

Université de Montréal

Les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*

Par

Annie Denoncourt

Faculté des sciences infirmières

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

21 décembre 2006

© Annie Denoncourt, 2006

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*

Présenté par

Annie Denoncourt

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Johanne Goudreau
Présidente-rapporteur

Alain Legault
Directeur de recherche

Jacinthe Pepin
Membre du jury

Résumé

La formation en milieu clinique permet à l'étudiante d'intégrer ses apprentissages et de développer ses compétences professionnelles. De plus en plus, ces programmes de formation se tournent vers des infirmières des milieux cliniques pour assurer l'encadrement des stages. Si plusieurs études ont abordé la supervision clinique, aucune ne s'est intéressée spécifiquement aux caractéristiques qui font qu'une supervision clinique contribue à la fois à l'intégration des apprentissages et à l'approfondissement du *caring* par les étudiantes.

Cette étude avait pour but de décrire les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Les résultats obtenus reposent sur un devis descriptif qualitatif réalisé auprès de cinq coordonnatrices de stages et cinq IRFC. L'analyse a été réalisée selon la méthode de Miles et Huberman (2003) à partir de la transcription intégrale des entrevues. Cette analyse a permis d'identifier dix caractéristiques : 1) manifester des attitudes en accord avec le *caring*; 2) faire preuve de respect dans la relation pédagogique; 3) accepter de ne pas tout connaître; 4) établir une relation pédagogique de partenariat; 5) créer un climat favorable à l'apprentissage; 6) promouvoir l'apprentissage progressif; 7) pratiquer le questionnement; 8) favoriser la réflexion et la discussion; 9) encourager la recherche d'informations et 10) utiliser la rétroaction. Ces caractéristiques ont été regroupées en trois catégories soit les attitudes, les habiletés relationnelles et les habiletés d'encadrement de l'IRFC. Des recommandations pour la formation et la recherche découlent de cette étude.

Mots-clés : compétences, formation clinique, approche par compétences, intégration des apprentissages, milieu clinique, *caring*, supervision clinique.

Abstract

Training in a clinical field, allows the student to integrate her apprenticeship and to develop her professional competencies. Now, more than ever, these training programs target nurses in the clinical field to ensure clinical supervision. If many studies have addressed clinical supervision, none have shown specific interest to characteristics that make clinical supervision contribute both to the integration of apprenticeship as well as the deepening of caring by the students.

The aim of this study was to describe the characteristics of a clinical supervision that contributes to the integration of apprenticeship in the perspective of caring school of thought. The obtained results rest on a descriptive qualitative study realized amongst a sampling by reasoned choice comprising of five internship coordinators and five NRTC. This analysis has been realized based on the integral transcripts of interviews as per the Miles & Huberman (2003) method. This study has permitted to identify ten characteristics: 1) demonstrate attitudes consistent with caring; 2) demonstrate proof of respect within a pedagogical relation; 3) accept that you do not know everything; 4) establish a pedagogical relation partnership; 5) create a favorable environment towards apprenticeship; 6) promote progressive apprenticeship; 7) practice inquiring; 8) promote reflection and discussion; 9) encourage information seeking and 10) use feedback. These characteristics have been grouped in three categories being attitude, relational capabilities and supervision capabilities of the NRTC. Recommendations for training and research arise from this study.

Key words: competencies, clinical training, competence-based approach, apprenticeship, integration, clinical field, caring, clinical supervision.

Table des matières

Résumé.....	iii
Abstract.....	iv
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures.....	ix
Liste des sigles et abréviations.....	x
Dédicace.....	xi
Remerciements.....	xii
Chapitre 1 : Le phénomène à l'étude	1
Le but de l'étude	11
Les questions de recherche	11
Chapitre 2 : La recension des écrits	12
L'intégration des apprentissages dans une approche par compétences.....	13
La définition de la compétence	15
La nouvelle conception de l'apprentissage et du rôle de l'étudiante	16
La nouvelle conception de l'enseignement et du rôle de l'enseignante	17
La nouvelle conception de l'enseignement et de l'apprentissage.....	19
La formation clinique en sciences infirmières	20
Le rôle de l'infirmière responsable de formation clinique	24
La formation clinique qui s'inscrit dans la perspective de l'école de pensée du <i>caring</i>	29
La philosophie du <i>caring</i> de Watson	33
La vision de la personne	33
La vision de l'environnement	34
La vision de la santé	34
La vision du soin	35
Des facteurs caratifs aux caritas cliniques	35
Chapitre 3 : La méthode de recherche	40
Le devis de l'étude	41
La pertinence de la recherche qualitative en sciences infirmières	41
L'échantillon	42
Les participantes à l'étude	43
Le recrutement des participantes	45
La collecte des données	46

Discussion focalisée réalisée avec les coordonnatrices de stages.....	47
Entrevues individuelles réalisées avec les IRFC.....	50
L'analyse des données	52
La rigueur scientifique	59
Les considérations éthiques	60
Les limites et les forces de l'étude.....	61
Les limites de l'étude.....	61
Les forces de l'étude.....	63
 Chapitre 4 : Les résultats.....	65
Le profil des participantes.....	66
La définition de l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du <i>caring</i>	67
Les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du <i>caring</i>	70
Les attitudes de l'IRFC.....	71
Manifester des attitudes en accord avec le <i>caring</i>	71
Faire preuve de respect dans la relation pédagogique envers l'étudiante.....	73
Accepter de ne pas tout connaître.....	75
Les habiletés relationnelles de l'IRFC.....	78
Établir une relation pédagogique de partenariat	79
Créer un climat favorable à l'apprentissage.....	82
Entretenir une relation qui soutient la motivation de l'étudiante	82
Développer une relation de collaboration avec le personnel du milieu.....	85
Les habiletés d'encadrement pédagogique de l'IRFC.....	87
Promouvoir l'apprentissage progressif.....	87
Pratiquer le questionnement.....	90
Le questionnement réciproque.....	92
Favoriser la réflexion et la discussion	93
Les rencontres cliniques.....	95
Encourager la recherche d'informations.....	97
Utiliser la rétroaction.....	99
Des caractéristiques en interaction constante.....	104
 Chapitre 5 : La discussion.....	107
La discussion sur les résultats de l'étude.....	108
Les attitudes.....	108
Les habiletés relationnelles.....	114
Les habiletés d'encadrement.....	120
La contribution de cette étude au développement des connaissances en pédagogie des sciences infirmières.....	128
Les recommandations.....	130
Sur le plan de la recherche.....	130
Sur le plan de la formation.....	131
 Conclusion.....	133

Références	136
Appendice A : La lettre à la vice-doyenne.....	148
Appendice B: Les renseignements aux participantes	150
Appendice C : Les formulaires de consentement libre et éclairé	159
Appendice D : Les questionnaires sociodémographiques	162
Appendice E : Les guides d'entrevue	165
Appendice F : Les préconceptions de l'étudiante-rechercheure	172
Appendice G : Le processus d'analyse	175
Appendice H: Le certificat d'éthique	187
Appendice I : Le modèle de supervision clinique.....	189

Liste des tableaux

Tableau I	Exemple de tableau réalisé durant le processus d'analyse.....	57
Tableau II	Caractéristiques sociodémographiques des coordonnatrices de stage...	68
Tableau III	Caractéristiques sociodémographiques des infirmières responsables de formation clinique (IRFC).....	68
Tableau IV	Caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages regroupées en trois catégories.....	71

Liste des figures

- Figure 1 Assurer une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages selon la perspective de l'école de pensée du *caring*..... 106

Liste des sigles et des abréviations

IRFC	Infirmière responsable de formation clinique
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
CLSC	Centre local de services communautaires

À mes parents, qui jusqu'ici, ont toujours été
présents dans toutes les étapes de ma vie

Remerciements

La rédaction d'un mémoire de maîtrise demande une participation active, de la motivation et de la persévérance certes. Cependant, c'est un processus qui ne peut se réaliser sans l'accompagnement, la compréhension et le soutien de plusieurs personnes. Je tiens donc à les remercier cordialement.

Je voudrais d'abord souligner qu'au cœur de ce projet de mémoire, l'environnement pédagogique ainsi que la relation créée entre le directeur de maîtrise et l'étudiante sont essentielles à la réussite. Par conséquent, je remercie sincèrement mon directeur de maîtrise, Alain Legault, qui a cru en moi et qui a osé s'aventurer dans la réalisation de ce travail déjà amorcé. Sa patience, sa confiance, son expertise, sa rigueur, ses précieux conseils, son soutien autant scientifique qu'humain, ainsi que sa grande générosité avec les nombreuses heures accordées sont quelques-unes des raisons qui m'ont permis de réussir à finaliser cet ouvrage. Ce fut un réel plaisir de travailler sous la direction de M.Legault, un véritable exemple de *caring*.

Je désire aussi exprimer mon entière reconnaissance aux dix participantes qui ont accepté volontairement de participer à cette étude. Sans vous, ce mémoire n'aurait jamais pris forme.

Merci à mon employeur, le collège Saint-Jérôme, pour son soutien en acceptant de m'accorder un congé sans solde pour perfectionnement durant une année complète. Je remercie également la Faculté des sciences infirmières pour le soutien financier octroyé par la bourse de rédaction que j'ai obtenu pour terminer ce document.

Plusieurs autres personnes m'ont soutenu et encouragé dans cette expérience de rédaction. Parmi elles, je voudrais remercier de façon spéciale Madame Chantal Cara, professeure agrégée à l'Université de Montréal. Je la remercie pour son accueil

chaleureux à mon entrevue d'admission au début de mes études, ensuite pour ses précieuses recommandations en tant que conseillère et enfin pour son soutien, sa rigueur et son expertise comme directrice jusqu'à son départ précipité pour maladie en juillet 2004. Ce soutien m'a donné le goût de poursuivre mes études et de me dépasser.

Je tiens aussi à remercier mes amies. D'abord, un merci à Josée, une amie qui me ressemble avec laquelle j'ai étudié, fait des travaux et discuté jusqu'à très tard le matin. Un merci aussi à Francine, une amie toute spéciale qui me soutient depuis le début de cette belle aventure qu'est la rédaction d'un mémoire. Je vais m'ennuyer de tes nombreux courriels d'encouragement. Merci à Danielle, Brigitte, Maggie et Geneviève, qui ont toujours été présentes et à l'écoute, à un moment ou un autre, durant mes études de maîtrise.

En terminant, je désire remercier les personnes les plus importantes à la réalisation de ce mémoire. D'abord, mes enfants Louis-Charles, 8 ans et Sarah, 6 ans qui, malgré leur jeune âge, ont compris que maman devait passer plusieurs heures devant l'ordinateur. Merci aussi à mes parents qui m'ont inculqué la discipline du travail et la valeur inestimable des études supérieures. Un merci spécial à ma sœur Karine pour sa présence auprès de mes enfants et les nombreuses heures passées à lire mes travaux de maîtrise. Finalement, un merci à mon mari Jean-François qui a assurément été mon plus grand allié. Merci de ta patience et d'avoir cru en moi.

Chapitre 1

Le phénomène à l'étude

La formation clinique a toujours été une composante essentielle dans les programmes de formation initiale en sciences infirmières (O'Connor, 2001). Cette composante de la formation permet à l'étudiante¹ d'intégrer les connaissances acquises dans les cours théoriques et de développer ses habiletés d'intervention. La réussite du volet clinique nécessite un contact direct avec la pratique infirmière réelle et un encadrement pédagogique qui repose de plus en plus sur des infirmières oeuvrant dans les milieux cliniques. Or, la préparation pédagogique de ces infirmières cliniciennes est très variable. Conséquemment, il est de toute première importance d'identifier les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

Depuis la mise en œuvre, en 2004, d'un nouveau programme de baccalauréat élaboré selon une approche par compétences, la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal fait face à un nouveau défi, celui de repenser la formation clinique en cohérence avec l'école de pensée du *caring* qui est à la base de ses programmes de 1^{er} cycle depuis 1995 ainsi qu'avec les principes de la formation par compétences.

L'école de pensée du *caring* est importante dans la formation infirmière puisque selon plusieurs auteures (Benner et Wrubel, 1989; Gaut et Leininger, 1991; Leininger, 1981; Watson, 1988), le *caring* constitue l'essence de la discipline infirmière. De plus, ces auteures estiment qu'il devient essentiel de donner priorité au *caring*, qui est à la fois une manière fondamentale d'être dans le monde et un idéal moral (Kérrouac, Pepin, Ducharme et Major, 2003). Les différentes théoriciennes de cette école de pensée

¹ L'utilisation du féminin est employée de manière inclusive dans ce mémoire afin d'alléger le texte.

affirment que le soin comprend des aspects affectifs ou humanistes relatifs à l'attitude et l'engagement (Kérrouac et coll., 2003). Plusieurs auteurs (Cara, 1997, 2001; Hoover, 2002; Lyne et Waller, 1990; Watson, 1988, 1999a) reconnaissent l'importance de s'appuyer sur l'école de pensée du *caring* pour la formation des infirmières. En effet, selon Legault, Pepin et Marcheterre (2005), le *caring*, comme essence même des soins infirmiers, doit non seulement être au cœur de la formation infirmière, mais aussi influencer l'approche pédagogique des professeures. Plusieurs auteures (Cara, 2001; Hoover, 2002; Lyne et Waller, 1990) soutiennent que l'apprentissage du *caring* doit se faire dans le milieu de formation des étudiantes. Dans son ouvrage sur la supervision clinique, O'Connor (2006) affirme que les étudiantes sont capables de reconnaître le *caring* lorsqu'elles l'observent et que l'expérience du *caring* vécue par les étudiantes avec les superviseuses cliniques constitue un facteur contributif à l'apprentissage et au développement d'une approche *caring* auprès des patients en milieu clinique.

Par ailleurs, la mise en oeuvre d'un programme, selon une approche par compétences, constitue un défi pédagogique important puisqu'elle exige un passage du paradigme de l'enseignement au paradigme de l'apprentissage (Langevin et Bruneau, 2000). Ce changement paradigmique commande une nouvelle façon de concevoir l'enseignement et l'apprentissage (Lasnier, 2000). L'approche par compétences implique la prise en compte de plusieurs principes issus du cognitivisme et du constructivisme. D'une part, le cognitivisme représente la façon dont la personne acquiert et utilise les connaissances (Lasnier, 2000). Il s'intéresse particulièrement à l'analyse, à la compréhension et à l'organisation du processus de traitement de l'information (Tardif, 1992, 1995). D'autre part, l'approche constructiviste considère que les nouvelles connaissances s'acquièrent graduellement en faisant des liens avec les

connaissances antérieures. Elle met aussi l'accent sur le rôle actif de l'apprenante comme agente principale de son apprentissage. En somme, alors que le constructivisme a pour objet de cerner la nature de l'intelligence et de la connaissance, le cognitivisme s'attarde à en saisir le fonctionnement (Carboneau et Legendre, 2002).

