposés par les chercheuses et à recevoir plus d'information au sujet des schèmes de référence. Elles ont réitéré plusieurs fois leur confiance aux chercheuses pour l'ensemble de la recherche. Elles ont aussi apprécié les documents présentés par les chercheuses lors des consultations et ont exprimé le besoin de connaître les moyens d'apprentissage reliés aux schèmes de référence et aux objectifs pédagogiques choisis. Enfin, elles ont manifesté de l'inquiétude et une certaine anxiété face à l'ampleur des connaissances à acquérir pour l'enseignement de la communication.

Les résultats

Les réponses au questionnaire d'évaluation des objectifs (Grille 0) et les décisions prises lors des consultations avec le groupe E ont orienté les chercheuses pour le choix des schèmes de référence et pour l'élaboration de la séquence d'objectifs.

Dès le début des consultations, les professeures ont exprimé leurs besoins de formation pour l'enseignement de la communication, fournissant ainsi aux chercheuses des éléments très intéressants pour l'élaboration de l'Inventaire P. Par la suite, en complétant ce questionnaire, les professeures ont permis aux chercheuses d'identifier les besoins prioritaires de formation des répondantes.

4.6.3 La conclusion

Dans l'ensemble, les professeures ont fidèlement participé aux activités organisées par les chercheures. Lors de la dernière consultation, elles ont donné un très fort appui aux propositions des chercheures concernant le schème de référence et la séquence d'objectifs pédagogiques. En plus, leurs réponses à l'Inventaire P démontrent leur intérêt à s'informer et à se former pour l'enseignement de la communication.

Il y a, par contre, des inquiétudes, de l'anxiété, ainsi qu'une certaine résistance de la part des professeures en regard des contenus proposés et du changement imminent. Les professeures du département pourront tenir compte de ces éléments dans la planification des activités destinées à assurer la meilleure application possible du nouveau programme en soins infirmiers en 1987.

La participation enthousiaste des professeures, tout au long de la recherche, et les résultats des consultations démontrent que les professeures sont profondément engagées dans le processus de changement concernant la communication, ce qui constitue déjà en soi une des meilleures garanties de l'intégration des connaissances et de la cohérence dans l'enseignement ultérieur de la communication.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Cette recherche a tenté d'apporter des moyens qui favorisent un minimum de cohérence, de progression et de continuité dans l'enseignement de la communication en soins infirmiers au niveau collégial.

Ainsi, une séquence d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques, fortement inspirée du modèle en soins infirmiers d'Orem et du modèle en communication d'Egan, a été élaborée pour les six sessions du programme de formation en soins infirmiers. Lors de cette élaboration, des groupes de professeures ont fréquemment été consultés afin qu'ils puissent orienter la démarche des chercheuses et exprimer leur accord ou leur désaccord face aux propositions qui leur étaient apportées.

Un inventaire des moyens d'enseignement a été réalisé; une réflexion sur les critères d'évaluation des objectifs d'ordre affectif, amorcée et enfin les besoins de formation des professeures en regard de la communication, identifiés.

RECOMMANDATIONS

Les conclusions de cette recherche ont des implications pour l'éducation et la recherche en soins infirmiers. Relativement aux six objectifs de la recherche, des perspectives se dessinent:

- pour le choix du schème de référence, les chercheuses souhaitent fortement qu'une articulation pratique soit faite entre le modèle de soins infirmiers d'Orem et le modèle de communication d'Egan. De plus, les chercheuses estiment que la traduction d'Egan et des auteures recommandées, Duldt et al et Bradley et Edinberg, permettrait aux professeures et étudiantes des collèges de s'approprier plus rapidement et avec plus de cohérence les données liées au développement du fil conducteur communication;

- au niveau des objectifs, la présente recherche n'avait pas pour objet d'apporter une solution au problème des limites du rôle de l'infirmière dans sa communication en soins infirmiers, mais elle a permis de le mettre en lumière; et les chercheuses croient qu'une étude centrée sur cette problématique permettrait de fixer les limites du dernier objectif terminal.

L'élaboration de situations cliniques pourrait concrétiser le sens des objectifs et assurer une plus grande compréhension de la séquence d'objectifs terminaux, intermédiaires et spécifiques. Il y aurait également intérêt à vérifier, dans les plus brefs délais et dans le concret, la faisabilité des objectifs et adapter par le fait même la quantité d'objectifs à chaque session.

La présente recherche a permis aux chercheuses de prendre conscience de la spécificité de l'évaluation des objectifs du domaine affectif et de remettre en question la pertinence de critères d'évaluation pour ces objectifs. Une étude portant sur le développement et l'adoption d'un cadre de référence pour l'évaluation des objectifs affectifs du fil conducteur communication et des autres fils conducteurs tels qu'actualisation de soi et engagement professionnel permettrait d'assurer une uniformité au niveau de la mesure et de donner des moyens aux professeures et étudiantes face à un nouveau type d'évaluation;

- au niveau des moyens d'enseignement, le développement d'instruments d'apprentissage adaptés aux objectifs pour les six sessions s'avérerait une aide précieuse tant au niveau de l'enseignement théorique que clinique;
- au niveau des besoins de formation des professeures, il est nécessaire que des sessions de formation soient organisées et que du temps soit accordé pour des activités de perfectionnement individuel et collectif. Ces sessions devraient porter sur la connaissance des schèmes et des moyens d'enseignement et sur la formation personnelle des professeures reliée aux différents fils conducteurs qui demandent une implication plus personnelle, à savoir: la communication, l'actualisation de soi et l'engagement professionnel.

Pour les dix prochaines années,

- au niveau du support pédagogique, il est important qu'une aide soit accordée pour diminuer l'anxiété des professeures et pour les aider à tolérer l'insécurité due aux changements. Cette aide devrait tenir compte des moyens, modes et moments de perfectionnement privilégiés par les professeures et être inspirée par une préoccupation générale de maintenir et renforcer la solidarité et l'engagement de celles-ci;

- au niveau de l'implication des professeures dans le réseau collégial, les chercheuses ont grandement apprécié l'accueil et la collaboration qu'elles ont reçues à l'étape de l'inventaire et tout au long de la recherche. Elles souhaitent qu'un tel esprit d'entraide continue d'alimenter les rapports entre les professeures de techniques infirmières du réseau face à l'implantation du nouveau programme et aux changements futurs de la profession.

RÉFÉRENCES

1. D. Gosselin, F. Fiset, N. Poirier-Piché et C. Rousseau, Démarche de soins selon la théorie de Dorothea E. Orem. Expérimentation portant sur la cohérence des instruments, Document en voie de rédaction, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, 1985.
2. B. Kozier et G. Erb, Soins infirmiers, une approche globale, (adaptation de Michel Fortin), Montréal, Éditions du Renouveau pédagogique, 1983.
3. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Hypothèse de cadre conceptuel, Montréal, O.I.I.Q., 1979.
4. C. Lambert et L. Riopelle, «Suivi du projet d'expérimentation du programme de formation en soins infirmiers au niveau collégial», Bulletin no 4, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, 1982.
5. D.E. Orem, Nursing: Concepts of Practice, 2e édition, New York, McGraw-Hill, 1980.
6. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Le nursing psychothérapeutique au Québec, Montréal, O.I.I.Q., 1981.
7. Gouvernement du Québec, Loi des infirmières et infirmiers du Québec, Éditeur officiel, nov. 1978, C-1-8, art. 36-37.
8. 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.
9. Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, Direction des programmes. Plans d'études cadres du programme de formation en soins infirmiers au niveau collégial, Québec, septembre 1981.
10. C. Lambert et L. 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.
11. C. Lambert et L. Riopelle, Présentation d'un rapport d'étape en vue d'une révision des plans d'études cadres du programme des techniques infirmières, Document de travail, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, mars 1981.
12. C. Lambert, Réajustement de la séquence des expériences cliniques à l'intérieur du programme des soins infirmiers 180.01, Document de travail, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, novembre 1983.

13. Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, Direction des programmes. Plans d'études cadres du programme de formation en soins infirmiers au niveau collégial, Québec, octobre 1981.
14. C. Lambert, «La transformation de vases clos en vases communicants par l'entremise de cinq fils conducteurs», Colloque des soins infirmiers, Actes du colloque, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, 1984, pp. 17-25.
15. Cégep de Limoilou, Devis. Programme de soins infirmiers 180.01, Limoilou, 1984.
16. Cégep de Trois-Rivières, Devis pédagogiques. Soins infirmiers 180.01, Trois-Rivières, 1984.
17. Cégep de St-Félicien, Devis local du programme soins infirmiers 180.01, St-Félicien, 1982.
18. C. Rousseau, «Le modèle conceptuel d'Orem: une vision renouvelée de la profession», L'infirmière canadienne, septembre 1980, pp. 16-19.
19. D.E. Orem, Nursing Concepts of Practice, 3e édition, New York, McGraw-Hill, 1985.
20. G. Egan, The Skilled Helper, 2nd édition, Monterey, Ca., Brooks/Cole, 1982.
21. G. Egan, Exercices in Helping Skills, A Training Manual to Accompany the Skilled Helper, 2nd édition, Monterey, Ca., Brooks/Cole, 1982.
22. Cégep du Vieux-Montréal, Département de techniques infirmières, Plan d'études du 180-101 sur la communication, automne 1984.
23. Cégep du Vieux-Montréal, Département de techniques infirmières, Plan d'études du 180-201 sur la communication, automne 1984.
24. N. Kagan, Interpersonal Process Recall: A Method of Influencing Memory Interaction, East Lansing, M.I., Michigan State University, 1976.
25. Centennial College of Applied Arts and Technology, Nursing Program, Interpersonal Relationships I, Semester I, Fall, 1984.
26. Centennial College of Applied Arts and Technology, Nursing Program, Interpersonal Relationships II, Semester II, Winter 1985.
27. G. Raymond, «Integrating Theory with Other Models» Conférence enregistrée, Toronto, 1985.
28. C.R. Rogers, Le développement de la personne, Paris, Dunod, 1972.
29. C.R. Rogers, Liberté pour apprendre? Paris, Dunod, 1972.
30. Cégep de Bois-de-Boulogne, Département de techniques infirmières, Plan d'études du 180-501, automne 1984.