Dans son ouvrage qui fait le point sur l'approche par compétences, Lasnier (2000), soutient qu'une compétence correspond à « un savoir-agir *complexe* résultant de l'intégration, de la mobilisation et de l'agencement d'un ensemble de capacités et d'habiletés (*pouvant être d'ordre cognitif, affectif, psychomoteur ou social*) et de connaissances (*connaissances déclaratives*) utilisées efficacement, dans des situations ayant un caractère commun. » (p. 32). L'acquisition d'une compétence ne s'apparente pas à un apprentissage robotisé, mais il réfère à un apprentissage organisé et stratégique (Lasnier, 2000). Le fait de posséder des connaissances ou des capacités ne signifie pas être compétent. En effet, dans un article théorique, Perrenoud (1999) explique que le passage à la compétence est « l'actualisation de ce que l'on sait dans un contexte singulier » (p. 15). Ainsi, les compétences ne se substituent pas aux savoirs, mais les contextualisent et les réorganisent. Les compétences ne se limitent pas à des savoir-faire élémentaires, de simples tâches, mais sont plutôt des savoir-faire de haut niveau qui exigent de multiples ressources cognitives dans le traitement de situations complexes (Perrenoud, 1999). En effet, pour développer des compétences, il faut constamment lier et mobiliser les connaissances et les mettre en œuvre dans des situations complexes qui engagent divers types de ressources cognitives (Brossard, 1999; Perrenoud, 1995, 1999). Les savoirs (connaissances scientifiques, professionnelles et habiletés cognitives), les savoir-être (valeurs et attitudes) et les savoir-faire (habiletés et aptitudes à faire et à réaliser) sont sans contredit les composantes importantes de la compétence (Lavoie et

Painchaud, 1993). En somme, l'enseignement, selon une approche par compétences, nécessite l'intégration des connaissances théoriques, procédurales et conditionnelles (Conseil supérieur de l'éducation, 2000).

L'adoption de l'approche par compétences pour la formation infirmière, implique un renouvellement complet des méthodes d'enseignement en classe, en laboratoire et **en stage**. L'enseignante s'intéresse particulièrement à l'apprentissage que les étudiantes ont à faire pour devenir des professionnelles compétentes, capables d'agir avec efficacité, rigueur et autonomie dans des situations complexes de soins. La fonction de la professeure, selon Develay (1994), n'est plus d'enseigner mais de veiller à ce que les étudiantes apprennent. Dans leur traité pédagogique, Barbeau, Montini et Roy (1997) affirment que le rôle de l'enseignante consiste à aider les étudiantes à approfondir les connaissances, à les organiser de façon à mieux les retenir et à mieux les utiliser afin d'être en mesure de les mettre en pratique et de savoir les transférer. L'approche par compétences met l'étudiante au cœur de son apprentissage. Elle y joue un rôle actif et déterminant dans l'édification de ses savoirs (Carboneau et Legendre, 2002). Elle devient la première artisan de son apprentissage (Prost, 1990). Ainsi, l'étudiante en action traite une grande quantité d'informations, elle prend des décisions concernant la façon dont elle procédera, elle réfléchit sur ses actions et sur les ressources mobilisées et, enfin, elle s'engage dans un processus de découverte et de construction des connaissances (Brossard, 1999).

La diversification et l'approfondissement des expériences cliniques de l'étudiante tout au long de la formation demeurent indispensables à l'intégration de la théorie et de la pratique. En d'autres mots, l'ensemble des apprentissages réalisés en stage s'avère très significatif pour l'étudiante, car il lui permet une démarche pratique et

scientifique le plus près possible de la réalité du travail. Develay (1994), affirme, dans un article théorique, que la démarche de l'étudiante revêt davantage de sens quand elle lui permet de relier ses apprentissages scolaires avec ce qu'elle se propose d'être comme professionnelle. Ainsi, le sens prend forme lorsque l'étudiante fait un lien entre la théorie et la pratique, lorsqu'elle se rend compte de l'importance des connaissances théoriques et pratiques pour devenir une professionnelle compétente. Afin de réaliser ce transfert de connaissances nécessaire au développement des compétences, il s'avère crucial de mettre l'étudiante en action le plus tôt possible au début de sa formation.

Le stage en milieu clinique devient alors l'endroit idéal pour favoriser l'acquisition de nouvelles connaissances, principalement des connaissances conditionnelles, ainsi que l'intégration des apprentissages. En effet, plusieurs auteures (Barbeau et coll., 1997; Lasnier, 2000; Tardif, 1992) affirment que l'intégration et le transfert des connaissances doivent se faire dans des situations d'apprentissage réelles, concrètes et signifiantes. Pour sa part, Rogiers (2000) définit l'intégration des apprentissages comme le processus par lequel de nouvelles connaissances sont ajoutées aux connaissances antérieures. Ce qui amène l'étudiante à restructurer l'ensemble de ses connaissances dans un domaine particulier et lui permet de les appliquer à de nouvelles situations concrètes.

Le stage s'avère être un lieu de synthèse, de reconstruction et d'intégration des savoirs. Dans ce contexte, les expériences cliniques sont très utiles à l'élaboration de liens entre la théorie (connaissances déclaratives) et la pratique (connaissances procédurales et conditionnelles). L'enseignement des connaissances conditionnelles a comme avantage, selon Barbeau et ses collaborateurs (1997), de permettre les opérations de transfert des apprentissages. Ce transfert demeure important, selon ces auteurs,

puisque'il exige plus que l'apprentissage automatique d'une procédure qu'on répète plusieurs fois : il nécessite de savoir porter des jugements, de savoir identifier ce qu'il y a de commun entre les diverses situations (généralisation) et ce qu'il y a de différent (discrimination). Il nécessite donc une pensée critique. En somme, les apprentissages visés en stage sont d'ordre supérieur puisqu'ils demandent une application, une analyse, une synthèse et impliquent le jugement de la part de l'étudiante pour la réalisation efficace de l'action (Louis et Bernard, 1999). Par conséquent, cette période de formation pratique durant le baccalauréat en sciences infirmières vise la consolidation de compétences permettant à l'étudiante d'assurer pleinement son rôle et ses responsabilités.

Considérant l'importance du stage pour l'intégration des connaissances et l'acquisition des nouvelles connaissances dans une profession orientée vers la pratique, la description des caractéristiques d'une supervision clinique qui soutient l'intégration des connaissances devient incontournable. En effet, l'infirmière responsable de formation clinique (IRFC)² joue un rôle important dans le développement des compétences cliniques des étudiantes infirmières. O'Connor (2006) lui reconnaît plusieurs rôles dont celui d'enseignante, de superviseure, d'évaluatrice et d'infirmière. L'enseignement clinique, selon cette auteure, doit favoriser l'intégration de la théorie à la pratique par le développement de la pensée critique, des habiletés techniques et d'un comportement éthique. L'approche par compétences, qui se centre sur l'étudiante et son apprentissage, fait appel à un renouvellement des stratégies d'enseignement et d'évaluation en milieu clinique. En effet, selon l'expérience de l'étudiante-chercheure, le

² IRFC sera le terme général utilisé dans ce mémoire pour désigner la superviseure, la monitrice et l'infirmière associée.

stage fut souvent considéré comme un lieu de pratique pour les habiletés psychomotrices. Dans cette optique, le stage le plus enrichissant était celui où les étudiantes avaient eu l'occasion de pratiquer le plus de méthodes de soins possibles, les étudiantes performantes étaient celles qui maîtrisaient les habiletés et les superviseures compétentes étaient celles qui réussissaient à faire pratiquer le plus de méthodes de soins à leurs étudiantes durant le stage. D'ailleurs, O'Connor (2001) soutient que pour de nombreuses étudiantes le développement des habiletés techniques est la priorité durant les stages au détriment des autres dimensions du rôle de l'infirmière. Aujourd'hui, avec le programme par compétences, cette façon d'enseigner et d'évaluer en milieu clinique est remise en question. L'encadrement en milieu clinique dans une approche par compétences requiert des stratégies d'enseignement et d'évaluation différentes de la part de l'IRFC puisque le stage se veut un lieu d'intégration des apprentissages nécessaires au développement des compétences de la future infirmière. Ce qui implique le développement de la pensée critique et du jugement clinique, l'adoption d'attitudes professionnelles et l'intégration des connaissances scientifiques et humanistes (Swendsen Boss, 1985).

Pour développer ces compétences professionnelles, il s'avère nécessaire de connaître les caractéristiques des superviseures cliniques à l'aise dans une approche par compétences et dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. En effet, l'encadrement pédagogique en milieu clinique est un aspect fondamental en regard de la construction des compétences des futures diplômées. Plusieurs auteures se sont penchées sur différents aspects de la supervision clinique. Ainsi, Becker et Neuwirth (2002), dans une recension des écrits sur le sujet, ont identifié les stratégies d'enseignement permettant de maximiser la première expérience clinique des étudiantes.

De leur côté, Bergman et Gaitskill (1990) ainsi que Morgan et Knox (1987) ont cherché à connaître les caractéristiques des superviseures cliniques considérées comme les plus importantes du point de vue des étudiantes et des enseignantes. Ainsi, l'étude descriptive de Bergman et Gaitskill (1990), fut réalisée auprès de 134 étudiantes et 23 enseignantes. Un questionnaire, conçu et testé dans une recherche antérieure, fut utilisé pour recueillir les données. Les résultats de l'étude mettent en évidence que les caractéristiques les plus importantes de la superviseure, selon les étudiantes, sont sa capacité à communiquer du respect envers l'étudiante, d'être bien articulée et de posséder un bon niveau de connaissances cliniques, d'encourager les étudiantes à se sentir à l'aise de poser des questions et de demander de l'aide et d'être objective et juste lors de l'évaluation des étudiantes. Par ailleurs, les caractéristiques les plus importantes de la superviseure selon les enseignantes sont la capacité à démontrer de l'intérêt envers le patient et les soins, d'être honnête et directe avec les étudiantes et de communiquer du respect envers l'étudiante.

Pour leur part, Morgan et Knox (1987) ont réalisé une étude comparative auprès de 173 étudiantes et 28 superviseures. Elles cherchaient à connaître les caractéristiques de la meilleure et de la moins bonne superviseure clinique. Les résultats de leur étude montrent que les deux groupes perçoivent qu'être un bon modèle de rôle est la caractéristique recevant la meilleure note chez les bonnes superviseures et la note la plus basse chez les moins bonnes superviseures. De plus, les résultats mettent en évidence que les meilleures superviseures aiment les soins infirmiers, qu'elles sont bien préparées pour l'enseignement, qu'elles sont des cliniciennes habiles et confiantes, faciles d'approche et encouragent le respect mutuel. En particulier, les étudiantes perçoivent les meilleures superviseures comme étant enthousiastes, capables de promouvoir

l'autonomie des étudiantes et de leur indiquer des erreurs sans les rabaisser. Pour leur part, les enseignantes voient les meilleures superviseuses comme des infirmières faisant preuve d'une profonde connaissance des soins infirmiers, capables d'expliquer clairement et de stimuler l'intérêt des étudiantes.

Par ailleurs, l'étude empirique quantitative de Krichbaum (1994) réalisée auprès de 36 superviseuses encadrant des étudiantes en stage de soins critique répartie dans 14 hôpitaux a identifié les stratégies d'enseignement utilisées par les superviseures de stage ayant un impact positif sur les apprentissages cliniques. Les apprentissages cliniques furent évalués par le *Basic Knowledge Assessment Tools* (BKAT) et le *Clinical Evaluation Test* (CET), ce dernier instrument ayant été développé pour cette étude. Les résultats des analyses mettent en évidence que certaines stratégies d'enseignement utilisées par les superviseures cliniques ont un impact plus grand sur les apprentissages cliniques. En effet, l'apprentissage augmente lorsque les superviseures utilisent certaines stratégies d'enseignement spécifiques telles : 1) clarifier les objectifs du stage; 2) donner de nombreuses possibilités pour pratiquer; 3) poser des questions pertinentes aux étudiantes; 4) donner une rétroaction spécifique et au moment opportun; 5) faire preuve d'enthousiasme et s'intéresser au processus d'apprentissage.

Finalement, l'article théorique de Told et Freshwater (1999) recommande la pratique réflexive comme modèle de supervision clinique puisque celle-ci facilite la collaboration et le développement des habiletés relationnelles tout en permettant à l'étudiante de développer son habileté à examiner sa pratique clinique quotidienne et, conséquemment, à apprendre de ses erreurs et de ses bons coups.

Ces écrits théoriques et empiriques nous renseignent sur différents aspects de la supervision clinique, cependant, il n'existe, à la connaissance de l'étudiante-rechercheure,

aucune étude sur les caractéristiques d'une supervision clinique qui s'inscrit à la fois dans une approche par compétences et dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

Une étude sur ce sujet est pertinente dans le cadre de l'option « formation en soins infirmiers » de la maîtrise en sciences infirmières car elle devrait permettre de développer des connaissances qui guideront la démarche de formation et d'encadrement des infirmières responsables de formation clinique répondant aux exigences d'un programme de formation par compétences.

Le but de l'étude

Le but de cette étude est de décrire, selon la perception de coordonnatrices de stages et d'infirmières responsables de formation clinique, les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

La question de recherche

Quelles sont les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring* ?

Chapitre 2

La recension des écrits

Dans ce chapitre, nous discuterons d'abord de l'importance de l'intégration des apprentissages dans une approche par compétences, assise pédagogique de l'étude. Ensuite, nous présenterons les principaux écrits traitant de la formation clinique en sciences infirmières. Finalement, dans la dernière section de ce chapitre, la philosophie du *caring* de Watson utilisée comme perspective infirmière de cette étude sera décrite.

L'intégration des apprentissages dans une approche par compétences

L'intégration des apprentissages, décrite par Rogiers (2000) comme un processus par lequel de nouvelles connaissances sont ajoutées aux connaissances antérieures, est un principe fondamental de l'approche par compétences. En effet, dans son ouvrage, Lasnier (2000) soutient que s'il devait utiliser un seul mot pour caractériser une compétence, ce serait le mot intégration. Selon lui, le principe de l'intégration est le fondement de la formation par compétences et les principes de globalité, de construction et d'intégration sont fortement en interaction dans le processus d'apprentissage. Par conséquent, cette section du chapitre, exposera les principes de l'approche par compétences afin de bien camper l'importance de l'intégration des apprentissages dans cette approche.

L'approche par compétences s'inspire de principes issus du cognitivisme et du constructivisme. D'une part, elle s'appuie sur le cognitivisme. Ce courant, issu de la psychologie cognitive, se préoccupe de la manière dont l'étudiante acquiert et utilise les connaissances et les savoir-faire (Lasnier, 2000). Il fait référence aux processus mentaux permettant de transformer l'information en connaissances, autrement dit d'intégrer de nouveaux savoirs au système de connaissances de l'apprenante (Carboneau et Legendre, 2002). La psychologie cognitive, selon Tardif (1992), se soucie

particulièrement des stratégies d'apprentissage de l'étudiante, des mécanismes de construction progressive de la connaissance et de la réutilisation des connaissances en mémoire. Aussi, elle se préoccupe des stratégies d'enseignement qui sont susceptibles de favoriser la construction graduelle de la connaissance chez l'étudiante en tenant compte des composantes affectives, cognitives et métacognitives de celle-ci. Enfin, selon Tardif (1992), la psychologie cognitive reconnaît que les trois niveaux de traitements de l'information (affectif, cognitif et métacognitif) sont extrêmement importants dans la compréhension de l'apprentissage. Pour cet auteur, une grande importance est accordée à la métacognition en psychologie cognitive, puisqu'elle correspond à la motivation. Barbeau et ses collaborateurs (1997) affirment que la motivation est indispensable à l'apprentissage de l'étudiante et qu'elle s'observe à travers l'engagement cognitif, la participation et la persistance à la tâche. L'engagement cognitif étant la qualité et le degré de l'effort mental investi lors de l'accomplissement de tâches demandées, la participation étant un processus actif et dynamique demandant une implication et de l'énergie de la part de l'étudiante et la persistance représente le temps que l'étudiante consacre à la tâche à réaliser ainsi que les attitudes qu'elle manifeste en cas de difficultés.

D'autre part, l'approche par compétences s'appuie sur le constructivisme puisqu'elle met l'accent sur le rôle actif de l'étudiante comme première artisan de son apprentissage. De plus, elle estime que les nouvelles connaissances s'acquièrent progressivement par la mise en relation avec les connaissances antérieures. De même, le constructivisme propose d'encourager l'autonomie et l'initiative de l'étudiante, de lui présenter des tâches signifiantes, de favoriser l'apprentissage par la manipulation du matériel et l'interaction avec les autres, de soutenir l'étudiante et de la guider dans ses

apprentissages et, enfin, de mettre l'étudiante en action pour l'amener à construire ses savoirs, ses savoir-être et ses savoir-faire. Il n'est donc pas surprenant, selon Lasnier (2000), qu'une compétence soit définie comme un savoir-agir et qu'elle s'acquiert dans l'action.

La définition de la compétence

Le concept de compétence est en évolution et il existe actuellement plusieurs définitions dans les écrits. Ainsi, la définition retenue par le MEQ (2003) soutient qu'une compétence correspond à un « savoir-agir fondé sur la mobilisation et l'utilisation efficace d'un ensemble de ressources » (p. 12). Lasnier (2000) précise qu'une compétence correspond à « un savoir-agir *complexe* résultant de l'intégration, de la mobilisation et de l'agencement d'un ensemble de capacités et d'habiletés (*pouvant être d'ordre cognitif, affectif, psychomoteur ou social*) et de connaissances (*connaissances déclaratives*) utilisées efficacement, dans des situations ayant un caractère commun. » (p. 32). Plus récemment, Tardif (2006) a complété cette définition en introduisant la notion de famille de situations. Pour cet auteur, la compétence est « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficace d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (p. 22).

Pour leur part, Désilet et Brassard (1994) mentionnent que la compétence est un état et non pas une action. La compétence est ce qui permet l'action, et non l'action elle-même. Bref, selon ces auteurs, la compétence est l'état dans lequel se trouve la personne qui a intégré des concepts et des façons de faire la rendant capable d'agir dans une situation complexe. Plus précisément, Louis et Bernard (1999) définissent la compétence

comme « l'exercice du jugement dans le choix de l'application des connaissances nécessaires en vue de réaliser efficacement une action, compte tenu du problème posé et du contexte dans lequel l'action se déroule » (p. 23). Pour ces auteurs, la compétence est le résultat de la mobilisation par l'étudiante des connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles en vue de la réalisation efficace d'une action. Les connaissances déclaratives sont les connaissances théoriques, lesquelles s'avèrent plus statiques que dynamiques, les connaissances procédurales sont celles qui correspondent aux étapes pour réaliser l'action et les connaissances conditionnelles sont les connaissances responsables du transfert des apprentissages chez l'apprenante (Lasnier, 2000; Tardif, 1992). Le principal avantage et non le moindre, de l'enseignement des connaissances conditionnelles selon Barbeau et coll. (1997), est de permettre les opérations de transfert des apprentissages. Lasnier (2000) définit le transfert comme étant « l'utilisation, dans un autre contexte, de connaissances et de capacités apprises dans un contexte donné. » (p. 174) Pour lui, le transfert est un processus très complexe qui nécessite l'utilisation de stratégies d'apprentissage précises et efficaces. Par conséquent, si on veut que le processus de transfert soit acquis, on ne peut laisser son apprentissage au hasard (Lasnier, 2000).

Une nouvelle conception de l'apprentissage et du rôle de l'étudiante

Le rôle essentiel de l'étudiante dans une approche par compétences est d'apprendre. Elle devient une actrice de premier plan, responsable de ses apprentissages (Boutin, 2000 ; Langevin et Bruneau, 2000 ; Tardif, 1997a). Ainsi, l'apprentissage se réalise seulement si elle joue un rôle actif, s'engage et fourni l'effort nécessaire (Barbeau et coll., 1997). L'apprentissage est une construction personnelle qui prend

appui sur des connaissances antérieures (Langevin et Bruneau, 2000 ; Tardif, 1995). En effet, Develay (1991) estime que l'apprentissage réel et durable ne peut se construire sur du vide, mais à partir de connaissances, de valeurs et d'attitudes qui sont déjà bien ancrées dans l'esprit de celui qui apprend. Pour réaliser cet apprentissage, il s'avère important, selon plusieurs auteurs (Barbeau et coll., 1997 ; Lasnier, 2000 et Tardif, 1997a), de mettre l'étudiant en action dans un contexte réel, complexe et signifiant puisque les étudiantes voient la signification des tâches à accomplir dans la mesure où elles sont capables de relier ce qu'elles font en milieu universitaire et ce qu'elles se proposent d'être en milieu professionnel (Develay, 1994). En somme, cette nouvelle approche tente de rendre l'apprentissage plus signifiant pour l'étudiante, stimule sa participation et accroît sa motivation.

Une nouvelle conception de l'enseignement et du rôle de l'enseignante.

Barbeau et ses collaborateurs (1997) soulignent que l'instauration de l'approche par compétences constitue une nouvelle conception de l'enseignement qui est centrée sur l'apprentissage des étudiantes, sur le développement de leurs habiletés et sur l'intégration de leurs apprentissages. Selon ces auteurs, la réussite demeure une responsabilité partagée entre l'enseignante et l'étudiante puisque l'enseignante met ses ressources et ses énergies au service de l'étudiante, mais, qu'en définitive, celle-ci décide seule à s'engager et à fournir l'effort nécessaire à son apprentissage. Dans le même sens, Tardif (1997a) affirme qu'on reconnaît maintenant que les enseignantes exercent une grande influence sur la qualité des apprentissages des étudiantes. En effet, selon cet auteur, les enseignantes ont un rôle important à jouer dans la motivation des étudiantes avec des pratiques pédagogiques et évaluatives qui interpellent l'étudiante en

apprentissages. De plus, selon cet auteur, les enseignantes assument aussi une part importante du sens que les étudiantes sont en mesure d'attribuer aux apprentissages en leur permettant de créer des liens entre les connaissances déjà en mémoire et les nouvelles connaissances. En somme, les activités utilisées par les enseignantes en vue de susciter l'apprentissage ne sont pas neutres, elles contribuent d'une façon directe au degré d'engagement des étudiantes et aux apprentissages qu'elles réalisent (Tardif, 1997a).

L'adoption de l'approche par compétences implique un passage du paradigme de l'enseignement au paradigme d'apprentissage (Langevin et Bruneau, 2000; Tardif, 1997a). Ce changement de paradigme équivaut à un changement d'attitude ainsi qu'à une nouvelle façon d'aborder le rôle de l'enseignante et de concevoir le rapport existant dans la relation enseignement-apprentissage (Tagg et Barr, 1995). Pour Langevin et Bruneau (2000), adopter un nouveau paradigme signifie développer une identité professionnelle spécifique et cohérente à une culture pédagogique définie puisqu'on y trouve des fondements qui donnent du sens à sa pratique.

Apprendre représente une tâche complexe et soutenir la motivation des étudiantes demande aux enseignantes d'être engagées dans une démarche consciente et structurée. Il s'avère donc important que les enseignantes soient sensibilisées à l'influence que leurs interventions d'aide à l'apprentissage peuvent avoir sur la motivation de leurs étudiantes (Barbeau et coll., 1997). Elles doivent aussi motiver les étudiantes avec des tâches à accomplir qui soient signifiantes et stimulantes pour susciter l'intérêt de celles-ci. Dans le même ordre d'idées, Barbeau et coll. (1997) affirment que le rôle de l'enseignante consiste à choisir les méthodes d'enseignement les plus appropriées et les plus susceptibles d'avoir du sens et de représenter un défi pour les

étudiantes. Bref, selon ces auteurs, les tâches qui font appel à la pensée critique, à la créativité et qui permettent d'utiliser les connaissances acquises pour les mettre à l'épreuve ont plus de chance de retenir l'attention et de maintenir l'intérêt des étudiantes. Les tâches complexes qui se rapprochent du contexte réel sont des tâches significatives et elles permettent la mobilisation des connaissances, car elles obligent à se questionner, à repérer les connaissances pertinentes et à les réorganiser en fonction de la situation avant de pouvoir la résoudre (Perrenoud, 1999). Porter des jugements, savoir identifier ce qu'il y a de commun entre les diverses situations et ce qu'il y a de différents commandes une pensée critique qui est nécessaire au transfert des connaissances (Barbeau et coll., 1997).

Une nouvelle conception de l'enseignement et de l'apprentissage

L'approche par compétences permet l'acquisition, l'intégration et le transfert des connaissances déclaratives (le « quoi »), procédurales (le « comment faire ») et conditionnelles (le « quand » et le « pourquoi ») grâce aux activités d'apprentissage par problèmes, aux laboratoires et aux **stages en milieu clinique**. Pour Louis et Bernard (1999), les connaissances conditionnelles créent l'expertise chez l'apprenante comme chez la professionnelle. En ce sens, ces auteurs estiment que les connaissances conditionnelles introduisent l'exercice du jugement de l'étudiante par rapport à la pertinence et à l'efficacité de l'action ou de la stratégie envisagée. L'approche par compétences laisse une large place aux savoirs. Cependant, elle exige un allègement et un réaménagement des contenus afin de favoriser le transfert des connaissances théoriques à la pratique (Perrenoud, 1999). Dans son article théorique, Tardif, (1997b) souligne que contrairement au paradigme d'enseignement, où l'enseignante visait

l'exhaustivité, le paradigme de l'apprentissage n'insiste que sur les données pertinentes, c'est-à-dire, les informations nécessaires pour comprendre et permettre une démarche éclairée et réfléchie. Cette nouvelle approche implique une intégration plutôt qu'une juxtaposition des contenus et des diverses disciplines afin de guider, de soutenir et d'accompagner efficacement les étudiantes dans la construction des connaissances déclaratives, procédurales et conditionnelles (Faculté des sciences infirmières, 2004).

En résumé, l'approche par compétences représente un changement de paradigme centré sur l'apprentissage, ce qui apporte des ajustements importants sur le plan pédagogique. En effet, s'inspirant de plusieurs principes issus du cognitivisme et du constructivisme, cette approche met d'une part l'accent sur le rôle actif de l'étudiante dans la construction des connaissances et d'autre part, elle se préoccupe particulièrement des stratégies d'apprentissage de l'étudiante. Cette approche rend l'étudiante active, stimule sa participation et accroît sa motivation avec un apprentissage plus signifiant. L'enseignante dans ce type de programme guide, accompagne et organise ses activités en fonction des apprentissages de l'étudiante. Pour y arriver, elle présente à l'étudiante des contextes significatifs dans un environnement riche en apprentissages (Boutin, 2000). Nous allons maintenant examiner ce que la recension des écrits nous a permis d'apprendre sur la supervision en milieu clinique.

La formation clinique en sciences infirmières

Le milieu clinique s'avère être un endroit de choix pour intégrer tous les savoirs puisque selon plusieurs auteurs en sciences de l'éducation, (Barbeau et coll., 1997; Lasnier, 2000; Louis et Bernard, 1999), l'intégration et le transfert des connaissances se font dans des situations d'apprentissage réelles, concrètes et signifiantes. Les

expériences cliniques, appelées communément stages, sont très utiles à l'élaboration de liens entre la théorie (connaissances déclaratives) et la pratique (connaissances procédurales et conditionnelles). Le stage s'avère être un lieu de synthèse, de reconstruction et d'intégration des savoirs qui occupe une place centrale dans la formation des futures infirmières. En effet, dans leur ouvrage, Reilly et Oerman (1999) mentionnent que le milieu clinique est « un environnement dynamique où il est possible d'atteindre les différents buts d'un programme de formation professionnelle en regard de la pratique clinique. » (p. 29). Elles ajoutent que « l'apprentissage expérientiel est au cœur de la pratique clinique et qu'en ce sens, il doit faire partie intégrante de la conception de l'enseignement-apprentissage de l'enseignante. » (p. 29)

Confrontées à des situations complexes dans un contexte réel, les stagiaires doivent réfléchir, se questionner et se référer constamment à leurs connaissances antérieures pour agir de manière adéquate. Ainsi, en stage, les étudiantes sont appelées à utiliser leurs connaissances théoriques, leurs habiletés et leurs attitudes en tout temps. En effet, il devient important en stage que tous les types de connaissances soient acquis et intégrés pour atteindre les compétences souhaitées permettant à l'étudiante d'assumer pleinement son rôle et ses responsabilités. En somme, les apprentissages visés en stage sont d'ordre supérieur puisqu'ils demandent une application, une analyse, une synthèse et impliquent le jugement clinique de la part de l'étudiante pour la réalisation efficace de l'action (Louis et Bernard, 1999).

Plusieurs auteures (Chan, 2002; Becker et Neuwirth, 2002; Tanner, 2002; Wilson, 1994) en sciences infirmières affirment que le milieu clinique est un élément déterminant de la formation infirmière. Tanner (2002), dans son éditorial sur l'éducation clinique, souligne que l'étudiante en sciences infirmières a besoin de ces expériences

cliniques qui l'aident à penser et à agir comme une infirmière. Cette auteure, estime que le fait pour l'étudiante de se retrouver immergée dans le milieu clinique ne peut qu'être l'expérience d'apprentissage la plus significative et enrichissante de son programme de formation. Pour atteindre ce niveau de signification, l'étudiante doit disposer de temps pour d'abord découvrir le rythme du département, ensuite se questionner sur où et comment avoir accès à l'information et, enfin, pratiquer en tant que membre de l'équipe de soins.

Dans le même ordre d'idées, Becker et Neuwirth (2002), dans leur recension des écrits sur les stratégies d'enseignement pour maximiser la première expérience clinique des étudiantes infirmières, affirment que le milieu clinique s'avère l'endroit de choix pour synthétiser les apprentissages théoriques et les mettre en pratique. En effet, selon ces auteures, le milieu clinique stimule l'étudiante à utiliser ses habiletés de pensée critique pour résoudre des problèmes. D'ailleurs, le manque de pratique en milieu clinique peut entraver le développement de la pensée critique (Kataoka-Yahiro et Saylor, 1994). Les connaissances pratiques dans les disciplines appliquées se développent, selon Benner (1984), grâce à des expériences cliniques.

Pour sa part, dans son article théorique basé sur une recension d'écrits traitant de l'environnement clinique d'apprentissage, Chan (2002) voit l'environnement clinique d'apprentissage comme un contexte social complexe et multidimensionnel. Pour cet auteur, le stage s'avère être une période de transition qui permet aux étudiantes de consolider leurs connaissances ainsi que leurs habiletés dans l'action, en situation réelle. Durant l'expérience en milieu clinique, on exige de l'étudiante qu'elle développe ses compétences en appliquant ses connaissances, ses habiletés, ses attitudes et ses valeurs à des situations cliniques réelles. Il estime également que plusieurs aspects de

l'environnement clinique affectent la qualité de l'apprentissage des étudiantes, notamment, la préparation de l'étudiante, les caractéristiques de la superviseure et des infirmières du milieu, le soutien des pairs et, enfin, la variété des expériences cliniques auxquelles l'étudiante est exposée.

D'autre part, l'étude ethnographique de Wilson (1994) explore et décrit l'expérience d'apprentissage en milieu clinique d'étudiantes en sciences infirmières. Les données de l'étude ont été recueillies à l'aide d'observation d'étudiantes en stage et par des entrevues ethnographiques. La chercheure observa d'abord 12 groupes d'étudiantes en stage de pédiatrie et, par la suite, elle réalisa 30 entrevues individuelles avec certaines des étudiantes observées durant le stage. L'analyse des données a permis de mettre en évidence six buts poursuivis par les étudiantes en stage, soit 1) ne pas nuire aux patients, 2) aider les patients, 3) intégrer les connaissances théoriques à la pratique clinique, 4) apprendre des méthodes de soins et des habiletés cliniques, 5) donner une image positive d'elle-même en tant qu'étudiante et 6) en tant qu'infirmière. De plus, les résultats indiquent que les étudiantes construisent une définition de leur rôle, de celui des superviseures cliniques et des infirmières de l'établissement de santé qui les accueille en se basant sur le contexte social du milieu d'accueil et sur les interactions entre les superviseures cliniques, les patients, les infirmières et elles-mêmes.