31. Cégep de Bois-de-Boulogne. Équipe 180-501, Département de techniques infirmières, Guide de stage: soins infirmiers psychiatriques, Montréal, 1981.
32. L. Auger, Communication et épanouissement personnel, Montréal, Les éditions de l'Homme, 1972.
33. R.R. Carkhuff, Helping and Human Relations: A Primer for Lay and Professional Helpers, New York, Holt, Rinehart and Winston, 1969.
34. E.T. Gendlin, Une théorie du changement de la personnalité, 3e édition, traduit par Fernand Rousseil, Montréal, Les éditions du Centre interdisciplinaire de Montréal Inc., 1975.
35. E.T. Gendlin, Au centre de soi, Montréal, Le jour éditeur, Actualisation, 1982.
36. L. Fontaine, «Approche expérientielle dans la formation de l'étudiante infirmière», Thèse de maîtrise, Université de Montréal, 1975.
37. Y. Saint-Arnaud, La personne humaine, Montréal, Les éditions de l'Homme, 1974.
38. J.L. Héту, La relation d'aide, Ottawa, Éditions du Méridien, 1982.
39. J. Guindon, Vers l'autonomie psychique, Paris, Éditions Fleurus, 1982.
40. D. Paul, «Un modèle de formation à la relation d'aide, celui de Kagan appliqué à la profession», L'infirmière canadienne, juin 1979, pp. 26-30.
41. J. Limoges, Film stimulinteraction, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 1974.
42. J. Limoges, S'entraider, Montréal, Les éditions de l'Homme, 1982.
43. B.W. Duldt, K. Giffin, B. Patton, Interpersonal Communication in Nursing, Philadelphia, Davis Company, 1984.
44. J.C. Bradley et M.A. Edinberg, Communication in the Nursing Context, Norwalk, Appleton-Century-Crafts, 1982.
45. J. Travelbee, Relation d'aide en nursing psychiatrique, traduit par Charlotte Tremblay-Duval, Montréal, ERPI, 1978.
46. M. Phaneuf, «La communication et la relation d'aide: éléments de compétence de l'infirmière», Nursing Québec, vol. II, no 2, janv.-fév. 1982, pp. 14-17.
47. L. Riopelle, L. Grondin, M. Phaneuf, Soins infirmiers; un modèle centré sur les besoins de la personne, Montréal, McGraw-Hill, 1984.
48. M. Phaneuf, Guide d'apprentissage en milieu psychiatrique, St-Hyacinthe, Edisem, 1980.

49. I.S. Orlando, La relation dynamique infirmière-client, Montréal, H.R.W., 1979.
50. B.S. Bloom et al, Taxonomie des objectifs pédagogiques, Tome 1 Domaine cognitif, traduit de l'américain par M. Lavallée, Montréal, Éducation nouvelle, 1969.
51. D.R. Krathwohl, B.S. Bloom et B.M. Bertram, Taxonomie des objectifs pédagogiques, Tome 2 Domaine affectif, traduit de l'américain par M. Lavallée, Montréal, Éducation nouvelle, 1970.
52. Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, Direction de la mesure et de l'évaluation des apprentissages, Guide docimologique. Notions sur la taxonomie, fascicule 3, Québec, 1977.
53. R. Assagioli, Psychosynthèse, principes et techniques, Paris, Épi, 1976.
54. Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, Direction de la mesure et de l'évaluation des apprentissages, Guide docimologique. Les objectifs d'apprentissage dans l'optique de la mesure et de l'évaluation, fascicule 2, Québec, 1978.
55. W.J. Popham et E.L. Baker, Comment programmer une séquence pédagogique, Paris, Bordas, 1981.
56. W. Gariépy, Guide pour identifier, spécifier et expliciter les objectifs pédagogiques, Québec, Centre d'animation de développement et de recherche en éducation, 1973.
57. N. Bujold, La formation dans le domaine affectif, Document de travail, (deuxième épreuve), Québec, Université Laval, 1982.
58. G. Deschênes, «La mesure et l'évaluation dans le cadre de diverses approches pédagogiques», Mesure et évaluation en éducation, vol. 6, no 3, mars 1983, pp. 104-122.
59. P. Collerette et G. Delisle, Le changement planifié: une approche pour intervenir dans les systèmes organisationnels, Montréal, Éditions Agence d'Arc, 1982.
60. F. Ouellet-Dubé, «La technique DELPHI», Mesure et évaluation en éducation, vol. 6, no 1, janvier 1983.
61. A.J. Harrow, Taxonomie des objectifs pédagogiques, Tome 3 Domaine psychomoteur, traduit de l'américain par M. Lavallée, Québec, P.U.Q., 1980.
62. R. May, Amour et volonté, Paris, Stock, 1971.

BIBLIOGRAPHIE

Volumes

- ALBERT, L. et SIMON, P. Interrelations humaines, Montréal, Éditions d'Arc, 1972.
- ASSAGIOLI, R. Psychosynthèse, principes et techniques, Paris, Épi, 1976.
- AUGER, L. Communication et épanouissement personnel, Montréal, Les éditions de l'Homme, 1972.
- BLOOM, B.S. et al. Taxonomie des objectifs pédagogiques, Tome 1 Domaine cognitif, traduit de l'américain par M. Lavallée, Montréal, Éducation nouvelle, 1969.
- BOISVERT, J.M. et BEAUDRY, M. S'affirmer et communiquer, Montréal, Les éditions de l'Homme, 1979.
- BRADLEY, J.C. et EDINBERG, M.A. Communication in the Nursing Context, Norwalk, Appleton-Century-Crafts, 1982.
- BRIEN, R. Design pédagogique. Introduction à l'approche de Gagné et de Breggs, Ste-Foy, Les éditions St-Yves Inc., 1981.
- BUTLER, A.M. et VALENTINE, P.E.B. Teaching Communication Skills. A Manual for Nurse Educators. How to Use a Human Relations Development Approach, Canada, Butler, Valentine, 1979.
- CARKHUFF, R. R. Helping and Human Relations: A Primer for Lay and Professional Helpers, New York, Holt, Rinehart and Winston, 1969.
- CARKHUFF, R.R. L'art de résoudre un problème, Québec, Les éditions St-Yves Inc., 1978.
- CHENEVERT, M. Techniques spécialisées d'entraînement à l'affirmation de soi, St-Hyacinthe, Edisem, 1980.
- COLLERETTE, P. et DELISLE, G. Le changement planifié: une approche pour intervenir dans les systèmes organisationnels, Montréal, Éditions Agence d'Arc, 1982.
- DAVIS, A.J. Listening and Responding, St-Louis, The C.V. Mosby Company, 1984.
- DEVITO, S.A. Communicology and Introduction to the Study of Communication, 2nd Edition, New York, Harper and Row Publishers, 1982.

* La bibliographie contient plusieurs auteurs déjà cités en référence.

- DOUGLASS, L.M. The Effective Nurse. Leader and Manager, Second Edition, St-Louis, The C.V. Mosby Company, 1984.
- DULDT, B.W., GIFFIN, K., PATTON, B. Interpersonal Communication in Nursing, Philadelphia, Davis Company, 1984.
- EGAN, G. The Skilled Helper, 2nd edition, Monterey, Ca., Brooks/Cole, 1982.
- EGAN, G. Exercices in Helping Skills, A Training Manual to Accompany the Skilled Helper, 2nd edition, Monterey, Ca., Brooks/Cole, 1982.
- GENDLIN, E.T. Une théorie du changement de la personnalité, 3e édition, traduit par Fernand Roussel, Montréal, Les éditions du Centre interdisciplinaire de Montréal Inc., 1975.
- GENDLIN, E.T. Au centre de soi, Montréal, Le jour éditeur, Actualisation, 1982.
- GUINDON, J. Vers l'autonomie psychique, Paris, Éditions Fleurus, 1982.
- HABER, J. et al. Nursing en psychiatrie pour une vision globale, Montréal, H.R.W., 1979.
- HARROW, A.J. Taxonomie des objectifs pédagogiques, Tome 3 Domaine psychomoteur, traduit de l'américain par M. Lavallée, Québec, P.U.Q., 1980.
- HEIN, E.C. Communication in Nursing Practice, Boston, Little, Brown and Company, 1973.
- HÉTU, J.L. La relation d'aide, Ottawa, Éditions du Méridien, 1982.
- HOFLING, C. Soins infirmiers en psychiatrie, Montréal, Éditions du Renouveau pédagogique, 1976.
- IVEY, A. et GLUCKSTERN, N. Les habiletés fondamentales de réceptivité, traduit par J.P. Daunais, Montréal, Micro-apprentissage, 1981.
- JOURARD, S.M. La transparence de soi, traduit de l'américain par Serge Baron, Québec, Les éditions St-Yves Inc., 1972.
- KOZIER, B. et ERB, G. Soins infirmiers, une approche globale, (adaptation de Michel Fortin), Montréal, Éditions du Renouveau pédagogique, 1983.
- KRATHWOHL, D.R., BLOOM, B.S. et BERTRAM, B.M. Taxonomie des objectifs pédagogiques, Tome 2 Domaine affectif, traduit de l'américain par M. Lavallée, Montréal, Éducation nouvelle, 1970.
- LAURIN, J. Évaluation de la qualité des soins infirmiers, Montréal, Chenelière et Stanké, 1983.
- LIMOGES, J. S'entraider, Montréal, Les éditions de l'Homme, 1982.