En somme, selon les écrits discutés précédemment, le stage en milieu clinique demeure central à la formation des infirmières. En effet, il est l'endroit de choix pour transférer les connaissances théoriques à la pratique, contribuer au développement de la pensée critique, favoriser l'apprentissage du jugement clinique et développer les attitudes requises par la pratique. Toutefois, l'acquisition et le transfert des compétences

résultent d'un apprentissage supervisé et guidé par une infirmière responsable de la formation clinique.

Le rôle de l'infirmière responsable de formation clinique

L'infirmière responsable de formation clinique (IRFC) joue un rôle crucial dans l'acquisition et l'intégration des connaissances par les futures infirmières. En effet, l'étudiante qui s'investit dans la construction de ses connaissances a besoin d'être guidée et accompagnée pour réussir à atteindre le niveau de compétences nécessaires à une pratique infirmière professionnelle (Tanner, 2002). Or, la qualité de la supervision et de l'accompagnement des étudiantes en stage favorise la cohérence de l'enseignement, maximise les apprentissages et permet une évaluation plus précise des apprentissages (O'Connor, 2001).

En sciences infirmières, quelques auteures se sont intéressées à la supervision clinique, cependant elles l'ont étudiée selon deux perspectives. D'une part, une grande partie des auteures (Bishop, 1994; Bond et Holland, 1998; Butterworth, 1994, 1997; Butterworth et Faugier, 1992; Butterworth, Faugier et Burnard, 1998; Fowler, 1995; 1996; Power, 1999) qui s'intéressent à la supervision clinique en sciences infirmières, le font dans un contexte de supervision des infirmières déjà diplômées. D'autre part, d'autres écrits (Bergman et Gaitskill, 1990; Krichbaum, 1994; Morgan et Knox, 1987; Tanner, 2002; Told et Freshwater, 1999; Windsor, 1987) se sont intéressées à la supervision clinique dans un contexte de stage durant la formation initiale des infirmières. Ce sont ces derniers écrits qui ont été retenus dans les pages qui suivent.

Pour leur part, Told et Freshwater (1999) ont constaté qu'il existe à l'heure actuelle plusieurs définitions différentes de la supervision clinique. Dans leur article

théorique, ces auteurs, explorent le parallèle entre la pratique réflexive et la découverte guidée comme modèle de supervision clinique. En conclusion de cet article, ils suggèrent que la pratique réflexive puisse être un modèle intéressant pour la supervision clinique puisqu'elle facilite la collaboration et le développement des habiletés relationnelles tout en permettant à l'étudiante de développer son habileté à examiner sa pratique clinique quotidienne et, conséquemment, à apprendre de ses erreurs et de ses bons coups.

L'étude quantitative de Krichbaum (1994) réalisée auprès de 36 superviseures cliniques encadrant des étudiantes en stage de soins critiques avait pour but d'étudier la relation entre les stratégies d'enseignement utilisées par les superviseures et les apprentissages cliniques des étudiantes. Ces apprentissages cliniques furent évalués par deux instruments de mesure le *Basic Knowledge Assessment Tools* (BKAT) et le *Clinical Evaluation Test* (CET), ce dernier instrument fut développé pour cette étude. Les résultats des analyses indiquent que certaines stratégies d'enseignement utilisées par les superviseures cliniques ont un impact plus grand sur les apprentissages cliniques. Ainsi, l'apprentissage augmente lorsque les superviseures adoptent certaines stratégies d'enseignement spécifiques : 1) clarifier les objectifs du stage; 2) donner de nombreuses possibilités pour pratiquer; 3) poser des questions pertinentes aux étudiantes; 4) donner une rétroaction spécifique et au moment opportun; 5) faire preuve d'enthousiasme et s'intéresser au processus d'apprentissage.

L'étude descriptive quantitative de Bergman et Gaitskill (1990) avait, entre autres, pour but d'identifier les caractéristiques des superviseures cliniques qui sont considérées comme les plus importantes selon le point de vue des étudiantes infirmières et des enseignantes. La collecte de données fut réalisée auprès de 134 étudiantes et 23

enseignantes à l'aide d'un questionnaire, conçu et testé dans une recherche antérieure. Ce questionnaire comprenait deux parties. Dans la première partie, les étudiantes devaient d'abord coder selon une échelle Likert de un à cinq, 20 caractéristiques de la supervisieuse clinique. Ensuite, elles devaient sélectionner, parmi les 20 caractéristiques présentées à la section un, les cinq caractéristiques qu'elles considéraient comme les plus importantes. Les résultats de l'étude démontrent des similarités importantes entre les réponses des étudiantes et celles des enseignantes. Ainsi, tant les étudiantes que les enseignantes favorisent une superviseure clinique bien articulée, possédant un bon niveau de connaissances cliniques et capables d'être objectives et justes dans l'évaluation des étudiantes. De plus, les deux groupes valorisent les habiletés relationnelles nécessaires à l'établissement d'une bonne relation entre les étudiantes et les superviseures. Ce qui diffère entre les deux groupes est l'importance que les deux groupes de participantes accordent aux caractéristiques de la superviseure. Ainsi, selon les enseignantes les trois caractéristiques les plus importantes sont, dans l'ordre, le fait que la superviseure démontre de l'intérêt envers le patient et les soins, est honnête et directe avec les étudiantes et communique du respect envers l'étudiante. Alors que pour les étudiantes, les caractéristiques les plus importantes sont dans l'ordre le fait pour la superviseure de communiquer du respect envers l'étudiante, d'être bien articulée tout en possédant un bon niveau de connaissances cliniques et d'encourager les étudiantes à se sentir à l'aise à poser des questions et demander de l'aide et être objective et juste lors de l'évaluation des étudiantes.

L'étude de Morgan et Knox (1987) identifie et compare les caractéristiques de la meilleure et de la moins bonne superviseure clinique telles que perçues par des étudiantes et des enseignantes en sciences infirmières. Un instrument conçu par les

auteures de l'étude, le *Nursing Clinical Teacher Effectiveness Inventory* (NCTEI), fut distribué à 201 participantes volontaires (173 étudiantes et 28 superviseuses). Le NCTEI contient 48 caractéristiques de la superviseure clinique regroupées en cinq catégories. Ces 48 caractéristiques proviennent des résultats d'une étude antérieure réalisée par ces deux mêmes auteures en 1985. Chaque participante devait compléter le NCTEI deux fois, la première en se référant à la meilleure superviseure clinique qu'elle ait rencontré et la seconde en se référant à la moins bonne superviseure clinique. Les résultats de cette étude quantitative mettent en évidence que les deux groupes perçoivent qu'être un bon modèle de rôle est la caractéristique recevant la meilleure note chez les bonnes superviseures et la note la plus basse chez les moins bonnes superviseures. Les résultats montrent aussi que les meilleures superviseures aiment les soins infirmiers et aiment enseigner. Elles sont bien préparées pour l'enseignement, sont perçus comme étant des cliniciennes habiles et confiantes en elles-mêmes, capables de prendre la responsabilité de leurs actions. Elles sont également faciles d'approche et encouragent le respect mutuel. Les étudiantes perçoivent les meilleures superviseures comme étant enthousiastes, capables de promouvoir l'autonomie des étudiantes et de leur indiquer des erreurs sans les rabaisser. Pour leur part, les enseignantes voient les meilleures superviseures comme des infirmières faisant preuve d'une profonde connaissance des soins infirmiers, capables d'expliquer clairement et de stimuler l'intérêt des étudiantes.

Windsor (1987), dans une étude qualitative où elle a étudié la perception de neuf étudiantes finissantes quant à leur expérience clinique durant le programme, souligne que la relation de l'étudiante avec la superviseure, les infirmières, les autres étudiantes et les patients est importante puisque ces personnes aident à procurer un environnement plaisant et propice à l'apprentissage. Dans leur livre sur la supervision clinique, Bond et

Holland (1998) soulignent qu'il faut placer la relation entre les étudiantes et la superviseure clinique au centre de toute stratégie de développement d'un système de supervision clinique. Dans un éditorial sur la supervision clinique, Tanner (2002), mentionnent que la superviseure clinique est responsable de trouver des milieux de stage enrichissants, de développer de bonnes relations avec les infirmières du milieu afin que celles-ci soient ouvertes et aidantes pour les étudiantes et de recruter des patients d'un niveau de complexité adéquat. De plus, Tanner (2002) affirme que l'étudiante a besoin d'être guidée dans l'apprentissage d'un bon jugement clinique. Pour ce faire, elle suggère d'utiliser les enseignements cliniques en petit groupe. Selon cette auteure, les enseignements en petit groupe sont nécessaires pour guider l'étudiante dans l'évaluation du patient et de la famille et mettre en évidence leurs particularités pour planifier des soins appropriés et de qualités.

Dans son ouvrage sur la supervision en milieu clinique, O'Connor (2006) estime que le succès de l'encadrement pédagogique en stage demande des IRFC qu'elles jouent plusieurs rôles pour favoriser l'intégration de la théorie à la pratique par le développement de la pensée critique, des habiletés techniques et d'un comportement éthique. En effet, celle-ci leur reconnaît plusieurs rôles soit ceux d'enseignante, de superviseure, d'évaluatrice et d'infirmière. En voici une brève description :

Le rôle d'enseignante. Dans ce rôle, l'IRFC doit fournir un contexte et un milieu approprié, elle encadre et guide l'expérience d'apprentissage à travers les expériences cliniques, les postcliniques et les travaux.

Le rôle de superviseure. Ce rôle comprend la sélection des activités d'apprentissages selon le potentiel des étudiantes, la détection des pratiques non sécuritaires pour les patients, le signalement à l'étudiante de ses erreurs et de leurs

conséquences ainsi que le fait de compléter les procédures de soins au besoin sans alarmer le patient tout en préservant la dignité de l'étudiante.

Le rôle d'évaluatrice. Pour remplir ce rôle, l'IRFC fournit une rétroaction constante concernant l'atteinte des objectifs du stage (évaluation formative) et sanctionne la note finale (évaluation certificative).

Le rôle d'infirmière. Ce dernier rôle offre l'occasion à l'IRFC de communiquer son enthousiasme pour les soins ainsi que sur les aspects positifs de la carrière d'infirmière. Elle agit alors en tant que modèle de rôle et quelquefois de mentor.

En somme, en plus de posséder des qualités et d'utiliser certaines stratégies efficaces pour soutenir l'apprentissage, l'IRFC est responsable du bon déroulement de l'expérience d'apprentissage. En effet, O'Connor (2006) souligne qu'elle s'avère responsable de fournir un contexte approprié et de soutenir les étudiantes dans leur expérience d'apprentissage. De plus, elle se doit d'être présente, attentive, sensible, flexible et d'encourager les apprentissages des étudiantes en utilisant la rétroaction. Nous allons maintenant examiner de quelle façon la formation clinique s'inscrit dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

Une formation clinique qui s'inscrit dans la perspective de l'école de pensée du caring

Dans un programme qui prend appui sur l'école de pensée du *caring*, comme c'est le cas pour le baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal, la formation clinique doit viser le développement des compétences cliniques des étudiantes dans la perspective de cette école de pensée. Comme le soutient O'Connor (2006) :

L'importance centrale du *caring* dans les soins infirmiers a été redécouverte par de nombreuses infirmières théoriciennes et a fait l'objet de nombreuses recherches. Parmi ces recherches, plusieurs ont exploré l'impact des

relations empreintes de *caring* entre la superviseure et les étudiantes sur le développement d'une approche clinique *caring* chez ces dernières. (p. 255, traduction libre).

En effet, les résultats de l'étude phénoménologique de Wilson, Grams et Kosowski (1997) réalisée auprès de dix-sept infirmières diplômées depuis un an soutiennent l'idée que l'expérience du *caring* dans un programme de formation influence les comportements de *caring* des étudiantes dans la pratique clinique. D'ailleurs, plusieurs auteurs (Halldsdottir, 1990; Hugues, 1992; Miller, Harber et Byrne, 1990, Nelms, Jones et Gray, 1993; O'Connor, 2006; Simonson, 1996; Wilson, Grams et Kosowsky, 1997) reconnaissent que les étudiantes perçoivent les comportements de *caring* des enseignantes comme des facteurs contribuant de façon très importante au développement d'une approche *caring* envers les patients. Entre autres, dans son étude phénoménologique réalisée auprès de six enseignantes et 12 étudiantes à l'aide d'entrevues individuelles et d'observations en classe, Simonson (1996) constate que l'actualisation des valeurs de *caring* dans le milieu de formation constitue le meilleur moyen pour communiquer celles-ci aux étudiantes. Cette actualisation a lieu, selon cette auteure, lorsque l'enseignante véhicule des valeurs congruentes avec le *caring* dans sa pratique pédagogique et actualise celles-ci en classe. Simonson (1996) souligne qu'un programme de formation ne transmet pas seulement les valeurs d'une approche *caring* par l'intermédiaire de ce que les professeures enseignent aux étudiantes, mais que leur façon de communiquer les uns avec les autres ainsi qu'avec les étudiantes est tout aussi importante.

Pour sa part, Hughes (1992) a réalisé une étude qualitative descriptive auprès de 10 étudiantes en sciences infirmières. Il rapporte qu'en milieu clinique, sept étudiantes sur dix soulignent avoir observé au moins un épisode clinique où l'enseignante

démontrait un comportement de *caring* envers le patient ou la famille. Cet épisode où l'enseignante servait de modèle de rôle représentait pour les étudiantes une occasion de *caring* et une expérience d'apprentissage positive du *caring*. Les résultats de cette étude suggèrent également que le modèle de rôle, le dialogue, ainsi que la reconnaissance des habiletés et du potentiel de l'étudiante comme future infirmière s'avèrent être des processus à travers lesquels les participantes font l'expérience du *caring*. Hugues (1992) fait aussi état des conséquences positives de cette expérience du *caring* dans les relations professeure-étudiante. Pour les participantes à cette étude, le fait que les enseignantes soient présentes, sensibles et communiquent avec honnêteté et respect contribue à diminuer leur stress et leur anxiété. De plus, ce type de relations leur procure une opportunité d'exprimer leurs opinions et inquiétudes sans peur, ni représailles. En effet, les participantes de l'étude affirment que si elles éprouvent des difficultés, elles se confieront à l'enseignante qui démontrent une attitude *caring*. De plus, il semble également que l'adoption d'une approche de supervision inspirée des valeurs du *caring* a un impact positif sur l'apprentissage. Ainsi, dans une étude phénoménologique, Hanson et Smith (1996), ont étudié auprès d'étudiantes de baccalauréat ($n=32$) la signification de vivre l'expérience d'une interaction *caring*, c'est-à-dire une interaction où l'enseignante prend le temps d'écouter, de communiquer une certaine flexibilité, de l'équité, de la chaleur et de l'authenticité, en la comparant avec l'expérience d'une interaction plus ou moins *caring* (*non so caring*), c'est-à-dire où l'enseignante est non aidante, pressée, insensible, froide, condescendante et irrespectueuse. Les résultats de cette étude phénoménologique montrent que les étudiantes qui ont vécu une interaction *caring* avec une enseignante affirment se sentir confortables, confiantes, compétentes et motivées pour continuer et étudier plus fort. Alors que les étudiantes qui ont fait l'expérience

d'une interaction plus ou moins *caring* se sont senties rejetées, découragées, incertaines et confuses.

Par ailleurs, l'étude descriptive de Nelms, Jones et Gray (1993), réalisée auprès de 137 étudiantes infirmières, a montré l'importance du modèle de rôle comme méthode pour le développement d'attitudes et comportements cohérents avec l'école de pensée du *caring*. Selon ces auteures, le *caring* s'apprend à travers le modèle de rôle offert par l'enseignante durant les interactions enseignante-étudiante. Dans leur étude phénoménologique réalisée auprès de six étudiantes et six enseignantes en sciences infirmière sur l'expérience d'une interaction enseignante-étudiante, Miller, Harber et Byrne (1990) rapportent que les étudiantes perçoivent comme étant cohérente avec l'école de pensée du *caring* les enseignantes qui reconnaissent leurs forces et qui sont disponibles pour elles. Par ailleurs, Halldsdottir (1990) constate dans son étude phénoménologique auprès de neuf étudiantes infirmières que les enseignantes qui ridiculisent ou traitent avec mépris et peu de respect les étudiantes sont vues comme n'étant pas cohérentes avec cette même école de pensée.

En somme, les valeurs véhiculées par un programme de formation servent de modèle au développement d'une approche envers le patient qui soit cohérente avec l'école de pensée du *caring*. Il doit y avoir un équilibre entre les valeurs du programme de formation, celles de l'enseignante, celles de l'étudiante et celles de son environnement immédiat d'apprentissage. Cette harmonie contribue au développement des compétences cliniques de l'étudiante-infirmière dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

La philosophie du *caring* de Watson

En développement depuis 1979, la philosophie du *caring* de Watson se situe à l'intérieur du paradigme de la transformation, plus précisément dans l'école de pensée du *caring* (Kérouac et coll., 2003). Considérant la discipline infirmière comme un art (valeurs humanistes et altruistes) et une science (connaissances et démarche scientifique), la philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999b)³ propose un ensemble de valeurs et de principes qui facilitent la compréhension de l'essence de la discipline infirmière. Kérouac et ses collaboratrices (2003) soulignent que la pratique professionnelle qui se base sur la conception de Watson se concentre sur le soin humain et transpersonnel pour pouvoir assister la personne dans sa recherche d'une plus grande harmonie entre l'âme, le corps et l'esprit. L'art infirmier, selon Watson (1988, 1999b) représente une façon d'entrer en relation avec une autre personne afin que chacun perçoive l'autre comme unique dans le monde.

La vision de la personne

Watson (1999b) considère la personne comme un « être-dans-le-monde » unique possédant un esprit, un corps et une âme. Elle précise que la personne travaille continuellement à garder une harmonie entre ces trois sphères. Pour Watson (1988), l'esprit représente l'intelligence et les émotions, le corps réfère à la condition physique et l'âme (valeurs/croyances) signifie le soi interne, l'essence de la personne, un degré de conscience élevé, une force intérieure ainsi que le pouvoir qui amène une personne à se développer et à transcender son soi pour ainsi s'actualiser. De plus, selon cette

³ L'étudiante chercheure a choisi de baser sa présentation de la philosophie du *caring* de Watson sur les premiers écrits de cette auteure (Watson, 1985, 1988, 1999b) car ils reflètent davantage sa propre conception du *caring*. Les écrits plus récents de Watson (2005) introduisant certains concepts avec lesquels l'étudiante chercheure se sent moins à l'aise de travailler.

théoricienne, la personne possède un champ phénoménal unique puisqu'il totalise l'ensemble de ses expériences. C'est d'ailleurs celui-ci qui détermine les réactions et perceptions de la personne relativement à une situation précise. C'est pour cette raison qu'il est crucial de prendre en considération la perception de la personne vivant l'expérience.

La vision de l'environnement

Pour Watson (1988), l'environnement s'avère être en interaction continue et mutuelle avec la personne. Il peut être physique, matériel et spirituel. Cette théoricienne définit l'environnement comme étant à la fois interne et externe à la personne. D'une part, l'environnement interne représente la subjectivité, la spiritualité, la culture, les perceptions et les attitudes de la personne. D'autre part, l'environnement externe correspond au milieu de vie, à l'univers, au revenu et à l'éducation de la personne. Continuellement, les deux types d'environnement s'influencent mutuellement.

La vision de la santé

La santé pour Watson (1988) représente l'expérience subjective de la personne, l'unicité et l'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit. De plus, selon cette théoricienne, la santé désigne la cohérence du soi perçu (l'idéal) et du soi vécu (soi que l'on est) (Watson, 1988, 1997). La dysharmonie entre le corps, l'âme et l'esprit provoque chez la personne un déséquilibre et du stress (Watson, 1988). Par ailleurs, l'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit amène un respect de soi, une connaissance de soi, son propre soin ainsi qu'une autoguérison (Kérrouac et coll., 2003).

La vision du soin

Le soin se manifeste à travers une relation intersubjective de *caring* entre deux personnes humaines (Watson, 1988, 1999b). Il représente une forme d'assistance pour promouvoir l'harmonie de la personne. Le soin constitue l'aide apportée à la personne pour qu'elle trouve une signification à son existence, à sa dysharmonie, à sa souffrance (Watson, 1999b). Pour cette théoricienne, la relation de *caring* permet un accompagnement de la personne dans la recherche d'une signification à ce qu'elle vit. Cette forme d'accompagnement incite la personne à participer activement à toute décision en lien avec sa santé.

Des facteurs caratifs aux caritas cliniques

Pour guider et faciliter la compréhension de la pratique infirmière, Watson suggéra, en 1979, dix facteurs caratifs qui, de son point de vue, sont le cœur de la discipline infirmière et la structure de son travail initial. Les trois premiers facteurs procurent une base philosophique à la théorie de *caring* alors que les sept derniers constituent la base scientifique de cette approche. Voici la liste des 10 facteurs caratifs proposés par Watson (1979, 1988).

1. Système de valeurs humanistes et altruistes
2. Croyance-espoir
3. Prise de conscience de soi et des autres
4. Relation thérapeutique d'aide et de confiance
5. Expression de sentiments positifs et négatifs
6. Processus de *caring* créatif visant la résolution de problèmes
7. Enseignement-apprentissage transpersonnel

8. Soutien, protection ou modification de l'environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel
9. Assistance en regard des besoins de la personne
10. Forces existentielles-phénoménologiques-spirituelles

Récemment, Watson a constaté que le terme « facteur » était devenu trop stagnant pour rendre compte de sa sensibilité actuelle. Conséquemment, les facteurs caratifs ont évolué vers une perspective plus étendue en même temps que ses idées et ses valeurs se transformaient (Watson, 2006). Watson développa donc, en 2000, le concept de caritas clinique. Celui-ci étant plus fluide il amène une plus grande ouverture. Les processus de caritas clinique sont différents des facteurs caratifs en ce qu'ils font une plus grande place à la dimension spirituelle (Watson, 2006). Le mot “caritas” est un mot latin qui signifie chérir, apprécier, prêter une attention spéciale, aimer, être attentionnée.

Voici les 10 processus de caritas clinique proposés par Watson (2000) d'après une traduction libre de Cara et Gagnon (2002). Tous les processus de caritas clinique proposés par Watson sont d'égale importance pour l'infirmière. Par ailleurs, seulement les caritas cliniques 4, 7 et 8, plus directement liés à la présente étude, seront discutés.

1. Pratique d'amour-bonté et d'égalité dans un contexte de conscience *caring*.
2. Être authentique, présent et faciliter et maintenir le système de croyances profondes et le monde subjectif du soignant et du soigné.
3. Culture de ses propres pratiques spirituelles et du soi transpersonnel, se dirigeant au-delà du soi ego.
- 4. Développement et maintien d'une relation de confiance, d'une relation de *caring* authentique.**
5. Être présent et offrir du soutien vis-à-vis l'expression de sentiments positifs et négatifs, telle une profonde connexion avec son âme et celle du soigné.

6. Utilisation créatrice du soi et de tous les modes de connaissances comme faisant partie du processus de *caring*; s'engager dans une pratique de « *caring-healing* » artistique.
7. **S'engager dans une expérience d'enseignement-apprentissage authentique qui s'attarde à l'union de l'être et de la signification, qui essaie de demeurer dans le cadre de référence de l'autre.**
8. **Créer un environnement « *healing* » à tous les niveaux, (physique de même que non-physique, un environnement subtil, d'énergie et de conscience), où intégralité, beauté, confort, dignité et paix sont potentialisés.**
9. Assister en regard des besoins de base, avec conscience de *caring* intentionnelle, administrer « les essentiels de soins humains » qui potentialisent l'alignement esprit-corpsâme, l'intégralité et l'unicité d'être dans tous les aspects des soins ; veiller sur l'âme incarnée et l'émergence spirituelle en développement.
10. Ouvrir et s'attarder aux dimensions spirituelles-mystérieuses et existentielles de sa propre vie-mort; au soin de l'âme pour soi-même et la personne soignée.

Le processus de caritas clinique 4 représente le développement et le maintien d'une relation de confiance, d'une relation de *caring* authentique. Pour développer cette relation, il s'avère important d'apprendre à connaître la personne, sa personnalité, son cadre de vie et sa conception du monde (Watson, 1985). En effet, Watson (1988, 1999b) estime que la relation de *caring* débute lorsqu'une personne entre dans le champ phénoménal de l'autre. Par ailleurs, selon cette théoricienne ce champ phénoménal est constitué de la totalité des expériences de la personne à un moment précis et permet une relation transpersonnelle qui facilite l'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit. Cette relation de *caring* transpersonnelle (Watson, 1988, 1999b) devient une connexion d'humain à humain où chaque personne perçoit l'autre dans son unicité et comme un être-dans-le-monde. À ce moment précis, les deux personnes vivent une occasion réelle

de *caring* transpersonnelle qui permet une plus grande ouverture du soi spirituel donc une conscience plus profonde face à soi-même et face au monde (Watson, 1999b). Cette relation d'aide et de confiance doit être, selon Watson (1985), enrichie d'attitudes telles que la sensibilité à soi, la franchise envers l'autre, l'altruisme, la congruence, l'empathie et la chaleur humaine. Cette vision d'une relation transpersonnelle empreinte de cohérence, d'empathie et de chaleur humaine est grandement inspirée des ouvrages de Carl Rogers (Kérrouac et coll., 2003).

Le processus de caritas clinique 7 aborde la question de l'engagement dans une expérience d'enseignement-apprentissage authentique qui s'attarde à l'union de l'être et de la signification, qui essaie de demeurer dans le cadre de référence de l'autre. Ce caritas clinique met l'accent sur la satisfaction personnelle de la personne dans son apprentissage. Il tient compte de la totalité des expériences et de la motivation de celle-ci. Dans l'expérience d'enseignement-apprentissage, il devient très important de bien connaître les perceptions de la personne. De plus, il s'avère essentiel dans un tel processus que la personne soit satisfaite et en harmonie corps-âme-esprit avec ses apprentissages. D'ailleurs, la promotion d'un enseignement-apprentissage apporte un équilibre et aide la personne confrontée au stress puisque l'information peut être susceptible de réduire la réponse émotionnelle aux interventions stressantes (Watson, 1985).

Le processus de caritas clinique 8 incite à la création d'un environnement « *healing* » à tous les niveaux où intégralité, beauté, confort, dignité et paix sont potentialisés. L'environnement constitue l'ensemble des variables internes et externes qui influencent quotidiennement les activités de la personne (Watson, 1985). Pour être en santé, l'environnement interne (la subjectivité, les perceptions, la culture, la

spiritualité, les attitudes de la personne) et l'environnement externe (l'univers, le milieu de vie, le revenu, le confort, l'éducation et l'intimité de la personne) doivent être en équilibre. S'il y a déséquilibre, le rôle de l'infirmière consiste à assurer un environnement interne et externe propice à l'harmonisation de la personne qui favorise un état de bien-être mental, physique, socioculturel et spirituel. En somme, selon Watson (1985), un environnement de *caring* permet le développement du potentiel de la personne en lui laissant la liberté de choisir l'action qu'elle juge la meilleure à un moment précis.

Ce deuxième chapitre a permis de mettre en évidence que le stage est un milieu essentiel à l'intégration des apprentissages dans une profession orientée vers la pratique et qu'aucune étude n'a abordé spécifiquement les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Étant donné que ce phénomène n'a pas été étudié préalablement, le choix d'une approche qualitative descriptive est justifié. Le prochain chapitre décrira la méthode de recherche utilisée.

Chapitre 3

La méthode de recherche

Ce chapitre traite de la méthode de recherche qui a permis de réaliser cette étude. Nous discuterons d'abord du devis de l'étude puis de la pertinence de la recherche qualitative en sciences infirmières. Ensuite, nous présenterons l'échantillon, le recrutement des participantes et la collecte des données. Finalement, la méthode d'analyse des données, la rigueur scientifique, les considérations éthiques ainsi que les limites et les forces de l'étude seront discutées.

Le devis de l'étude

Dans le but de décrire les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*, nous avons retenu un devis qualitatif descriptif. Ce type de devis permet de décrire un phénomène social avec des détails et des informations précises (Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer et Pires, 1997). Afin de recueillir les données nécessaires à ce type de devis, un groupe de discussion focalisée regroupant cinq coordonnatrices de stage ainsi que des entrevues individuelles auprès de cinq IRFC ont permis de recueillir des informations précises permettant de répondre à la question de recherche.

La pertinence de la recherche qualitative en sciences infirmières

Plusieurs auteures (Burn et Groves, 2001; LoBiondo-Wood et Haber, 2002; Morse, 1992; Munhall, 1994; Munhall et Oiler, 1986; Nieswiadomy, 2002; Parse, 2001; Poliot et Beck, 2006; Rose-Grippa et Gorney-Moreno, 2003; Watson, 1985, 1988) reconnaissent la pertinence d'utiliser des approches qualitatives pour la recherche en sciences infirmières. En effet, la recherche qualitative est une façon de décrire et de

comprendre les phénomènes complexes. À partir d'un cadre de référence holistique, ce type de recherche permet d'explorer la profondeur, la richesse et la complexité des phénomènes humains (Burns et Groves, 2001), telle la supervision clinique. La recherche qualitative s'intéresse aux données qui existent sous forme de mots, c'est-à-dire le langage tel que les paroles écrites ou dites (Miles et Huberman, 2003). De plus, elle est intensive en ce qu'elle s'intéresse surtout à des échantillons plus restreints mais étudiés en profondeur (Deslauriers, 1991). Miles et Huberman (2003) affirment qu'une des caractéristiques des données qualitatives « est leur richesse et leur caractère englobant, avec un potentiel fort de décryptage de la complexité; de telles données produisent des descriptions denses et pénétrantes, nichées dans un contexte réel et qui ont une résonance de vérité ayant un fort impact sur le lecteur. » (p. 27). En tenant compte de ce qui précède, l'approche qualitative a été choisie pour guider cette recherche puisqu'elle correspond mieux à notre vision du développement des connaissances en sciences infirmières et au but poursuivi par cette étude.

L'échantillon

En recherche qualitative, le but de l'échantillonnage est de produire le maximum d'informations pertinentes. De ce fait, que l'échantillon soit petit ou grand importe peu pourvu qu'ils produisent de nouvelles données permettant de répondre à la question de recherche (Lincoln et Guba, 1985; Patton, 2002). Par conséquent, la taille de l'échantillon est rarement déterminée, elle dépend de l'évolution de la recherche et de la saturation des données (Deslauriers, 1991). La saturation renvoie, selon plusieurs écrits, aux concepts de répétition ou redondance (Benner, 1994; Denzin & Lincoln, 2000). La redondance des données en recherche qualitative est importante, selon ces auteurs,

puisque l'élaboration de l'échantillon permet des résultats plus plausibles et contribue à la validité de la recherche. La redondance s'obtient lorsque la collecte des données n'apporte plus de nouvelles informations. Par ailleurs, certains auteurs s'interrogent sur la nécessité d'obtenir la saturation des données et, selon eux, la saturation des propos reflète plutôt une homogénéité des participantes (St-Cyr Tribles et Saintonge, 1999). Dans cette étude, nous n'avons pu atteindre une saturation complète des données étant donnée certaines contraintes de temps relatives à la réalisation d'un mémoire mais la richesse des données et la variabilité des dix participantes rencontrées s'avéraient suffisantes pour répondre à la question de recherche. En recherche qualitative, ce n'est pas le nombres de sujets qui compte mais la quantité et la qualité des données recueillies (Patton, 2002).