- MAGER, R.F. Vers une définition des objectifs dans l'enseignement, Paris, Gauthier-Villars, 1969.
- MASLOW, A. Vers une psychologie de l'être. Paris, Fayard, 1972.
- MATHENEY et TOPALIS. Le nursing en psychiatrie, Toronto, Mosby, 1975.
- MAY, ROLLO. Amour et volonté, Paris, Spick, 1971.
- MUCCHIELLI, R. Communications et réseaux de communications, Paris, Entreprise Moderne, 1971.
- MUCCHIELLI, R. L'entretien de face à face dans la relation d'aide, Paris, E.S.F., E.M.E., 1970.
- MULDARY, T.W. Interpersonal Relations for Health Professionals. A Social Skills Approach, New York, MacMillan Canada Inc., 1983.
- OREM, D.E. Nursing: Concepts of Practice, 2e édition, New York, McGraw-Hill, 1980.
- OREM, D.E. Nursing Concepts of Practice, 3e édition, New York, McGraw-Hill, 1985.
- ORLANDO, I.S. La relation dynamique infirmière-client, Montréal, H.R.W., 1979.
- PAPALIA, D. et OLDS, S.W. Le développement de la personne, Montréal, H.R.W., 1979.
- PAQUETTE, C. et al. Évaluation et pédagogie ouverte, Victoriaville, Éditions NHP, 1980.
- PEPLAU, H.E. Interpersonal Relations in Nursing, New York, Putnam's Sons, 1952.
- PHANEUF, M. Guide d'apprentissage en milieu psychiatrique, St-Hyacinthe, Edisem, 1980.
- PLUCKHAM, M. Human Communication: The Matrix of Nursing, New York, McGraw-Hill, 1978.
- RIOPELLE, L. et LEDUC-LALONDE, L. Individualisation des soins. Modèle conceptuel, Montréal, McGraw-Hill, 1982.
- RIOPELLE, L., GRONDIN, L. et PHANEUF, M. Soins infirmiers; un modèle centré sur les besoins de la personne, Montréal, McGraw-Hill, 1984.
- ROGERS, C.R. Liberté pour apprendre? Paris, Dunod, 1972.
- ROGERS, C.R. Relation d'aide et la psychothérapie, Paris, Éditions Société française, 1970.
- ROGERS, C.R. Le développement de la personne, Paris, Dunod, 1972.

- SAINT-ARNAUD, Y. La personne humaine, Montréal, Les éditions de l'Homme, 1974.
- SAINT-ARNAUD, Y. La personne qui s'actualise, Chicoutimi, Gaétan Morin, 1982.
- SELLTIZ, C., WRIGHTSMAN, I.S. et COOK, S.W. Les méthodes de recherche en sciences sociales, traduit par D. Bélanger, Montréal, H.R.W., 1977.
- SIMMONS, J. Nursing psychiatrique, guide de relation infirmière-client, Montréal, H.R.W., 1975.
- TOUSIGNANT, R. Les principes de la mesure et de l'évaluation des apprentissages, Saint-Jean-sur-Richelieu, Editions Préfontaine Inc., 1982.
- TRAVELBEE, J. Relation d'aide en nursing psychiatrique, traduit par Charlotte Tremblay-Duval, Montréal, ERPI, 1978.
- Service pédagogique universitaire. L'enseignement systématique, théorie et pratique, Québec, Université Laval, 1981.
- UJHELY, G. Determinants of the Nurse-Patient Relationship, New York, Springer Publishing Co. Inc., 1968.
- WIEDENBACK, E. Clinical Nursing: A Helping Art, New York, Springer Publishing Co. Inc., 1966.
- WILSON et KNEISH. Soins infirmiers psychiatriques, Montréal, ERPI, 1982.
- WILSON et KNEISH. Soins infirmiers psychiatriques, Cahier d'exercices, Montréal, ERPI, 1982.

Articles et périodiques

- AUVIL, C.A. «The Sounds of Silence», American Journal of Nursing, August 1984, p. 1072.
- BRASSARD, C. «Réflexion sur la communication infirmière-client en l'année mondiale des communications 1983», L'infirmière canadienne, 1983, 25 (8), 22-23.
- BRODEUR, F. et LAURIN, J.C. «Communiquer avec l'être humain entier», L'infirmière canadienne, septembre 1980, pp. 20-21.
- CHALIFOUR, J. «La relation d'aide en soins infirmiers: une réalité souvent ignorée», L'Union médicale du Canada, juillet 1982, pp. 620-625.
- COHEN, S. «Programmed Instruction: Developing Empathy with Co-workers», American Journal of Nursing, November, 1983, pp. 1573-1588.

- DESCHÈNES, G. «La mesure et l'évaluation dans le cadre de diverses approches pédagogiques». Mesure et évaluation en éducation, vol. 6, no 3, mars 1983, pp. 104-122.
- EMERY, S. «Écouter», Main mise, 1975.
- GALE, L.E., POL, G. «Competence: A Definition and Conceptual Scheme», Educational Technology, June 1975.
- LAZURE, H. «L'attention focale ou l'art de gagner du temps», L'infirmière canadienne, février 1977, pp. 22-25.
- LAZURE, H. «L'Empois Chinois», L'infirmière canadienne, juin 1982, pp. 19-21.
- LEGO, S. «The One to One Nurse-Patient Relationship», Perspectives in Psychiatric Care, vol. XVIII, no 2, March-April, 1980, pp. 67-89.
- MAROT, O. «Entre la psychiatrie et la folie... être infirmière psychiatrique», L'infirmière canadienne, septembre 1981.
- OUELLET-DUBÉ, F. «La technique DELPHI», Mesure et évaluation en éducation, vol. 6, no 1, janvier 1983.
- PAUL, D. «Un modèle de formation à la relation d'aide, celui de Kagan appliqué à la profession», L'infirmière canadienne, juin 1979, pp. 26-30.
- PAUL, D. «La théorie du développement de l'Ego et son utilité pour la profession», L'infirmière canadienne, juin 1980, pp. 22-24.
- PAUL, D. «La relation d'aide», L'infirmière canadienne, mars 1981, pp. 25-28.
- PAUL, D. «La relation infirmière-client: pivot de la santé mentale du client et de l'infirmière», Nursing Québec, nov.-déc., 1984, pp. 25-28.
- PHANEUF, M. «La communication et la relation d'aide: éléments de compétence de l'infirmière». Nursing Québec, vol. II, no 2, janv.-fév. 1982, pp.14-17 et vol. II, no 3, mars-avril 1982, pp. 8-13.
- RAINVILLE, T. «La formation systématique à la relation d'aide, aujourd'hui un besoin impérieux», L'infirmière canadienne, avril 1981, pp. 25-29.
- ROUSSEAU, C. «Le modèle conceptuel d'Orem: une vision renouvelée de la profession», L'infirmière canadienne, septembre 1980, pp. 16-19.
- ROUSSEAU, C. «Le modèle conceptuel d'Orem et ses incidences sur les soins infirmiers», L'infirmière canadienne, octobre 1980, pp. 16-20.
- ROUSSEAU, L. «Le toucher thérapeutique», Nursing Québec, 1983, 3, (6), pp. 14-16.
- THOMPSON LITTLEFIELD, N. «Therapeutic Relationship: A Brief Encounter». American Journal of Nursing, September 1982, pp. 1395-1399.

Thèses

- FONTAINE, L. «Approche expérientielle dans la formation de l'étudiante infirmière», Université de Montréal, 1975.
- PAUL, D. «The Effects of Interpersonal Process Recall on the Responsibility Level and the Frequency of Counseling Activities of Community Health Nurses», Boston University, May 25, 1979.
- ST-AMOUR, G. «Relation entre la communication professeur-étudiant et étudiant-malade en regard de la fonction expressive», Mémoire de maîtrise en Nursing, Université de Montréal, décembre 1972.

Documents publiés

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. Définition de la pratique infirmière, normes de la pratique infirmière, Ottawa, A.I.I.C., 1981.
- AUDETTE, C. «Entre nos démarches en révision de curriculum antérieures et la préparation du nouveau programme, où trouver le point de jonction?», Colloque des soins infirmiers, Actes du colloque, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, 1984, pp. 137-144.
- BUJOLD, N. La formation dans le domaine affectif, Document de travail, (deuxième épreuve), Québec, Université Laval, 1982.
- Cégep de Limoilou. Devis. Programme de soins infirmiers 180.01, Limoilou, 1984.
- Cégep de St-Félicien. Devis local du programme soins infirmiers 180.01, St-Félicien, 1982.
- Cégep de Trois-Rivières. Devis pédagogiques. Soins infirmiers 180.01, Trois-Rivières, 1984.
- Gouvernement du Québec, Loi des infirmières et infirmiers du Québec, Editeur officiel, nov. 1978, C-1-8, art. 36-37.
- Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, Direction de la mesure et de l'évaluation des apprentissages. Guide docimologique. Notions sur la taxonomie, fascicule 3, Québec, 1977.
- Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, Direction de la mesure et de l'évaluation des apprentissages. Guide docimologique. Les objectifs d'apprentissage dans l'optique de la mesure et de l'évaluation, fascicule 2, Québec, 1978.
- Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, Direction des politiques et plans. Répertoire des éléments de connaissance par unité modulaire. Santé Québec, 1982.

- KAGAN, N. Interpersonal Process Recall: A Method of Influencing Memory Interaction, East Lansing, M.I., Michigan State University, 1976.
- LACROIX, J.C. Documents pédagogiques Le plan d'étude, Bibliothèque nationale du Québec, 1974.
- LAMBERT, C. «La transformation de vases clos en vases communicants par l'entremise de cinq fils conducteurs». Colloque des soins infirmiers, Actes du colloque, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, 1984, pp. 17-25.
- LAMBERT, C. et RIOPELLE, L. Les buts et les orientations de la formation en soins infirmiers au niveau collégial, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, février 1981.
- LAMBERT, C. et RIOPELLE, L. Présentation d'un rapport d'étape en vue d'une révision des plans d'études cadres du programme des techniques infirmières, et Présentation du deuxième rapport d'étude en vue d'une révision des plans d'études cadres du programme des soins infirmiers, Documents de travail, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, mars et juin 1981.
- LAMBERT, C. et RIOPELLE, L. Suivi du projet d'expérimentation du programme de formation en soins infirmiers au niveau collégial, Bulletin no 4, Québec, Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, 1982.
- LESSARD, L.M. Les attentes du domaine affectif dans l'apprentissage des soins infirmiers en milieu clinique pédiatrique. Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, 1984.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Nursing en santé mentale, Montréal, O.I.I.Q., 1978.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Hypothèse de cadre conceptuel, Montréal, O.I.I.Q., 1979.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, L'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier au Québec, Tome 1, Méthode d'évaluation de la compétence, Tome 2, Normes et critères de compétence pour les infirmières et les infirmiers en soins prolongés, Tome 3, Normes et critères de compétence pour les infirmières en soins de courte durée, Montréal, O.I.I.Q., 1980.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Le nursing psychothérapeutique au Québec, Montréal, O.I.I.Q., 1981.
- 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.

PHANEUF, M. «La préparation de l'étudiante à la relation infirmière-client par la perception de soi médiatisée par vidéo-rétroaction», Rapport du Colloque des techniques infirmières, Ressourcement et Envol, Gouvernement du Québec, 1980.