Les participantes à l'étude

Pour constituer l'échantillon de cette étude, nous avons procédé par un échantillonnage par choix raisonné comprenant deux types de participantes. Le premier groupe de participantes a été constitué des coordonnatrices de stages à l'emploi de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Ces coordonnatrices sont responsables d'organiser les stages cliniques dans le cadre du programme de baccalauréat. À ce titre, elles recrutent, forment, encadrent et évaluent les infirmières responsables de formation clinique. Il apparaissait donc pertinent de chercher à connaître leur perception sur le sujet à l'étude. Le deuxième groupe de participantes a été constitué d'infirmières en provenance des milieux cliniques ayant encadré au moins un stage dans le cadre du nouveau programme de baccalauréat de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Leur expérience directe d'encadrement d'étudiantes en stage a justifié la décision de les inclure dans l'échantillon.

En sélectionnant deux types de participantes, nous avons cherché à appliquer le principe de diversification (Pires, 1997) qui consiste à inclure une plus grande variété de perceptions quant au sujet à l'étude. La taille de l'échantillon de convenance a été déterminée par le nombre de participantes répondant aux critères d'inclusion de chacune des deux catégories au moment de la collecte de données en mai et juin 2006.

Les critères d'inclusion pour les coordonnatrices de stages étaient les suivants :

1. Être coordonnatrice de stages à la FSI de l'Université de Montréal, ayant coordonné au moins un stage dans le nouveau programme de baccalauréat en sciences infirmières.
2. Vouloir partager sa propre expérience en acceptant volontairement de participer à l'étude.
3. Parler et comprendre le français

Les critères d'inclusion pour les IRFC, étaient les suivants :

1. Être une infirmière responsable de formation clinique ayant encadré au moins un stage dans le nouveau programme de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal.
2. Vouloir partager sa propre expérience en acceptant volontairement de participer à l'étude.
3. Parler et comprendre le français

Le recrutement des participantes

Afin de constituer l'échantillon de convenance, le recrutement des participantes a été effectué dans la population cible selon les critères de sélection mentionnés précédemment dans un processus en trois étapes.

Étape 1

D'abord, l'étudiante-chercheure a écrit une lettre à la Vice-doyenne aux études de 1^{er} cycle et à la formation continue de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (voir appendice A), afin de demander la permission de convier les coordonnatrices et les IRFC à participer à des groupes de discussion focalisée dans le cadre de cette étude. Après avoir obtenu l'accord de la Vice-doyenne, l'étudiante-chercheure a été invitée par le chef de secteur de la formation clinique de la Faculté des sciences infirmières à présenter le projet d'étude et à remettre les informations écrites aux coordonnatrices de stages lors d'une rencontre d'équipe.

Étape 2

Une fois que le contact a été établi entre les coordonnatrices et l'étudiante-chercheure, celle-ci a demandé aux coordonnatrices de contacter les IRFC en stage au moment de la collecte et répondant aux critères d'inclusion pour leur demander si elles étaient intéressées à participer à l'étude. Lorsqu'une IRFC se montrait intéressée, la coordonnatrice lui transmettait les coordonnées de l'étudiante-chercheure afin qu'elle puisse communiquer avec elle pour recevoir les explications concernant le déroulement de l'étude. Neuf IRFC se sont montrées intéressées à participer à l'étude et ont contacté l'étudiante-chercheure ou ont accepté qu'on lui transmettre leurs coordonnées.

Étape 3

Ensuite, l'étudiante-chercheure a pris contact avec les deux groupes de participantes, soit les coordonnatrices de stages et les infirmières responsables de formation clinique. Elle a communiqué avec le chef de secteur de la formation clinique afin d'organiser un groupe de discussion focalisée avec les six coordonnatrices de stages travaillant dans le nouveau programme de baccalauréat en sciences infirmières. Pour le deuxième groupe de participantes, l'étudiante-chercheure a communiqué, par téléphone et par courrier électronique, avec chacune des IRFC qui avaient signifié son intérêt pour l'étude. Une fois en communication avec une IRFC, l'étudiante-chercheure lui a expliqué le but et le déroulement de l'étude. Après avoir obtenu son accord verbal ou écrit, elle l'invita à remplir une feuille de ses disponibilités par courrier électronique pour pouvoir organiser les rencontres. Des neuf IRFC intéressées cinq ont donné leurs disponibilités afin de participer à l'étude.

La collecte des données

Dans la planification de la présente étude, l'étudiante-chercheure avait privilégié la discussion focalisée comme technique de collecte de données, puisqu'elle permet de rejoindre un plus grand nombre de participantes en peu de temps et d'ainsi obtenir une plus grande diversité des données. De plus, les groupes de discussion focalisée sont intéressants puisqu'ils créent une dynamique de groupe où l'interaction entre les participantes engendre des réactions, entraîne des discussions et produit des données qui seraient moins accessibles autrement (Geoffrion, 2003; Morgan, 1988). Habituellement, un groupe de discussion focalisée regroupe de six à 12 personnes répondant à des

critères d'homogénéité (Mayer et Ouellet, 1991). Ce petit nombre de participantes permet à chacune de s'exprimer entièrement (Geoffrion, 2003).

Cependant, après avoir obtenu les disponibilités du deuxième groupe de participantes et avoir relancé les participantes intéressées qui n'avaient pas envoyé leurs disponibilités, il apparut qu'il était impossible de regrouper les IRFC pour organiser une rencontre de discussion focalisée puisqu'elles provenaient de milieux différents et avaient des horaires incompatibles. Par conséquent, les coordonnatrices de stages ont été invitées à participer à un même groupe de discussion focalisée. Des six coordonnatrices de stages invitées, cinq ont participé à la discussion focalisée. Pour leur part, les IRFC ont été conviées à participer à une entrevue individuelle selon leurs disponibilités.

Discussion focalisée réalisée avec les coordonnatrices de stages.

Pour guider efficacement le groupe de discussion focalisée, l'étudiante-chercheure a respecté dans cette étude, les trois phases proposées par Geoffrion (2003), soit la phase d'introduction, la phase de discussion et la phase de conclusion.

La phase d'**introduction** a servi à briser la glace. C'est durant cette phase que l'étudiante-chercheure a souhaité la bienvenue aux participantes et qu'elle leur a expliqué le déroulement du groupe de discussion focalisée. Les participantes ont ensuite été invitées à lire les renseignements concernant le projet de recherche (voir appendice B). Elles ont également été avisées de l'importance d'enregistrer sur bande audio les discussions afin de permettre une transcription intégrale et une analyse complète de leur propos. Par la suite, les participantes qui désiraient participer à l'étude ont été invitées à signer le formulaire de consentement (voir appendice C) et à compléter le questionnaire sociodémographique (voir appendice D). Celui-ci a permis de rassembler des

informations servant à dresser le profil des participantes. Finalement, l'étudiante-chercheure a signalé aux participantes que dans un groupe de discussion focalisée, il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses et que toutes les opinions sont intéressantes.

La phase de **discussion** s'est déroulée en deux temps. Les premières dix minutes ont servi à réchauffer l'atmosphère en discutant d'un sujet plus général soit leur expérience de coordonnatrices de stages. Ensuite, l'étudiante-chercheure est passée au sujet principal, **les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du caring**, en allant vers des questions de plus en plus spécifiques au fur et à mesure que la discussion avançait. L'entonnoir est probablement la meilleure façon de représenter le déroulement de la discussion.

Mayer et Ouellet (1991) affirment que l'animation d'une discussion focalisée demande des habiletés et stratégies propres à l'intervention de groupe. Ainsi, après de nombreuses lectures préparatoires sur l'animation d'un groupe de discussion focalisée, l'étudiante-chercheure a réalisé, sous la supervision de son directeur de mémoire, une simulation d'un groupe de discussion focalisée avec quatre collègues infirmières et étudiantes à la maîtrise. Cette simulation a été captée sur vidéo ce qui a permis d'effectuer un retour formatif sur cette simulation. Par la suite, l'étudiante-chercheure a animé et guidé le groupe de discussion de la présente étude en cherchant à favoriser l'expression du contenu le plus pertinent en regard de l'objet de l'étude afin d'obtenir un reflet en profondeur des opinions et des sentiments de chacune des participantes (Mayer et Ouellet, 1991).

Pour y arriver, l'étudiante-chercheure s'est servie d'un guide d'entrevue de groupe (voir appendice E) qui résumait les principaux thèmes de discussion (Geoffrion,

2003). Ce guide, élaboré en lien avec la problématique de l'étude et les thèmes discutés dans le chapitre sur la recension des écrits, lui a servi de repère pour éviter que des sujets soient omis. Par ailleurs, en aucun cas il n'a inhibé la spontanéité des participantes ou limité la flexibilité de l'étudiante-chercheure (Geoffrion, 2003). De plus, afin d'éviter que ses propres préconceptions sur le sujet à l'étude ne viennent influencer la collecte de données, l'étudiante-chercheure avait pris le temps de prendre conscience de celles-ci en rédigeant un texte explicitant ses préconceptions (voir appendice F) avant le début de la collecte de données.

Puisque l'environnement joue un rôle important dans l'expression des perceptions, points de vue et opinions, la planification et l'organisation du groupe de discussion focalisée fut des plus importantes (Mayer et Ouellet, 1991). L'étudiante-chercheure a réuni les participantes dans un grand local éclairé et calme de l'Université. Ce lieu a favorisé l'expression la plus libre possible, sans contrainte, ni crainte de la part des participantes. De plus, elle a disposé les participantes face à face de façon à ce que tout le monde puisse se voir puisque cette méthode est de mise selon Mayer et Ouellet (1991) pour favoriser les échanges sur une base égalitaire. En somme, l'atmosphère qui s'est dégagée de la rencontre fut caractérisée par une participation active et des échanges respectueux.

Durant la phase de **conclusion**, l'étudiante-chercheure a résumé la discussion pour vérifier si elle avait bien compris (Kruger et King, 1998) et elle a pris le temps de vérifier s'il y avait des questions à poser ou d'autres sujets à aborder. Puis, elle a remercié les participantes de leur contribution au succès de la rencontre.

En résumé, ce groupe de discussion focalisée, d'une durée de 115 minutes, a réussi à susciter une discussion ouverte à partir d'un guide d'entrevue de groupe

définissant les thèmes de l'étude (voir appendice E). De plus, cette discussion ouverte a permis d'obtenir une description complète et détaillée de la perception des coordonnatrices concernant les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

Entrevues individuelles réalisées avec les IRFC.

Des entrevues individuelles ont été réalisées avec le deuxième groupe de participantes. L'étudiante-chercheure a choisi d'utiliser les entrevues semi-structurées puisqu'elles sont recommandées pour obtenir une compréhension approfondie d'un phénomène donné (Savoie-Zajc, 2003). Lors des entrevues individuelles, l'étudiante-chercheure a utilisé, en les adaptant, la structure et le matériel qui avait été développé pour guider le groupe de discussion focalisée, soit le déroulement en trois phases et le guide d'entrevue. Par ailleurs, il convient de mentionner que l'étudiante-chercheure s'est servie du guide d'entrevue (voir Appendice E) comme d'un aide-mémoire flexible permettant ainsi aux participantes d'aborder des thèmes qui n'étaient pas prévus initialement.

La phase d'**introduction** a servi à briser la glace. C'est durant cette phase que l'étudiante-chercheure a souhaité la bienvenue à la participante et qu'elle lui a expliqué le déroulement de la rencontre. Ensuite, la participante a été invitée à lire les renseignements concernant le projet de recherche (voir Appendice B). Celle-ci fut également avisée que l'entrevue était enregistrée et transcrise intégralement afin que l'analyse soit fidèle à ce qu'elle avait dit. Par la suite, la participante intéressée, à participer à l'étude, fut invitée à signer le formulaire de consentement (voir appendice C) et à compléter le questionnaire sociodémographique (voir appendice D). Celui-ci

permet de rassembler les informations servant à décrire le profil de chacune des participantes. De plus, l'étudiante-chercheure a profité de l'occasion pour signaler à la participante qu'il n'y avait pas de bonnes et de mauvaises réponses.

La phase nommée **le cœur de l'entrevue**, a été effectuée en deux temps. Les premières cinq minutes ont servi à réchauffer l'atmosphère en discutant d'un sujet plus général soit l'expérience d'IRFC. Ensuite, l'étudiante-chercheure est passée au sujet principal, **les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du caring**, en allant vers des questions plus spécifiques au fur et à mesure que la discussion avançait. Les entrevues semi-structurées, d'une durée moyenne de 60 minutes (étendue de 55 à 105 minutes), contenaient des questions larges et ouvertes (voir le guide d'entrevue à l'appendice E) ce qui a permis d'obtenir une description détaillée de la perception des IRFC concernant les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Tout au long de cette phase, l'étudiante-chercheure a su adopter une attitude respectueuse de réceptivité axée sur l'écoute et le partage. Ce type d'échange a permis une collecte d'informations personnalisées (Daunais, 1992) et a créé une relation et un climat de confiance essentiel à la réussite de l'entrevue (Smith, 1995).

La phase de **conclusion** a permis à l'étudiante-chercheure de résumer l'entrevue pour vérifier si elle avait bien compris, puis de vérifier si l'IRFC avait des questions à poser ou d'autres sujets à aborder et enfin de remercier la participante de sa contribution au succès de la rencontre.

En somme, les entrevues individuelles ont permis de recueillir des informations riches même si les IRFC n'ont pas été rencontrées en groupe de discussion focalisée

comme prévu initialement. De plus, il peut être avantageux en recherche qualitative de combiner différentes stratégies de collecte de données pour faire ressortir différentes facettes du problème étudié et pour appuyer certaines données reçues (Karsenti et Savoie-Zajc, 2004). En effet, les entrevues individuelles ont permis à l'étudiante-rechercheuse d'aller plus en profondeur sur le sujet étudié avec chacune des personnes. Alors que la discussion focalisée avait permis de faire ressortir, à l'aide des interactions entre les participantes, les différentes opinions concernant un même sujet.

Enfin, la rédaction d'un journal de bord tout au long du déroulement de la recherche a permis à l'étudiante-rechercheuse de garder une trace de sa perception du sujet ainsi que de ses observations, impressions, questions et pensées relatives au phénomène étudié au moment du groupe de discussion focalisée, des entrevues individuelles ainsi que durant l'analyse des données (Miles et Huberman, 1991). Bref, le journal de bord a rempli trois fonctions, celle de garder l'étudiante-rechercheuse dans une attitude réflexive pendant la recherche, de lui fournir un espace pour exprimer ses interrogations, ses prises de conscience et consigner les informations jugées pertinentes et, finalement, de lui permettre de retrouver la dynamique du terrain et l'atmosphère qui a prévalu durant la collecte de données au moment de l'analyse (Karsenti et Savoie-Zajc, 2004).

L'analyse des données

L'analyse des données a été réalisée à partir de la transcription intégrale de la discussion focalisée et des entrevues individuelles en utilisant Atlas.ti, un logiciel conçu spécifiquement pour l'analyse qualitative. Faire le lien entre les propos tenus par les participantes, le but et la question de recherche demande, selon Geoffrion (2003), un esprit analytique et logique, une évaluation systématique et objective de toutes les

données et beaucoup de réflexion. Il existe plusieurs méthodes pour analyser des données qualitatives. L'étudiante-chercheure a choisi d'utiliser la méthode d'analyse de données qualitatives proposée par Miles et Huberman (2003) puisque cette méthode explicite et systématique permet de tirer des conclusions et de les tester rigoureusement.