Documents non publiés ou publiés par le collège de Bois-de-Boulogne (cahier maison)

Cégep de Bois-de-Boulogne. Plan d'études du 180-501, Département de techniques infirmières, automne 1984.

Cégep de Bois-de-Boulogne, Équipe 180-501, Département de techniques infirmières, Guide de stage : soins infirmiers psychiatriques, Montréal, 1981.

Cégep de St-Félicien. Tiré de la grille d'évaluation formative, soins infirmiers 180.01, St-Félicien, 1984.

Cégep du Vieux-Montréal, Département de techniques infirmières. Plans d'études du 180-101 et 180-201 sur la communication, automne 1984.

Centennial College of Applied Arts and Technology. Nursing Program Interpersonal Relationships I, Semester I, Fall, 1984.

Centennial College of Applied Arts and Technology. Nursing Program Interpersonal Relationships II, Semester II, Winter 1985.

SABA, Viviane. Relation d'aide et communication (contenu de cours), Collège de Bois-de-Boulogne, 1984.

Documents audio-visuels

LIMOGES, J. Film Stimulinteraction, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 1974.

RAYMOND, G. «Integrating Theory with Other Models», Conférence enregistrée, Toronto, 1985.

ANNEXES

COMMUNICATION ET RELATION D'AIDE

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

Inventaire S

CÉLINE AUDETTE

GHISLAINE ST-AMOUR

LOUISE LEDUC LALONDE

PROFESSEURES DE TECHNIQUES INFIRMIÈRES

COLLÈGE DE BOIS-DE-BOULOGNE

OCTOBRE 1984

Cette recherche est subventionnée par le ministère de l'Éducation dans le cadre de PROSIP

PRÉSENTATION

Dans le cadre d'une recherche subventionnée par la Direction générale de l'enseignement collégial, un questionnaire d'enquête a été élaboré. Ce dernier a pour but d'identifier les schèmes de référence ou modèles en communication utilisés dans l'enseignement des soins infirmiers au niveau collégial et de recueillir des données relatives au contenu de ces schèmes ou modèles et à leurs applications dans l'enseignement.

Étant la première étape de cette présente recherche, le questionnaire comporte trois parties principales : 1) l'inventaire des schèmes ou modèles utilisés dans l'enseignement de la communication aux étudiantes¹ de techniques infirmières, 2) l'inventaire des ressources humaines et matérielles susceptibles d'aider les professeures dans leur enseignement et 3) un sondage sur le sens précis que vous donnez aux termes «communication» et «relation d'aide».

CONSIGNES

Techniquement, le genre de réponses attendues est précisé pour chacune des questions.

Une attention spéciale devra cependant être apportée à la première question portant sur votre choix d'un ou de plusieurs modèle(s). Il faudra alors avoir le soin d'indiquer le(s) modèle(s) choisi(s), selon l'ordre d'importance de ce(s) modèle(s) dans votre enseignement: le plus important constituant votre PREMIER CHOIX; le moins important des trois constituant votre TROISIÈME CHOIX. Vos réponses aux questions 2 et 3 devront également tenir compte de ce premier, deuxième ou troisième choix de modèle(s), afin d'assurer aux résultats de cette recherche toute la validité souhaitée.

Il est par ailleurs capital que le *contenu* de vos réponses soit l'expression de ce que vous vivez concrètement dans votre enseignement de la communication aux étudiantes de techniques infirmières.

Veillez vous sentir très à l'aise d'utiliser le verso du questionnaire pour préciser ou compléter vos réponses.

MERCI DE VOTRE COLLABORATION.

¹ La population visée par cette enquête étant majoritairement féminine, seul le générique féminin sera utilisé dans ce questionnaire quand il sera question de la répondante et de ses étudiantes, sans aucune discrimination et dans l'unique but d'alléger le texte.

INVENTAIRE DES SCHÈMES ET DES MODÈLES

1. Parmi les auteurs indiqués ci-après, veuillez préciser, par ordre de priorité de un à trois, celui ou ceux dont la théorie vous sert concrètement de schème de référence ou de modèle de communication dans votre enseignement.

N.B. «1» correspond au schème ou modèle utilisé en premier lieu, c'est-à-dire votre premier choix
 «2» correspond au schème ou modèle utilisé en second lieu, c'est-à-dire votre deuxième choix (si nécessaire)
 «3» correspond au schème ou modèle utilisé en dernier lieu, c'est-à-dire votre troisième choix (si nécessaire)

___ Auger, L.

___ Boisvert, J. et M. Beaudry

___ Carkhuff, R.

___ Egan, G.

___ Gendlin, E.

___ Guindon, J.

___ Hétu, J.-L.

___ Kagan, N.

___ Limoges, J.

___ Orlando, I.

___ Peplau, H.-E.

___ Phaneuf, M.

___ Rogers, C.

___ Saint-Arnaud, Y.

___ Travelbee, J.

___ Ujhely, G.

___ Wiedenbach, E.

___ Autres, précisez lesquels

205

2.a- En regard du ou des choix exprimé(s) précédemment, veuillez décrire brièvement le ou les modèle(s) choisi(s) dans ses ou leurs grandes lignes

PREMIER CHOIX	DEUXIÈME CHOIX	TROISIÈME CHOIX

PREMIER CHOIX

DEUXIÈME CHOIX

TROISIÈME CHOIX

2.b- En regard du ou des choix exprimé(s) précédemment, veuillez indiquer l'idée maîtresse (la trame de fond) du ou des modèle(s) choisi(s)

2.c- En regard du ou des choix exprimé(s) précédemment, veuillez nommer la ou les valeur(s) qui sous-tend(ent) ce ou ces modèle(s) (c'est-à-dire la philosophie, ...)

2.d- En regard du ou des choix exprimé(s) précédemment, veuillez énumérer les qualités et les avantages que présente(nt) ce ou ces modèle(s)

2.e- En regard du ou des choix exprimé(s) précédemment, veuillez énumérer les limites et les désavantages que comporte(nt) ce ou ces modèle(s)

3. En regard du ou des choix exprimé(s) au numéro 1, veuillez

A) identifier les techniques d'enseignement utilisées (jeu de rôle, supervision,..)

B) indiquer les objectifs que vous poursuivez dans l'enseignement avec ce ou ces modèle(s)

- les objectifs terminaux

Nous entendons par objectifs terminaux les comportements attendus de l'étudiante à la fin de ses trois années de cours

- les objectifs intermédiaires

Nous entendons par *objectifs intermédiaires* les comportements attendus :

- 1) dont le niveau de généralité est moins élevé que celui des objectifs terminaux
- 2) dont les manifestations observables ou mesurables peuvent servir d'indicateurs permettant d'inférer l'atteinte de l'objectif terminal

- les objectifs spécifiques

Nous entendons par *objectifs spécifiques* des objectifs de niveau opérationnel qui doivent traduire une action à réaliser par l'étudiante

4. Quelles sont les raisons qui vous ont incitée à choisir le ou les modèle(s) indiqué(s) précédemment?

5. Pouvez-vous nous indiquer les autres schèmes, modèles ou auteurs que vous connaissez et que vous n'avez pas choisis en précisant pourquoi vous ne les avez pas choisis pour votre enseignement?

INVENTAIRE DES RESSOURCES HUMAINES ET MATÉRIELLES

6. Connaissez-vous des personnes-ressources en regard des auteurs, schèmes ou modèles suivants? Veuillez les identifier

	NOM	ADRESSE AU TRAVAIL	TÉLÉPHONE	
			Résidence	Travail
Auger, L.	:			
Boisvert, J. et M. Beaudry	:			
Carkhuff, R.	:			
Egan, G.	:			
Gendlin, E.	:			
Guindon, J.	:			
Hétu, J.-L.	:			
Kagan, N.	:			
Limoges, J.	:			
Orlando, I.	:			
Peplau, H.-E.	:			
Phaneuf, M.	:			
Rogers, C.	:			
Saint-Arnaud, Y.	:			
Travelbee, J.	:			
Ujhely, G.	:			
Wiedenbach, E.	:			
Autres	:			

7. Indiquer les ressources utilisées dans votre enseignement avec ce ou ces modèle(s) et évaluer chacune d'elles en regard de chacun des critères indiqués ci-après

Echelle : 1 = passable; 2 = bon; 3 = très bon; 4 = excellent; 5 = exceptionnel.

VOLUMES ET/OU ARTICLES (Références complètes)	Disponibilité	Clarté	Qualité globale	Qualité de la traduction (s'il y a lieu)	Commentaires des étudiantes

MOYENS AUDIO-VISUELS (cassettes, films, vidéos, vignettes) (Références complètes)

DOCUMENTS INFORMATISÉS (s'il y a lieu)

	Disponibilité	Clarté	Qualité globale	Qualité de la traduction (s'il y a lieu)	Commentaires des étudiantes	

NOTION DE COMMUNICATION ET DE RELATION D'AIDE

8. Quelle est votre définition de la communication et de la relation d'aide en soins infirmiers?

A) RELATION D'AIDE

B) COMMUNICATION

GUIDE POUR ENTREVUE

1. Communication et relation d'aide

Quels sont pour vous les deux points de convergence et de divergence au sujet des termes «communication» et «relation d'aide»?

2. Modèle de communication

- Quel(s) schème(s) de référence utilisez-vous?
- Quel(s) volume(s) utilisez-vous?
- Quelles sont les qualités de la documentation utilisée:
 - . clarté des textes
 - : qualité de la traduction des textes
- Quelle appréciation faites-vous du modèle?

3. Clientèle visée par l'enseignement du modèle

4. Mode d'application du modèle

- Identifiez les techniques, méthodes et modes d'enseignement utilisés.
- Existe-t-il un continuum, un fil conducteur?
- Existe-t-il une séquence d'objectifs terminaux, intermédiaires ou spécifiques?
- Quels avantages et désavantages (points forts et faibles) voyez-vous dans ce modèle pour l'enseignement?

5. Raison du choix (Évaluation personnelle et théorique du modèle)

- Pourquoi avez-vous choisi ce modèle?
- Quel autre modèle connaissez-vous et pourquoi ne l'avez-vous pas choisi?

**INVENTAIRE DES BESOINS DE FORMATION
POUR L'ENSEIGNEMENT DU FIL CONDUCTEUR COMMUNICATION**

QUESTIONNAIRE

**à l'intention des professeures de techniques infirmières
du collège de Bois-de-Boulogne**

Inventaire P

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Céline Audette

Ghislaine St-Amour

Louise Leduc Lalonde

Mai 1985

**Cette recherche est subventionnée par le ministère de l'Éducation
dans le cadre de PROSIP**

INFORMATIONS ET CONSIGNES

Dans le cadre du projet de recherche en cours sur l'enseignement du fil conducteur communication en techniques infirmières, nous aimerions connaître vos besoins personnels de formation pour l'enseignement de cette matière.

Pour ce faire, et afin d'identifier à la fois les besoins de formation que vous éprouvez face à l'enseignement du fil conducteur communication et les modes de perfectionnement que vous privilégiez, ce questionnaire comporte deux parties distinctes:

Partie A : Les objets de formation

Partie B : Les modes de perfectionnement des professeures.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses pour ce questionnaire; c'est votre opinion qui est importante. Le questionnaire est anonyme.

Veillez s'il vous plaît répondre à toutes les questions et faire parvenir votre questionnaire complété, sous enveloppe, au casier de madame Céline Audette, local R-223, pour le 17 mai.

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

L'ÉQUIPE DES CHERCHEURES

Note: La population visée par ce sondage étant très majoritairement féminine, seul le générique féminin sera utilisé dans ce questionnaire; sans aucune discrimination et dans l'unique but d'alléger le texte.

PARTIE A: LES OBJETS DE FORMATION

QUESTION 1

Voici une liste d'auteurs qui ont contribué à l'étude de la communication. En regard de chacun, veuillez indiquer si vous désirez ou non recevoir plus d'information au sujet de son approche (faire un x dans la case appropriée).

	NON je ne désire pas d'information	OUI je désire plus d'information
1. Egan	_____	_____
2. Duldt, Giffin et Patton	_____	_____
3. Bradley et Edinberg	_____	_____
4. Orem	_____	_____

QUESTION 2

Nous vous présentons ici une série de 5 concepts clés relatifs à la communication.

Dans les colonnes identifiées «Rang (théorie)» et «Rang (pratique)», nous vous demandons d'indiquer la priorité de vos besoins de formation théorique et pratique en accordant à chaque concept un rang de 1 à 5.

Par formation théorique, nous entendons celle donnée par l'enseignement, les conférences, etc...; par formation pratique, celle fournie par des laboratoires, ateliers, exercices.

Accordez le rang 1 au concept que vous jugez le plus prioritaire pour recevoir de la formation; et le rang 5 à celui que vous jugez le moins prioritaire ou le moins important pour vous.

Assurez-vous que pour chaque concept vous avez attribué un rang de 1 à 5 dans chaque colonne.

	<u>Rang (théorie)</u>	<u>Rang (pratique)</u>
<i>Concept 1:</i> Éléments de communication (émetteur, récepteur, etc.)	_____	_____
<i>Concept 2:</i> Habiletés et obstacles (utilisation du silence, écoute active, non-confiance, être sur la défensive)	_____	_____
<i>Concept 3:</i> Attitudes facilitantes (empathie, authenticité, etc.)	_____	_____
<i>Concept 4:</i> Relations interpersonnelles, infirmière-client (phases de la relation, types de relations)	_____	_____
<i>Concept 5:</i> Relations interpersonnelles, infirmière-équipe	_____	_____

QUESTION 3

Voici une série de moyens qu'un professeur peut utiliser dans son enseignement du fil conducteur communication.

Pour chacun d'entre eux, nous vous demandons d'indiquer:

- sur la ligne A : si vous ressentez un besoin de formation théorique;
- sur la ligne B : si vous ressentez un besoin de formation pratique.

Vous répondez en encerclant le chiffre correspondant le mieux à votre évaluation.

Sur chacune des lignes, les points extrêmes équivalent à :

- 1 = aucun besoin ressenti
- 7 = un très grand besoin de formation ressenti

1. L'utilisation de l'analyse d'interaction

A - 1 2 3 4 5 6 7

B - 1 2 3 4 5 6 7

2. L'utilisation du journal de bord

A - 1 2 3 4 5 6 7

B - 1 2 3 4 5 6 7

3. L'utilisation d'un guide de stage

A - 1 2 3 4 5 6 7

B - 1 2 3 4 5 6 7

4. L'utilisation des jeux de rôles

A - 1 2 3 4 5 6 7

B - 1 2 3 4 5 6 7

5. L'utilisation du vidéo-feedback

A - 1 2 3 4 5 6 7

B - 1 2 3 4 5 6 7

6. L'utilisation de l'audio-visuel (films, vignettes)

A - 1 2 3 4 5 6 7

B - 1 2 3 4 5 6 7

7. L'utilisation des ateliers de travail
(groupes centrés sur la tâche)

A - 1 2 3 4 5 6 7

B - 1 2 3 4 5 6 7

8. L'utilisation de supervision individuelle
(incluant techniques d'entrevues)

A - 1 2 3 4 5 6 7

B - 1 2 3 4 5 6 7

9. L'utilisation de groupes de sensibilisation ou de
croissance

A - 1 2 3 4 5 6 7

B - 1 2 3 4 5 6 7

10. L'utilisation des discussions (échanges libres
post-clinique ou pré-clinique)

A - 1 2 3 4 5 6 7

B - 1 2 3 4 5 6 7

PARTIE B: LES MODES DE PERFECTIONNEMENT DU PROFESSEUR

QUESTION 4

Voici maintenant une série de modes de perfectionnement qu'un professeur peut choisir. Indiquez pour chacun d'eux votre degré d'intérêt (en encerclant le chiffre approprié) en regard de vos besoins de formation pour l'enseignement du fil conducteur communication.

Si vous ne ressentez aucun besoin de formation pour l'enseignement du fil conducteur communication, vous cochez 1 (Pas du tout intéressée) pour tous les modes de perfectionnement énumérés ci-après.

Sur chacune des lignes, les points extrêmes équivalent à:

- 1 = *Pas du tout intéressée*
7 = *Extrêmement intéressée*

Supervision individuelle

1. Supervision individuelle par un collègue du département.

Pas du tout intéressée	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement intéressée
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

2. Supervision individuelle par un expert (spécialiste) du service de l'aide pédagogique aux professeurs (A.P.P.) du collège.

Pas du tout intéressée	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement intéressée
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

3. Supervision individuelle par un expert ou spécialiste extérieur au collège.

Pas du tout intéressée	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement intéressée
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

<i>Supervision de groupe</i>

4. Supervision de groupe par une collègue du département.

Pas du tout intéressée	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement intéressée
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

5. Supervision de groupe par un expert (spécialiste) du service de l'aide pédagogique aux professeurs (A.P.P.) du collège.

Pas du tout intéressée	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement intéressée
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

6. Supervision de groupe par un expert ou spécialiste extérieur au collège.

Pas du tout intéressée	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement intéressée
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

<i>Participation à un atelier</i>

7. Participation à un atelier planifié par le service d'aide pédagogique aux professeurs (A.P.P.) du collège (Performa).

Pas du tout intéressée	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement intéressée
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

8. Participation à un atelier en milieu universitaire ou professionnel (associations).

Pas du tout intéressée	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement intéressée
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

9. Participation à des activités départementales.

Pas du tout intéressée	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement intéressée
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

<i>Participation à des cours ou stages</i>
--

10. Participation à des stages en milieu hospitalier.

Pas du tout intéressée	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement intéressée
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

11. Participation à des cours en milieu universitaire.

Pas du tout intéressée	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement intéressée
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

QUESTION 5

Est-ce que la participation aux activités suivantes devrait être créditée?

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>
5.1 Les ateliers	_____	_____
5.2 Les stages	_____	_____
5.3 Les cours	_____	_____
5.4 La supervision individuelle	_____	_____
5.5 La supervision de groupe	_____	_____

QUESTION 6

À l'aide de l'échelle suivante, pouvez-vous indiquer votre besoin de formation en langue seconde (conversation, lecture et écriture).

Aucun besoin	1	2	3	4	5	6	7	Un très grand besoin
--------------	---	---	---	---	---	---	---	----------------------

QUESTION 7

Comme à la question 4, pouvez-vous nous indiquer votre degré d'intérêt pour la formation en langue seconde en regard des modes de perfectionnement suivants:

1. Ateliers de conversation et/ou lecture de l'anglais au collège.

Pas du tout intéressée	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement intéressée
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

2. Cours de conversation et/ou lecture de l'anglais au collège.

Pas du tout intéressée	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement intéressée
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

3. Ateliers de conversation et/ou lecture de l'anglais à l'extérieur du collège.

Pas du tout intéressée	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement intéressée
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

4. Cours de conversation et/ou lecture de l'anglais à l'extérieur du collège.

Pas du tout intéressée	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement intéressée
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

5. Stage d'immersion de courte durée (fin de semaine) au collège.

Pas du tout intéressée	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement intéressée
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

6. Stage d'immersion de longue durée (plus d'une semaine) à l'extérieur du collège.

Pas du tout intéressée	1	2	3	4	5	6	7	Extrêmement intéressée
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

QUESTION 8

Si des activités de formation relatives à l'enseignement du fil conducteur communication avaient lieu, quel serait le degré de probabilité de votre participation, compte tenu de vos besoins et de votre disponibilité?

Très faible probabilité	1	2	3	4	5	6	7	Très forte probabilité
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

QUESTION 9

Quelle est votre disponibilité pour recevoir de la formation relative à l'enseignement du fil conducteur communication?

Aucune disponibilité	1	2	3	4	5	6	7	Très grande disponibilité
-------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------------

QUESTION 10

Seriez-vous d'accord pour vous déplacer afin de recevoir cette formation?

	<u>OUI</u>	<u>NON</u>
1. À l'extérieur du collège, dans la région de Montréal	_____	_____
2. À l'extérieur de la région de Montréal	_____	_____

QUESTION 11

Si vous deviez recevoir de la formation relative à l'enseignement du fil conducteur communication, quels mois de l'année privilégieriez-vous?

Notez pour chacun des choix le numéro correspondant au mois de votre choix.

1 = janvier	2 = février	3 = mars
4 = avril	5 = mai	6 = juin
7 = juillet	8 = août	9 = septembre
10 = octobre	11 = novembre	12 = décembre

1. Premier choix	no _____
2. Deuxième choix	no _____
3. Troisième choix	no _____

QUESTION 12

Si vous deviez recevoir de la formation concernant l'enseignement du fil conducteur communication, quel jour de la semaine privilégieriez-vous?