De plus, l'étudiante-chercheure a privilégié les modes de présentation des données proposées par ces auteurs (schémas et tableaux) puisqu'ils ont permis de rassembler et d'organiser l'information sous une forme compacte et immédiatement accessible. L'étudiante-chercheure a analysé les données selon la méthode d'analyse de Miles et Huberman (2003) qui se compose de trois étapes se déroulant concurremment soit la condensation des données, la présentation des données et l'élaboration/vérification des conclusions.

Étape 1 : la condensation des données

Cette étape, qui s'est opérée de façon continue durant toutes les phases de l'étude, renvoie à l'ensemble des processus de sélection, centration, simplification, abstraction et transformation des données « brutes » figurant dans les transcriptions des entrevues (Miles et Huberman, 2003). Dans cette étude, l'étudiante-chercheure a utilisé deux étapes pour obtenir une condensation de ses résultats. D'abord, elle a utilisé la codification simple puis la codification thématique.

Niveau 1 : Codification simple. La codification simple fut la première étape de la condensation des données. À partir des transcriptions, elle a consisté à identifier à l'aide du logiciel Atlas.ti des segments de texte et à leur attribuer un code (voir appendice G). Les codes, qui sont des étiquettes, ont permis de désigner les unités de signification émergeant de la transcription du groupe de discussion focalisée ainsi que celle des cinq

entrevues individuelles (Miles et Huberman, 2003). Les codes ont été utiles puisqu'ils sont des outils efficaces d'identification et de recouvrement des données. Ils ont rendu l'analyse plus rapide et plus puissante.

À cette étape, l'étudiante-rechercheure a obtenu 116 codes différents. De ces 116 codes, l'étudiante-rechercheure en a retenu 90 et en a écarté 26 qui n'étaient pas pertinents ou en lien direct avec la question de recherche. À titre d'exemple, voici deux unités de signification avec les codes attribués :

Exemple 1 : Avoir le désir d'encadrer. vs imposition (code non retenu)

Q : Donc si je comprends bien, l'encadrement clinique, il y a des personnes qui sont obligées de le faire? Ils ne le font pas par choix? R : De plus en plus, avec le rôle d'infirmière bachelière clinicienne, elle a un rôle de formation et d'évaluation maintenant. Donc, ça fait partie de son chapeau et de sa responsabilité et elle n'a pas nécessairement le goût de le faire et les capacités je dirais. Parce que ce n'est pas donné à tout le monde d'avoir ça là. Et à quelque part former une relève en soins infirmiers, pour moi en sciences infirmières, c'est primordial et c'est important de bien la former. C'est des éléments qu'on devrait tenir compte, mais dans la réalité... (DF-4, 395-416)⁴

Exemple 2 : Le caring compartimenté (code retenu)

Je pense qu'elles partent vraiment avec une volonté d'intégrer le caring à leurs soins. Mais souvent elles pensent que ça se fait plus ou moins dans un milieu critique. (...) Elles compartimentaient, c'était flagrant. Et de se dire en partant bien l'urgence ça va beaucoup trop vite. Ils n'ont pas le temps de faire du caring. Et j'essayais vraiment de démontrer que ça s'intègre, que c'est superposé, que c'est intégré à toutes les interventions, à notre façon d'être de la première rencontre, de la façon de se présenter au patient jusqu'à son départ que c'est pas du tout une question de temps. On peut travailler rapidement(...) tout en ayant des attitudes caring. (Ent-1, 399-430)

Niveau 2 : Codification thématique. La codification thématique a permis de créer des codes explicatifs ou inférentiels, qui ont permis d'identifier un thème, un pattern ou

⁴ Les extraits d'entrevue utilisés dans ce mémoire seront tous identifiés de la façon suivante : les premières lettres indiquent s'il s'agit de la discussion focalisée (DF) ou d'une entrevue individuelle (Ent), le premier nombre indique de quelle participante il s'agit et les deux nombres qui suivent indiquent les numéros de lignes du début et de la fin de la citation.

une explication suggérée à l'étudiante-chercheure par l'analyse de la codification simple. La fonction de la codification thématique a été de rassembler une grande quantité de matériels dans des unités d'analyse plus significatives et économiques. Le codage au premier niveau fut un moyen de résumer des segments de données. Le codage thématique fut une façon de regrouper ces résumés en un nombre plus petit de thèmes ou d'éléments conceptuels plus synthétiques que l'on nomme les métacodes. À cette étape, il y eu d'abord 12 métacodes (voir appendice I). Puis, après analyse et discussion avec le directeur de mémoire, plusieurs de ceux-ci furent regroupés pour obtenir cinq métacodes soit, 1) la nature de la superviseure; 2) les attitudes et comportements de l'IRFC; 3) les différents rôles; 4) la relation et 5) l'accueil (voir appendice I).

Étape 2 : la présentation des données

L'étudiante-chercheure a utilisé des schémas ainsi que des tableaux à cette étape de l'analyse. Ces formats de présentation des données suggérés par Miles et Huberman (2003) ont permis de rassembler l'information et de l'organiser sous une forme accessible afin de saisir l'ensemble de la situation en un coup d'œil. Cet assemblage organisé d'informations a permis de tirer des conclusions. D'ailleurs, selon Miles et Huberman (2003), des formats de présentation sont essentiels pour aboutir à une analyse qualitative valable.

Ainsi, le tableau I, présenté à la page suivante, est issu de l'avant-dernière étape de l'analyse des entrevues. Il expose et organise tous les éléments pertinents mentionnés par les participantes à l'étude lors des entretiens. Les éléments compris dans ce tableau nous ont permis, dans une étape ultérieure de l'analyse, de faire des choix sur les éléments répondant spécifiquement à la question de recherche, soit : « Quelles sont les

caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring* ? ». Les éléments en caractère gras sont les éléments que nous avons retenus pour travailler la dernière étape de l'analyse. Même si le but de l'étude n'était pas de décrire toutes les caractéristiques d'une supervision clinique, il nous est apparu pertinent de présenter ces résultats exhaustifs obtenus durant l'analyse avant de nous attarder de façon spécifique aux caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring* dans le prochain chapitre.

Tableau I : Exemple de tableau réalisé durant le processus d'analyse

Les qualités personnelles de l'IRFC	Intérêt	La passion pour la profession	
		La passion pour la transmission des connaissances	
		L'intérêt pour la supervision clinique	
Attitudes et comportements	Attitudes et comportements	Être disponible	
		Être patiente	
		Être flexible	
		Être respectueuse	
		Être ouverte	
		Être analytique	
		Être automne	
		Accepter de ne pas tout connaître	
L'expérience et les connaissances clinique de l'IRFC			
Les habiletés relationnelles de l'IRFC	Relation pédagogique avec les étudiantes	La capacité d'accueillir	
		Le partenariat	
Les habiletés d'encadrement pédagogique de l'IRFC	Relation de collaboration avec le milieu	Croire en l'étudiante et être à l'écoute	
		Le climat et l'environnement en stage	
Les habiletés, d'encadrement pédagogique de l'IRFC	La préparation à l'encadrement	La reconnaissance par les pairs	
		Formation à l'encadrement	Clarifier les rôles
			Organisation du stage
			Planification de la première journée de stage
	Les stratégies pédagogiques		Questionnement réciproque
			L'apprentissage réciproque
			L'apprentissage progressif
			Le questionnement
			La réflexion et la discussion
			La recherche
			Les rencontres cliniques
			Le modèle de rôle
	L'évaluation avec rétroaction		La motivation
			L'évaluation formative
			La rétroaction

Les éléments en gras, dans le tableau 1, sont ceux qui ont été retenus pour l'analyse finale des résultats. Le choix de ces éléments a été fait par l'étudiante-chercheure, après discussion avec le directeur de mémoire et en faisant référence au cadre conceptuel de l'étude, soit les principes de l'approche par compétences et ceux de l'école de pensée du *caring*. En effet, seul les éléments les plus pertinents à l'intégration des apprentissages (approche par compétences) dans la perspective de l'école de pensée du *caring* ont été conservés pour l'étape ultime de l'analyse.

Étape 3 : l'élaboration/vérification des conclusions

Dès le début de la collecte de données, l'étudiante-chercheure a commencé à analyser, à chercher le sens des choses, à noter les irrégularités, les patterns, les explications, les configurations possibles, les flux de causalité et les propositions (Miles et Huberman (2003). De plus, elle a gardé un esprit ouvert et critique tout au long du déroulement et elle ne s'est pas arrêtée à des conclusions prématurées. D'ailleurs, Miles et Huberman (2003) soulignent que les conclusions ne surviennent qu'une fois la collecte de données et l'analyse terminée même si elles peuvent avoir été pressenties préalablement.

Également, selon ces auteurs, il ne faut pas s'en tenir qu'à établir une conclusion. En effet, l'étudiante-chercheure a pris soin au fur et à mesure du processus d'analyse de vérifier ses conclusions. Cette vérification rigoureuse et élaborée s'est fait lors de discussions avec son directeur de recherche. En somme, les significations qui se sont dégagées des données ont été testées, avec le directeur de mémoire, quant à leur plausibilité, leur solidité, leur confirmation, en un mot leur validité (Miles et Huberman, 2003).

La rigueur scientifique

Plusieurs auteurs (Burn et Groves, 2001; Lincoln et Guba, 1985; Deslauriers, 2001; Laperrière, 1997; Whittemore, Chase et Mandle, 2001) se sont intéressés à la rigueur scientifique en recherche qualitative. Selon Burn et Groves (2001), les chercheurs accordent beaucoup d'importance à la rigueur scientifique puisqu'ils l'associent à la valeur des résultats de recherche. Plusieurs critères permettent d'assurer la rigueur scientifique d'une recherche qualitative. Selon Whittemore et ses collaborateurs (2001), **l'authenticité, la crédibilité, l'aspect critique et l'intégrité** permettent d'obtenir la rigueur scientifique lors d'une démarche de recherche qualitative. La rigueur scientifique a été respectée tout au long des étapes de réalisation de la présente étude comme le montre une revue de chacun des critères.

La crédibilité. La crédibilité consiste à s'assurer que les résultats décrivent véritablement le phénomène étudié. Elle correspond à une description réelle et adéquate du phénomène à l'étude à travers les résultats (Guba et Lincoln, 1985; Whittemore et coll., 2001). Ce critère s'obtient, entre autres, par le choix diversifié des participantes, par des entrevues (individuelles ou de groupes) réalisées jusqu'à redondance des données, et par la reconnaissance du phénomène par les lecteurs et experts (Whittemore et coll., 2001). Pour atteindre ce critère, l'étudiante-rechercheure a diversifié ses participantes (groupes, âges, scolarité et expériences différentes) et a soumis ses résultats de recherche à son directeur pour validation.

L'authenticité. Très lié à la crédibilité, l'authenticité réfère au fait que les résultats de recherche doivent correspondre au phénomène à l'étude tel que décrit par les participantes. Afin d'y parvenir, il est essentiel de respecter chacune des étapes de la méthode choisie. L'étudiante-rechercheure s'est assurée de l'authenticité en prenant soin

de respecter la méthodologie telle que définie dans une section précédente, de faire vérifier ses données et analyses par son directeur et, finalement, en étant consciente tout au long du processus de son influence et de ses rapports avec les participantes.

L'attitude critique. Whittemore et collaborateurs (2001) soulignent que l'attitude critique constante de l'étudiante-chercheure permet de contrôler des résultats biaisés. Pour y arriver, ces auteurs préconisent la prise de conscience de ses préconceptions, la rédaction régulière d'un journal de bord et des discussions fréquentes avec des experts durant l'étude. Tout au long de l'étude, l'étudiante-chercheure fut consciente de plusieurs biais (objectivité, subjectivité, expériences personnelles, ses valeurs, ses sentiments, etc.) pouvant influencer ses analyses et ses interprétations. Elle a cherché, tout au long du processus de recherche, cette attitude critique en remettant en questions plusieurs résultats, en étant consciente des ambiguïtés et en organisant d'une multitude de façons les résultats avec des figures et des tableaux différents pour arriver à ses conclusions.

L'intégrité. Cette recherche démontre de l'intégrité puisque l'étudiante-chercheure s'est constamment préoccupée de valider ses interprétations en les appuyant sur des données vérifiées à maintes reprises tout en présentant clairement et simplement ses résultats.

Les considérations éthiques

Après l'acceptation du projet de recherche par les membres d'un comité d'approbation de la Faculté des sciences infirmières, le projet de recherche a été présenté au Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal et a obtenu un certificat d'éthique pour la durée de l'étude (voir appendice H). Avant le

groupe de discussion focalisée et chacune des entrevues, les participantes ont été informées du but de l'étude et de l'enregistrement audio. De plus, elles ont été prévenues qu'elles demeuraient libres de se retirer en tout temps du projet sans aucun préjudice. Les participantes ont été assurées du respect de la confidentialité (voir appendice B). En effet, l'étudiante-rechercheuse a pris soin qu'aucune des informations obtenues durant la collecte de données et utilisées dans la présentation des résultats ne permettent de reconnaître les coordonnatrices et infirmières responsables de formation clinique. De plus, la confidentialité fut protégée puisque l'étudiante-rechercheuse a identifié chacune des participantes par un numéro lors de la transcription des entrevues. Enfin, les participantes à l'étude ont été avisées que les bandes magnétiques étaient conservées en lieu sûr et seront détruites après sept ans. Par la suite, les participantes à l'étude ont été invitées à signer le formulaire de consentement (voir appendice C) où elles ont attesté avoir reçu et compris les renseignements de l'étude.

Les limites et les forces de l'étude

La présente étude avait pour but de décrire, selon la perception des coordonnatrices et IRFC, les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Avant de présenter les résultats de cette étude, il convient de discuter de ses limites et de ses forces.

Les limites de l'étude

Une analyse conscientieuse du processus de recherche, nous a permis d'identifier trois limites à la présente étude. La première est liée à la difficulté de croiser deux cadres

de référence. La deuxième touche l'inexpérience de l'étudiante-chercheure dans l'animation d'un groupe de discussion focalisée et la troisième concerne l'objectivité de l'étudiante-chercheure lors de l'analyse.

La difficulté de croiser deux cadres de référence. Cette étude qualitative novatrice en pédagogie des sciences infirmières, quoique pertinente dans le cadre de l'option « formation en soins infirmiers », a rencontré quelques difficultés lorsqu'il a été question de croiser deux cadres de référence, soit l'approche par compétences et la théorie du *caring* de Watson. En effet, durant les entrevues, les participantes à l'étude étaient plus loquaces lorsqu'il était temps de parler de l'approche par compétences que du *caring*. Même si les deux cadres de référence sont particulièrement pertinents, il s'est avéré difficile lors des analyses d'intégrer les deux à chacune des caractéristiques. Le fait est que l'analyse des entrevues a mis en évidence que le discours des participantes sur la perspective de l'école de pensée du *caring* était moins approfondi que celui sur l'intégration des apprentissages.

L'inexpérience de l'étudiante-chercheure dans l'animation de groupe de discussion focalisée. Afin de pallier cette inexpérience, l'étudiante-chercheure avait organisé, avant le début de la collecte de données, une pratique et une observation d'un groupe de discussion focalisée avec son directeur de recherche. Par ailleurs, malgré cette préparation, il demeure que l'animation du groupe de discussion a présenté certaines difficultés. En effet, l'étudiante-chercheure n'a pas réussi à approfondir les sujets abordés durant le groupe de discussion autant que lors des entrevues individuelles étant donné la rapidité des interactions constantes entre chacune des participantes.