Cochez ici tous vos choix.

	<u>JOUR</u>	<u>SOIR</u>
1. Lundi	_____	_____
2. Mardi	_____	_____
3. Mercredi	_____	_____
4. Jeudi	_____	_____
5. Vendredi	_____	_____
6. Samedi	_____	_____
7. Dimanche	_____	_____

QUESTION 13

Si vous deviez recevoir de la formation pour l'enseignement du fil conducteur communication, seriez-vous d'accord pour défrayer en partie ou en totalité les coûts de formation?

OUI _____

NON _____

QUESTION 14

Avez-vous, au cours des deux dernières années, participé à des activités de formation relatives à l'enseignement du fil conducteur communication?

OUI _____

NON _____

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

L'ÉQUIPE DE CHERCHEURES

**Évaluation de la séquence des objectifs pédagogiques
(Objectifs terminaux)**

QUESTIONNAIRE

à l'intention des professeures de techniques infirmières
du collège de Bois-de-Boulogne

Grille 0

Équipe de recherche

Céline Audette
Ghislaine St-Amour
Louise Leduc Lalonde

Février 1985

Cette recherche est subventionnée par le ministère de l'Éducation
dans le cadre de PROSIP

INFORMATIONS

Vous avez reçu, en même temps que ce questionnaire, une proposition de séquence d'objectifs terminaux relatifs au fil conducteur communication à enseigner en techniques infirmières.

Cette séquence comporte 12 objectifs destinés à assurer à l'étudiante infirmière une formation continue et progressive relative au processus de communication à l'intérieur de la relation infirmière-client et infirmière-équipe multidisciplinaire.

Le présent questionnaire d'évaluation vise à recueillir vos opinions, commentaires, critiques et suggestions sur cette proposition.

Afin d'obtenir votre avis de façon aussi structurée et fonctionnelle que possible et nous permettre de recevoir des répondantes des données comparables, nous avons divisé ce questionnaire en deux parties :

- A. Evaluation de chacun des objectifs de la séquence.
- B. Evaluation de l'ensemble de la séquence.

DIRECTIVES

Dans le but de recevoir de vous une évaluation à la fois quantitative et qualitative de la séquence d'objectifs proposés, nous vous invitons à fournir, en général, deux types de réponses :

- A. Une réponse chiffrée, en encerclant sur l'échelle « 1 2 3 ④ 5 6 » le chiffre correspondant à votre opinion.

La légende qui suit vous servira de guide.

- 1 : NON
- 2 : plutôt NON
- 3 : tendance à NON
- 4 : tendance à OUI
- 5 : plutôt OUI
- 6 : OUI

- B. Une réponse ouverte et libre qui vous permettra d'exprimer vos commentaires, critiques et suggestions. Tâchez d'être aussi constructive que possible : un essai de contre-proposition est préférable à un simple jugement négatif. Tous vos avis et commentaires seront discutés en équipe, anonymement, lors d'une rencontre ultérieure.

PARTIE A: ÉVALUATION DE CHACUN DES OBJECTIFS

OBJECTIF 1-110 : Prendre conscience de l'importance de la communication dans la pratique infirmière

1. CLARTE

Un langage est clair lorsqu'il est facile à comprendre, dépourvu de tournures de phrases trop compliquées et de phrases trop longues.

Un message est clair quand on peut en saisir le sens sans ambiguïté.

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| a) L'intention de l'objectif apparaît-elle clairement? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Le vocabulaire est-il suffisamment clair, précis? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) La définition de cet objectif est-elle suffisamment explicite? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Commentaires et suggestions

2. FAISABILITE

Pour nous, un objectif est réalisable, «faisable», quand il peut être atteint dans le contexte du programme de techniques infirmières au niveau collégial.

L'objectif vous apparaît-il réalisable, faisable? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

3. UTILITE

Pour nous, un objectif est utile dans l'apprentissage quand il aide efficacement l'étudiante à développer et acquérir une habileté nécessaire à l'infirmière.

L'objectif vous apparaît-il utile? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

4. FIDELITE

Pour nous, un objectif est fidèle lorsqu'il est conforme aux habiletés et rôles de l'infirmière tels que décrits dans les normes de l'O.I.I.Q., de l'A.I.I.C. et dans le programme cadre.

L'objectif vous semble-t-il fidèle, conforme? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

OBJECTIF 2-110 : Appliquer les éléments de la communication en interaction avec le client.

1. CLARTE

Un langage est clair lorsqu'il est facile à comprendre, dépourvu de tournures de phrases trop compliquées et de phrases trop longues.

Un message est clair quand on peut en saisir le sens sans ambiguïté.

- a) L'intention de l'objectif apparaît-elle clairement? 1 2 3 4 5 6
 b) Le vocabulaire est-il suffisamment clair, précis? 1 2 3 4 5 6
 c) La définition de cet objectif est-elle suffisamment explicite? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

2. FAISABILITE

Pour nous, un objectif est réalisable, «faisable», quand il peut être atteint dans le contexte du programme de techniques infirmières au niveau collégial.

- L'objectif vous apparaît-il réalisable, faisable? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

3. UTILITE

Pour nous, un objectif est utile dans l'apprentissage quand il aide efficacement l'étudiante à développer et acquérir une habileté nécessaire à l'infirmière.

- L'objectif vous apparaît-il utile? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

4. FIDELITE

Pour nous, un objectif est fidèle lorsqu'il est conforme aux habiletés et rôles de l'infirmière tels que décrits dans les normes de l'O.I.I.Q., de l'A.I.I.C. et dans le programme cadre.

- L'objectif vous semble-t-il fidèle, conforme? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

OBJECTIF 3-210 : Appliquer les habiletés de communication dans une relation interpersonnelle avec le client.

1. CLARTE

Un langage est clair lorsqu'il est facile à comprendre, dépourvu de tournures de phrases trop compliquées et de phrases trop longues.

Un message est clair quand on peut en saisir le sens sans ambiguïté.

- a) L'intention de l'objectif apparaît-elle clairement? 1 2 3 4 5 6
 b) Le vocabulaire est-il suffisamment clair, précis? 1 2 3 4 5 6
 c) La définition de cet objectif est-elle suffisamment explicite? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

2. FAISABILITE

Pour nous, un objectif est réalisable, «faisable», quand il peut être atteint dans le contexte du programme de techniques infirmières au niveau collégial.

- L'objectif vous apparaît-il réalisable, faisable? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

3. UTILITE

Pour nous, un objectif est utile dans l'apprentissage quand il aide efficacement l'étudiante à développer et acquérir une habileté nécessaire à l'infirmière.

- L'objectif vous apparaît-il utile? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

4. FIDELITE

Pour nous, un objectif est fidèle lorsqu'il est conforme aux habiletés et rôles de l'infirmière tels que décrits dans les normes de l'O.I.I.Q., de l'A.I.I.C. et dans le programme cadre.

- L'objectif vous semble-t-il fidèle, conforme? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

OBJECTIF 4-210 : Identifier comment les habiletés de communication peuvent être facilitantes dans une relation interpersonnelle.

1. CLARTE

Un langage est clair lorsqu'il est facile à comprendre, dépourvu de tournures de phrases trop compliquées et de phrases trop longues.

Un message est clair quand on peut en saisir le sens sans ambiguïté.

- a) L'intention de l'objectif apparaît-elle clairement? 1 2 3 4 5 6
 b) Le vocabulaire est-il suffisamment clair, précis? 1 2 3 4 5 6
 c) La définition de cet objectif est-elle suffisamment explicite? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

2. FAISABILITE

Pour nous, un objectif est réalisable, «faisable», quand il peut être atteint dans le contexte du programme de techniques infirmières au niveau collégial.

L'objectif vous apparaît-il réalisable, faisable? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

3. UTILITE

Pour nous, un objectif est utile dans l'apprentissage quand il aide efficacement l'étudiante à développer et acquérir une habileté nécessaire à l'infirmière.

L'objectif vous apparaît-il utile? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

4. FIDELITE

Pour nous, un objectif est fidèle lorsqu'il est conforme aux habiletés et rôles de l'infirmière tels que décrits dans les normes de l'O.I.I.Q., de l'A.I.I.C. et dans le programme cadre.

L'objectif vous semble-t-il fidèle, conforme? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

OBJECTIF 5-210 : Avoir la volonté d'entrer en relation avec le client, la famille et les personnes significatives.

1. CLARTE

Un langage est clair lorsqu'il est facile à comprendre, dépourvu de tournures de phrases trop compliquées et de phrases trop longues.

Un message est clair quand on peut en saisir le sens sans ambiguïté.

- a) L'intention de l'objectif apparaît-elle clairement? 1 2 3 4 5 6
 b) Le vocabulaire est-il suffisamment clair, précis? 1 2 3 4 5 6
 c) La définition de cet objectif est-elle suffisamment explicite? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

2. FAISABILITE

Pour nous, un objectif est réalisable, «faisable», quand il peut être atteint dans le contexte du programme de techniques infirmières au niveau collégial.

L'objectif vous apparaît-il réalisable, faisable? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

3. UTILITE

Pour nous, un objectif est utile dans l'apprentissage quand il aide efficacement l'étudiante à développer et acquérir une habileté nécessaire à l'infirmière.

L'objectif vous apparaît-il utile? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

4. FIDELITE

Pour nous, un objectif est fidèle lorsqu'il est conforme aux habiletés et rôles de l'infirmière tels que décrits dans les normes de l'O.I.I.Q., de l'A.I.I.C. et dans le programme cadre.

L'objectif vous semble-t-il fidèle, conforme? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

OBJECTIF 6-310 : Expérimenter les différentes phases de la relation interpersonnelle infirmière-client.

1. CLARTE

Un langage est clair lorsqu'il est facile à comprendre, dépourvu de tournures de phrases trop compliquées et de phrases trop longues.

Un message est clair quand on peut en saisir le sens sans ambiguïté.

- a) L'intention de l'objectif apparaît-elle clairement? 1 2 3 4 5 6
 b) Le vocabulaire est-il suffisamment clair, précis? 1 2 3 4 5 6
 c) La définition de cet objectif est-elle suffisamment explicite? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

2. FAISABILITE

Pour nous, un objectif est réalisable, «faisable», quand il peut être atteint dans le contexte du programme de techniques infirmières au niveau collégial.

L'objectif vous apparaît-il réalisable, faisable? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

3. UTILITE

Pour nous, un objectif est utile dans l'apprentissage quand il aide efficacement l'étudiante à développer et acquérir une habileté nécessaire à l'infirmière.

L'objectif vous apparaît-il utile? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

4. FIDELITE

Pour nous, un objectif est fidèle lorsqu'il est conforme aux habiletés et rôles de l'infirmière tels que décrits dans les normes de l'O.I.I.Q., de l'A.I.I.C. et dans le programme cadre.

L'objectif vous semble-t-il fidèle, conforme? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

OBJECTIF 7-310 : Prendre conscience de ce qui est facilitant dans sa relation avec le client, la famille et les personnes significatives.

1. CLARTE

Un langage est clair lorsqu'il est facile à comprendre, dépourvu de tournures de phrases trop compliquées et de phrases trop longues.

Un message est clair quand on peut en saisir le sens sans ambiguïté.

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| a) L'intention de l'objectif apparaît-elle clairement? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Le vocabulaire est-il suffisamment clair, précis? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) La définition de cet objectif est-elle suffisamment explicite? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Commentaires et suggestions

2. FAISABILITE

Pour nous, un objectif est réalisable, «faisable», quand il peut être atteint dans le contexte du programme de techniques infirmières au niveau collégial.

L'objectif vous apparaît-il réalisable, faisable? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

3. UTILITE

Pour nous, un objectif est utile dans l'apprentissage quand il aide efficacement l'étudiante à développer et acquérir une habileté nécessaire à l'infirmière.

L'objectif vous apparaît-il utile? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

4. FIDELITE

Pour nous, un objectif est fidèle lorsqu'il est conforme aux habiletés et rôles de l'infirmière tels que décrits dans les normes de l'O.I.I.Q., de l'A.I.I.C. et dans le programme cadre.

L'objectif vous semble-t-il fidèle, conforme? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

OBJECTIF 9-410 : Vouloir avec conviction s'engager dans les phases d'une relation infirmière-client.

1. CLARTE

Un langage est clair lorsqu'il est facile à comprendre, dépourvu de tournures de phrases trop compliquées et de phrases trop longues.

Un message est clair quand on peut en saisir le sens sans ambiguïté.

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| a) L'intention de l'objectif apparaît-elle clairement? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Le vocabulaire est-il suffisamment clair, précis? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) La définition de cet objectif est-elle suffisamment explicite? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Commentaires et suggestions

2. FAISABILITE

Pour nous, un objectif est réalisable, «faisable», quand il peut être atteint dans le contexte du programme de techniques infirmières au niveau collégial.

- L'objectif vous apparaît-il réalisable, faisable? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

3. UTILITE

Pour nous, un objectif est utile dans l'apprentissage quand il aide efficacement l'étudiante à développer et acquérir une habileté nécessaire à l'infirmière.

- L'objectif vous apparaît-il utile? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

4. FIDELITE

Pour nous, un objectif est fidèle lorsqu'il est conforme aux habiletés et rôles de l'infirmière tels que décrits dans les normes de l'O.I.I.Q., de l'A.I.I.C. et dans le programme cadre.

- L'objectif vous semble-t-il fidèle, conforme? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

OBJECTIF 10-510 : Créer efficacement une relation interpersonnelle avec le client, sa famille et les personnes significatives.

1. CLARTE

Un langage est clair lorsqu'il est facile à comprendre, dépourvu de tournures de phrases trop compliquées et de phrases trop longues.

Un message est clair quand on peut en saisir le sens sans ambiguïté.

- a) L'intention de l'objectif apparaît-elle clairement? 1 2 3 4 5 6
 b) Le vocabulaire est-il suffisamment clair, précis? 1 2 3 4 5 6
 c) La définition de cet objectif est-elle suffisamment explicite? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

2. FAISABILITE

Pour nous, un objectif est réalisable, «faisable», quand il peut être atteint dans le contexte du programme de techniques infirmières au niveau collégial.

L'objectif vous apparaît-il réalisable, faisable? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

3. UTILITE

Pour nous, un objectif est utile dans l'apprentissage quand il aide efficacement l'étudiante à développer et acquérir une habileté nécessaire à l'infirmière.

L'objectif vous apparaît-il utile? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

4. FIDELITE

Pour nous, un objectif est fidèle lorsqu'il est conforme aux habiletés et rôles de l'infirmière tels que décrits dans les normes de l'O.I.T.Q., de l'A.I.I.C. et dans le programme cadre.

L'objectif vous semble-t-il fidèle, conforme? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

OBJECTIF 11-610 : Utiliser les moyens de communication appropriés pour collaborer avec les autres membres de l'équipe de santé.

1. CLARTE

Un langage est clair lorsqu'il est facile à comprendre, dépourvu de tournures de phrases trop compliquées et de phrases trop longues.

Un message est clair quand on peut en saisir le sens sans ambiguïté.

- a) L'intention de l'objectif apparaît-elle clairement? 1 2 3 4 5 6
 b) Le vocabulaire est-il suffisamment clair, précis? 1 2 3 4 5 6
 c) La définition de cet objectif est-elle suffisamment explicite? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

2. FAISABILITÉ

Pour nous, un objectif est réalisable, «faisable», quand il peut être atteint dans le contexte du programme de techniques infirmières au niveau collégial.

L'objectif vous apparaît-il réalisable, faisable? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

3. UTILITÉ

Pour nous, un objectif est utile dans l'apprentissage quand il aide efficacement l'étudiante à développer et acquérir une habileté nécessaire à l'infirmière.

L'objectif vous apparaît-il utile? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

4. FIDÉLITÉ

Pour nous, un objectif est fidèle lorsqu'il est conforme aux habiletés et rôles de l'infirmière tels que décrits dans les normes de l'O.I.I.Q., de l'A.I.T.C. et dans le programme cadre.

L'objectif vous semble-t-il fidèle, conforme? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

OBJECTIF 12-610 : Vivre une relation interpersonnelle avec le client, sa famille et les personnes significatives.

1. CLARTE

Un langage est clair lorsqu'il est facile à comprendre, dépourvu de tournures de phrases trop compliquées et de phrases trop longues.

Un message est clair quand on peut en saisir le sens sans ambiguïté.

- a) L'intention de l'objectif apparaît-elle clairement? 1 2 3 4 5 6
 b) Le vocabulaire est-il suffisamment clair, précis? 1 2 3 4 5 6
 c) La définition de cet objectif est-elle suffisamment explicite? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

2. FAISABILITE

Pour nous, un objectif est réalisable, «faisable», quand il peut être atteint dans le contexte du programme de techniques infirmières au niveau collégial.

L'objectif vous apparaît-il réalisable, faisable? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

3. UTILITE

Pour nous, un objectif est utile dans l'apprentissage quand il aide efficacement l'étudiante à développer et acquérir une habileté nécessaire à l'infirmière.

L'objectif vous apparaît-il utile? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

4. FIDELITE

Pour nous, un objectif est fidèle lorsqu'il est conforme aux habiletés et rôles de l'infirmière tels que décrits dans les normes de l'O.I.I.Q., de l'A.I.I.C. et dans le programme cadre.

L'objectif vous semble-t-il fidèle, conforme? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

PARTIE B: ÉVALUATION DE L'ENSEMBLE DES OBJECTIFS

1. POINTS DE DÉPART ET D'ARRIVÉE

L'objectif 1 vous apparaît-il adéquat comme point de départ de l'enseignement du fil conducteur communication à l'étudiante de première année? Si vous répondez NON, veuillez indiquer quel objectif il faudrait ajouter, changer ou retrancher?

1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

L'objectif 12 vous apparaît-il un objectif terminal adéquat pour l'enseignement du fil conducteur communication à l'étudiante qui termine son cours de techniques infirmières au niveau collégial? Si vous répondez NON, veuillez indiquer quel objectif il faudrait ajouter, changer ou retrancher?

1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

2. PROGRESSION

Les objectifs sont progressifs lorsque leur séquence montre une démarche graduelle allant du facile au difficile, du simple au complexe.

Selon vous, la séquence proposée est-elle progressive? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

3. COHÉRENCE

Pour nous, une séquence d'objectifs est cohérente quand les objectifs qui la composent sont unis entre eux par un lien significatif, sont logiques par rapport à la finalité de la séquence et forment un ensemble bien organisé.

La séquence d'objectifs proposée vous paraît-elle cohérente?

1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

4. ETANCHEITE

Pour nous, chaque objectif de la séquence proposée pour le fil conducteur communication est «étanche» s'il ne recoupe aucun autre objectif de cette séquence d'une part et si, d'autre part, il ne recoupe aucun objectif proposé pour l'enseignement des autres fils conducteurs.

- a) Selon vous, y a-t-il dans cette séquence des objectifs qui se recoupent entre eux? Si OUI, lesquels? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

- b) Selon vous, y a-t-il dans cette séquence des objectifs qui recouper ceux d'un autre fil conducteur? Si OUI, identifier cet/ces objectif(s) ainsi que le(s) objectif(s) des autres fils conducteurs qu'il(s) recoupe(nt). 1 2 3 4 5 6

- l'objectif no de la séquence du fil conducteur communication recoupe l'objectif du fil conducteur :

- l'objectif no de la séquence du fil conducteur communication recoupe l'objectif du fil conducteur :

5. MOTIVATION

Un objectif motivant suscite ou fait naître chez la professeure et l'étudiante le goût de se documenter sur le sujet, de le maîtriser, de l'enseigner et/ou de l'apprendre.

- a) La séquence d'objectifs proposée est-elle stimulante et motivante pour vous, comme professeure? 1 2 3 4 5 6
- b) Croyez-vous que cette séquence sera stimulante et motivante pour les étudiantes? 1 2 3 4 5 6

Commentaires et suggestions

Merci de votre collaboration.

Remettre ce questionnaire complété à Céline Audette pour le 7 mars 1985.

/glm

Identification des personnes-ressources mentionnées
en regard des auteurs proposés dans l'Inventaire S
(question 6)

Auteurs proposés	Personnes-ressources	
	Nom	Adresse au travail
Auger, L.	Auger, L.	Centre Multidisciplinaire, Montréal
	Duval, J.M.	Commission scolaire de Rivière-du-Loup
	Saba, Viviane	Collège de Bois-de-Boulogne
	Villeneuve, J.-C.	Centre interdisciplinaire, Montréal
	Gallant, Emilienne Audet, Pauline	Collège de Limoilou, Québec.
Carkhuff, R.	St-Yves, Aurèle	Docteur en psychologie Université Laval
	Simard, Louise	Collège de Limoilou, Québec
Egan, G.	Rainville, T.	Université de Montréal, Faculté Sc. infirmières
Gendlin, E.T.	Martin, C.	O.I.I.Q.
	Bureau, Jules	UQAM (dépt. sexologie) Professeur, université du Québec à Trois-Rivières
	Rainville, T.	Université de Montréal
	Fontaine, Louise	O.I.I.Q.
Kagan, N. Limoges, J.	Limoges, J.	Université de Sherbrooke
	Paul, D.	Université de Sherbrooke
	Poulin, Bernard	Université de Sherbrooke
Orlando, I.S.	Paquette, Colette	Collège de Joliette (congé études, université de Mtl)
	Larouche, Céline	Collège de Bois-de-Boulogne
	Phaneuf, Margot	Collège de St-Jean-sur- Richelieu
Pepleau, H.E.		Professeurs à la faculté de nursing de Montréal.

Auteurs proposés	Personnes-ressources	
	Nom	Adresse au travail
Rogers, C.		Professeurs de la faculté Sciences de l'Éducation (andragogie), Université de Montréal
Saint-Arnaud, Y.		Professeurs de la faculté Sciences de l'Éducation (andragogie), Université de Montréal
	Saint-Arnaud, Y.	Université de Sherbrooke, faculté de Psychologie
	Puroshottan, Joshi	Docteur en Psychologie, Université Laval
	Sansregret, J.-Robert	Université de Montréal (andragogie)

Nombre de choix attribués à chacun
des volumes et articles utilisés dans l'enseignement
Inventaire S - (question 7)

Titres*	Nombre de choix
Auger, L., <u>Communication et épanouissement personnel</u> , Montréal, Éditions de l'Homme, 1972.	16
Travelbee, J., <u>Relation d'aide en nursing psychiatrique</u> , Traduit par Charlotte Tremblay-Duval, Montréal, Éditions du nouveau pédagogique, 1978.	10
Orlando, I.S., <u>La relation dynamique infirmière-client</u> , Montréal, H.R.W., 1971.	8
Kozier, B. et G. Erb, <u>Soins infirmiers, une approche globale</u> , (adaptation de Michel Fortin), Montréal, Éditions du nouveau pédagogique, 1983.	6
Rogers, C., <u>Le développement de la personne</u> , Paris, Dunod, 1966.	6
Haber, J. et al., <u>Nursing en psychiatrie pour une vision globale</u> , Montréal, H.R.W., 1979, chapitres 6 et 13.	5
Riopelle, L. et al., <u>Soins infirmiers; un modèle centré sur les besoins de la personne</u> , Montréal, McGraw-Hill, 1984.	5
Mucchielli, R., <u>L'entretien de face à face dans la relation d'aide</u> , Paris, E.S.F., E.M.E., 1970.	4
Auger, L., <u>S'aider soi-même</u> , Montréal, C.I.M., 1974	3
Gendlin, E.T., <u>Au centre de soi</u> , Montréal, Éditions du Jour (Actualisation), 1982.	3
Héту, J.L., <u>La relation d'aide</u> , Ottawa, Éditions du Méridien, 1982.	3
Phaneuf, M., «La communication et la relation d'aide : éléments de compétence de l'infirmière», <u>Nursing Québec</u> , vol. 11, n° 2, janv.-fév. 1982, p. 14-17.	3
Phaneuf, M., «La communication et la relation d'aide : éléments de compétence de l'infirmière», <u>Nursing Québec</u> , vol. 11, n° 5, juillet-août 1982.	3
Rogers, C., <u>Psychothérapie et relations humaines</u> , Louvain, Publications universitaires.	3
Wilson et Kneisl, <u>Soins infirmiers psychiatriques</u> , Montréal, Éditions du nouveau pédagogique, 1982.	3

* Certaines références sont incomplètes; ce sont des données brutes provenant de l'Inventaire S

Titres	Nombre de choix
Auger, L., <u>Changer</u>	2
Jourard et Sidney, « <u>À bas le comportement stéréotypé de l'infirmière</u> », <u>Transparence de soi</u> , Québec, Éditions St-Yves, 1972.	2
Limoges, J., <u>S'entraider</u> , Montréal, Éditions de l'Homme, 1982.	2
Phaneuf, M., <u>Guide d'apprentissage en milieu psychiatrique</u> , St-Hyacinthe, Edisem, 1980.	2
Saint-Arnaud, Y., <u>Devenir autonome</u> .	2
ADER (ateliers de développement émotivo-rationnel)	1
Aguilera, D. et J.M. Messick, <u>Intervention en situation de crise</u> , Toronto, C.V. Mosby, 1976.	1
Bizier, N., Décarie.	1
Boisvert, C., <u>L'infirmière canadienne</u> .	1
Dugas, B.W., <u>Introduction aux soins infirmiers</u> , Montréal, H.R.W., 1980.	1
Egan, G., <u>The Skilled Helper : A Model for Systematic Helping and Interpersonal Relating</u> , Monterey, Ca., Brooks/Cole, 1975.	1
Evans, Monet Carter Frances, <u>Psychosocial in Nursing</u> , New York, McMillan, 1976.	1
Fitzpatrick et al., <u>Nursing Models and their Psychiatric Mental Health Application</u> , Éditions Brady.	1
Gazda, G.M. et al., <u>Human Relations Development</u> , Boston, Allyn and Bacon Inc., 1977.	1
Hayes, J.S. et H. Larson, <u>Interaction with Patients</u> .	1
Hofflee, A., <u>People in Crisis Understanding and Helping</u> , Addison-Wesley.	1
Infante, M., <u>Crisis Theory : A Framework for Nursing Practice</u> , Éditions Reston - Prentice Hall.	1
Kron, T., « <u>À votre insu, votre corps parle mieux que votre voix</u> », <u>L'infirmière canadienne</u> , juin 1973, p. 21.	1
Matheney, Topalis, <u>Le nursing en psychiatrie</u> , Toronto, Mosby, 1976.	1
Paul, D., « <u>Effets d'un programme en formation à la relation d'aide</u> », <u>L'infirmière canadienne</u> , mars 1981.	1
Myers, McGraw-Hill.	1
Pelletier, L.	1
Phaneuf, M., « <u>La préparation de l'étudiante à la relation infirmière-client par la perception de soi médiatisée par vidéo-rétroaction</u> », <u>Rapport du colloque des techniques infirmières, Ressourcement et envol</u> , Gouvernement du Québec, ministère de l'Éducation, 1980.	1

Titres	Nombre de choix
Rainville, T., «La formation systématique à la relation d'aide», <u>L'infirmière canadienne</u> , avril 1981.	1
Rogers, C., <u>Liberté pour apprendre</u> , Paris, Dunod, 1972.	1
Satir, V., <u>Thérapie du couple et de la famille</u> , Paris, Epi, 1971, chapitres 8 et 9.	1
Saint-Arnaud, Y., <u>Le groupe optimal</u> , Éditions du Seuil.	1
Sundeen, Stuart, <u>Nurse-Client Interaction</u> , Mosby Co.	1
Watzlawick, P., <u>Une logique de la communication</u> .	1
Rogers : pour élaborer notre propre idéologie Auger : pour opérationnaliser les attitudes fondamentales de l'aidant.	1

Nombre de choix attribués à chacun
des moyens audio-visuels
(cassettes, films, vidéos, vignettes)
utilisés dans l'enseignement
Inventaire S - (question 7)

Titres*	Nombre de choix
Limoges, J., Film <u>Stimulinteraction</u> , Service audio-visuel, Sherbrooke, Québec, Université de Sherbrooke, 1974	6
<u>Les besoins fondamentaux</u> , Six films (16mm), production Tournesol, SGME et OIIQ (collège de Maisonneuve)	5
<u>Cassettes de Lucien Auger</u> , Centre interdisciplinaire. Cassettes sur «Empathie - respect et authenticité en relation d'aide».	3
<u>Luc ou la part des choses</u> , ONF. Parties non travaillées: attitudes facilitantes et non facilitantes. Ce n'est pas le langage le plus usuel dans les manuels de nursing psychiatrique et les exemples ne décrivent pas ce qu'ils veulent démontrer.	3
Hubert, André et coll., <u>Salut, comment ça va?</u> , (vidéo) SGME (achat) - 3 aidants - 3 styles, cégep d'Alma.	2
<u>L'oeil de l'observateur</u> , (16 mm), 125 min., Production Stuart Reynolds.	2
<u>Paulette (une thérapie émotivo-rationnelle avec L. Auger faite sur le vif)</u> , CIMS de Montréal, 5055, Gatineau, Montréal, H3V 1E4; tél. : 735-6595.	2
<u>À chacun sa vérité</u> - film.	1
<u>Communication Blocks</u> - A/V trainex.	1
<u>Communication dans le couple</u> , Radio-Québec	1
Concept Media - Body Language	
1. Body Language	
2. Kinesics	
3. Touch	
4. Space & Human Experience	
5. Interaction	1
<u>Douze hommes en colère</u> - film	1
Entrevue : <u>Élaboration d'un plan de soins</u> .	1
Fuir #7041 - City Film	1
Limoges, J., <u>Le rôle de l'aidant</u> (vidéo)	1
<u>Le rôle de l'investigateur</u> (vidéo)	1
<u>Le retour assisté mutuel</u> (vidéo), université de Sherbrooke.	1

*Certaines références sont incomplètes; ce sont des données brutes provenant de l'Inventaire S

Titres	Nombre de choix
<u>Les alcooliques en puissance</u> , ONF.	1
<u>Les valeurs</u> (vidéo), Radio-Québec	1
<u>L'oeil du spectateur</u> - Stuart Reynolds, film 16mm, distribué par le cégep de Trois-Rivières	1
<u>Nursing psychiatrique</u> - film	1
<u>Retour assisté</u> - vidéo	1
<u>Therapeutic Communication</u> - A/V trainex	1

**Achevé d'imprimer
en août 1985 sur les presses
des Ateliers Graphiques Marc Veilleux Inc.
Cap-Saint-Ignace, Qué.**