La neutralité de l'étudiante-chercheure lors de l'analyse. Plusieurs précautions furent prises afin d'éviter que l'expérience personnelle de l'étudiante-chercheure comme

IRFC en milieu collégial ne viennent se substituer à l'expérience des participantes. Parmi ces précautions mentionnons la rédaction d'un texte sur ses préconceptions, le fait de ne lire aucune des études recensées ou traitant du sujet durant l'analyse, ainsi que la réalisation d'une analyse approfondie, en plusieurs étapes, afin de ne pas arriver à des conclusions prématurées. Malgré ces précautions, nous croyons que le travail d'analyse de l'étudiante-chercheure a pu être influencée, par son expérience personnelle. En effet, même si l'étudiante-chercheure a été très rigoureuse et a pris des précautions, il demeure néanmoins que des choix qu'elle a fait durant le processus d'analyse ont pu être biaisés. Effectivement, nous croyons qu'à l'avant-dernière étape de l'analyse des entrevues, alors que l'étudiante-chercheure a dû sélectionner à partir de l'ensemble des caractéristiques d'une supervision clinique les caractéristiques les plus pertinentes en regard de la question de recherche, les choix de l'étudiante-chercheure aient pu être influencés par son expérience personnelle de supervision clinique et ses connaissances sur le sujet. Par ailleurs, cette limite s'est aussi avérée être une force comme le montre la prochaine section.

Les forces de l'étude

Considérées d'un autre point de vue, l'expérience et les connaissances personnelles de l'étudiante-chercheure se sont avérées un atout important à la réalisation de cette étude en lui permettant d'avoir une meilleure compréhension du phénomène à l'étude. En effet, cette expérience personnelle jumelée aux questionnements, jugement et validation par un expert tout au long du processus d'analyse a permis d'assurer une plus grande crédibilité à l'étude. Selon l'expérience de l'étudiante-chercheure, les résultats correspondent à une description réelle et adéquate du phénomène ce qui augmente

l'authenticité de l'étude. Enfin, il importe aussi de souligner dans les forces de l'étude, le fait que l'étudiante-chercheure s'est assurée de la rigueur scientifique de l'étude en respectant rigoureusement chacune des étapes de la méthode de collecte et d'analyse choisie, en ayant une attitude critique tout au long du processus en remettant en question plusieurs résultats et en validant ses interprétations et données à plusieurs reprises avec un expert (directeur de mémoire) afin de présenter des résultats valables.

Chapitre 4

Les résultats

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse de la discussion focalisée et des cinq entrevues réalisées afin de répondre à la question de recherche. Il se divise en deux parties. Tout d'abord, nous présenterons le profil des participantes à l'étude ainsi que leur définition de l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Ensuite, nous décrirons les dix caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Nous terminerons cette section en exposant, sous forme de schéma, le caractère dynamique du modèle de supervision clinique qui émerge de nos analyses en mettant en lumière les liens entre les différentes caractéristiques.

Profil des participantes

Les résultats présentés dans ce chapitre proviennent de l'analyse d'une discussion focalisée à laquelle ont participé cinq coordonnatrices de stage ($n=5$) et des entrevues réalisées auprès de cinq IRFC ($n=5$). Les données ont été recueillies entre le 12 mai et le 14 juin 2006. Le premier groupe de participantes se compose de cinq coordonnatrices de stage, dont l'expérience varie de la coordination d'un seul stage à trois ans comme coordonnatrice. De plus, trois d'entre elles ont une expérience antérieure comme IRFC à l'université, une a 17 ans d'expérience comme IRFC au collégial tandis que la cinquième n'a aucune expérience comme IRFC. Le niveau de formation complété varie du baccalauréat à la maîtrise. Deux coordonnatrices ont une formation de baccalauréat en sciences infirmières. Parmis les trois autres coordonnatrices, la première détient une maîtrise en sciences infirmières, la deuxième une maîtrise en administration et la troisième une maîtrise en éducation. Une seule

coordonnatrice a reçu une formation complémentaire en pédagogie. Leurs années d'expérience comme infirmière s'échelonnent de six à 31 ans.

Le deuxième groupe de participantes se compose de cinq IRFC, dont l'expérience varie de l'encadrement d'un seul stage à trois ans. Leur niveau de formation varie du baccalauréat à la maîtrise en sciences infirmières. Plus précisément, trois participantes détiennent un baccalauréat en sciences infirmières et les deux autres, une maîtrise dans le même domaine. Par ailleurs, aucune n'a de formation complémentaire en pédagogie. Leurs années d'expérience comme infirmière s'échelonnent de quatre à 40 ans. Les tableaux II et III, à la page suivante, donnent une vue d'ensemble des caractéristiques sociodémographiques des participantes à l'étude.

Définition de l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*

Avant de décrire les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribuent à l'intégration des apprentissages selon la perspective de l'école de pensée du *caring*, il est apparu pertinent de présenter la façon dont les participantes à l'étude définissent ces concepts.

Les participantes à l'étude ont défini, à l'aide d'exemples, leur compréhension de l'intégration des apprentissages. Selon elles, l'étudiante qui a intégré les apprentissages est capable de bien comprendre une situation en l'explorant sous tous les angles, en s'assurant de faire tous les liens nécessaires entre la théorie et la pratique tout en se préoccupant de la personne soignée et de sa famille. Les extraits d'entrevue qui suivent illustrent cette définition.

Tableau II :
Caractéristiques sociodémographiques des coordonnatrices de stages (discussion focalisée)

Genre	Niveau de formation complété	Domaine de la formation	Formation complémentaire en pédagogie	Années d'expérience comme infirmière	Années d'expérience comme coordonnatrice	Expériences antérieures comme IRFC
Féminin	Baccalauréat	Sc. Infirmières	Aucune	6 ans	1 stage	2 ans superviseure
Féminin	Maîtrise	Sc. infirmières	Aucune	14 ans	1 an	Aucune
Féminin	Baccalauréat	Sc.infirmières	Aucune	19 ans	1 stage	2,5 ans superviseure
Féminin	Maîtrise	Administration	Aucune	25 ans	3 ans	3 ans superviseure
Féminin	Maîtrise	Éducation	Performa multiples en apprentissage	31 ans	1 an	17 ans au collégial

Tableau III :
Caractéristiques sociodémographiques des IRFC (entrevues individuelles)

Genre	Niveau de formation complété	Domaine de la formation	Formation complémentaire en pédagogie	Années d'expérience comme infirmière	Années d'expérience comme IRFC
Féminin	Baccalauréat + 1 cours de complété à la maîtrise	Sc. Infirmières	Aucune	4 ans	1 stage superviseure 1 an inf. associée
Féminin	Baccalauréat + 5 cours de complétés au DESS	Sc. Infirmières	Aucune	8 ans	1 stage superviseure
Féminin	Baccalauréat	Sc. Infirmières	Aucune	12 ans	2 ans monitrice 1 stage inf. associée
Féminin	Maitrise	Sc. Infirmières	Aucune	17 ans	1 an superviseure 5 ans inf. associée
Féminin	Maitrise	Sc. Infirmières	Aucune	40 ans	3 ans superviseure

C'est sûr qu'on peut apprendre, au niveau bio, au niveau psycho, au niveau bon tout ça. Mais à un moment donné il faut tout mettre ça ensemble pour être capable d'appliquer tout ça dans le quotidien du travail. Donc, c'est vraiment de faire des liens entre tout ce qui a été vu en théorie, à l'université et de faire les liens entre tout ça sur le terrain. Donc d'être capable de voir qu'une certaine pathologie ça donne certains symptômes, que tel médicament donne tel effet secondaire mais aussi de voir que la famille peut s'inquiéter pour le patient qui a certains effets secondaires. (Ent-3, 179-183)

Comme j'avais une étudiante, [il] fallait qu'elle installe une stomie et on l'avait déjà fait une fois avant sur un autre patient, avec un autre étudiant, donc là c'était à son tour... Puis, j'ai été étonnée de voir qu'en même temps qu'elle découvrait ses affaires, elle parlait avec la madame et elle se préoccupait de, [si elle] était confortable et tout ça... (Ent-2, 734-738)

Quand on parle d'intégration des apprentissages, c'est là qu'on applique notre jugement (DF-4, 229-230)

L'analyse des entrevues met en évidence que le discours des participantes sur la perspective de l'école de pensée du *caring* est moins approfondi que celui relié à l'intégration. En effet, leur conception du *caring* concerne essentiellement les attitudes. Ce qui signifie que pour les participantes à l'étude, une étudiante qui a intégré des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring* a intégré des attitudes cohérentes avec le *caring* telles qu'être humaine, à l'écoute, disponible et respectueuse lorsqu'elle s'occupe de la personne soignée et de sa famille

Je trouve qu'elles sont très humaines. Il y a énormément de chaleur humaine qui transparaît dans leur façon d'être avec leurs patients. (Ent-1, 462-463)

En soins palliatifs, elle [la patiente] lui parlait de la mort qui s'en venait et l'étudiante m'a dit : « Je ne suis pas à l'aise avec ça. J'ai jamais vraiment parlé de ça », mais je voyais qu'elle écoutait et qu'elle lui touchait la main, elle démontrait (...) de l'empathie (...) Elle respectait les silences (...) Elle restait à côté et on voyait qu'elle était intéressée. (Ent-2, 854-877)

C'est vraiment d'être disponible au patient, de répondre à leurs questions, d'être respectueux, de les vouvoyer, de ne pas les juger parce que je veux dire, c'est sûr qu'on va côtoyer des gens qui vont avoir vécu mille choses différentes (...) Je ne le sais pas moi, soigner (...) un patient sidéen, homosexuel mettons. S'il y en a qui ont des préjugés par rapport à

l'homosexualité, bien je veux dire ça va être de passer par-dessus et de dire : « je soigne une personne. » (...) Donc ça va être vraiment de ne pas juger les patients. D'être à l'écoute vraiment quand il va y avoir des choses à te dire, de les écouter. De prendre un peu de temps, de faire un sourire, ça prend pas 15 minutes là faire un sourire et ça peut réconforter la personne. De l'accompagner dans ce qu'elle vit. (Ent-3, 1193-1205)

Nous venons de voir la définition de l'intégration des apprentissages ainsi que celle de la perspective de l'école de pensée du *caring* selon les participantes à l'étude. Maintenant, nous allons aborder le cœur des résultats de cette étude qui avait pour but de décrire, selon la perception des coordonnatrices et IRFC, les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

Les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*

L'analyse des données a permis d'identifier dix caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. En effet, une IRFC qui veut favoriser l'intégration des apprentissages doit : 1) manifester des attitudes en accord avec le *caring*; 2) faire preuve de respect dans la relation pédagogique; 3) accepter de ne pas tout connaître; 4) établir une relation pédagogique de partenariat; 5) créer un climat favorable à l'apprentissage; 6) promouvoir l'apprentissage progressif; 7) pratiquer le questionnement; 8) favoriser la réflexion et la discussion; 9) encourager la recherche d'informations et 10) utiliser la rétroaction. Ces caractéristiques ont été regroupées en trois catégories soit les attitudes, les habiletés relationnelles et les habiletés d'encadrement de l'IRFC (voir tableau IV à la page suivante). Cette deuxième section du chapitre décrira donc chacune des

caractéristiques. Pour faciliter la lecture du texte, les dix caractéristiques seront présentées de manière linéaire, tout en montrant au fur et à mesure les liens qui les unissent. Ensuite, un schéma intégrateur présentera le caractère dynamique du modèle de supervision clinique qui émerge de nos analyses en montrant les liens existants entre les dix caractéristiques.

Tableau IV :

Les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des appren-tissages.

Catégories	Caractéristiques
Les attitudes de l'IRFC	<ul style="list-style-type: none"> • Manifester des attitudes en accord avec le <i>caring</i> • Faire preuve de respect dans la relation pédagogique • Accepter de ne pas tout connaître
Les habiletés relationnelles de l'IRFC	<ul style="list-style-type: none"> • Établir une relation pédagogique de partenariat • Créer un climat favorable à l'apprentissage
Les habiletés d'encadrement de l'IRFC	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'apprentissage progressif • Pratiquer le questionnement • Favoriser la réflexion et la discussion • Encourager la recherche d'informations • Utiliser la rétroaction

Les attitudes de l'IRFC

Manifester des attitudes en accord avec le caring

L'analyse des entrevues a permis de mettre en évidence qu'une supervision clinique selon la perspective de l'école de pensée du *caring* requiert de l'IRFC certaines

attitudes guidées par des valeurs humanistes cohérentes avec le *caring* telles être à l'écoute, disponible, flexible, patiente et douce.

C'est vraiment d'être avec les étudiants. (...) d'être douce avec eux. Parce que je le sais que c'est déjà assez difficile comme ça d'être un étudiant. Il y a tellement de contraintes autour de ça que bon, je me dis : « si en plus moi je viens avec mon air de bœuf là. » Donc, c'est vraiment, (...) d'être douce avec eux, d'être disponible aussi. Et de les écouter. (Ent-3, 976-982)

Je suis toujours là pour répondre à leurs questions, pour les stimuler et les écouter. Je suis assez disponible. (Ent-2, 195-196)

Ne pas être comme une forme d'autorité (...) Je pense que de se montrer accessible, flexible et «je comprends ce qui a été vécu par vous. Je suis aussi passée par là et voyons ce qu'on peut faire ensemble pour rendre ce stage-là le plus agréable possible. » Il ne faut pas que ce soit une contrainte. Quand c'est vu comme une contrainte je trouve que ça, ne favorise pas l'épanouissement de l'étudiante et ça n'optimise pas ses compétences et la réussite de son stage. (Ent-1, 190-201)

S'appuyant sur les attitudes en accord avec le *caring*, les participantes à l'étude affirment que l'IRFC doit aussi être indulgente envers les étudiantes en apprentissage, en étant compréhensive et ouverte à s'ajuster aux besoins individuels de chacune.

« Elles sont-tu merveilleuses, sont douces, sont caring». (...) C'est d'être douce, être patiente, être tolérante envers quelqu'un qui est en apprentissage. (Ent-5, 983-991)

D'avoir une personne qui est patiente et qui est capable de répéter et de réexpliquer et trouver des stratégies pour s'adapter au mode d'apprentissage de l'étudiant. (DF- 2, 418-420)

De plus, l'analyse des entretiens montre qu'une partie des attitudes et des comportements en accord avec le *caring* viennent du savoir-être de la personne elle-même et l'autre partie se développe à l'aide de connaissances théoriques et d'observation :

Je pense que c'est quelque chose qu'on a en nous [le caring]... C'est dans le savoir être. (...) Je pense qu'une monitrice qui a ça en elle va le transmettre

aux étudiants dans sa façon de leur parler et dans la façon aussi qu'elle s'adresse aux patients. Je pense que ça va se démontrer là-dedans. (...) Alors qu'une monitrice qui est bing bang (...) très techniques avec beaucoup de connaissances (...) a moins de caring avec les étudiants et avec les patients. Je pense que ça vient de l'attitude de la personne. (Ent-2, 662-676)

Je pense qu'une grande partie de son habileté à entrer en relation de caring avec les patients qui est très personnelle, qui part de la personne, de qui elle est, de comment elle est dans sa vie de tous les jours. Je pense qu'il y a une grande partie que c'est ça. Mais il y a quand même une partie qui s'apprend par des notions théoriques mais aussi par l'expérience. Je ne dirais pas l'imitation d'un modèle mais en prenant des outils ou en observant un modèle de rôle. Ça je suis convaincue de ça parce qu'on s'influence entre nous, entre collègues et je me rappelle avoir été influencé par certaines personnes. On peut être influencé positivement, on peut être influencé négativement. Donc oui, je pense qu'elles vont avoir tendance à vouloir reproduire certains comportements. Et je trouve que quand elles arrivent dans le milieu, elles remarquent beaucoup les personnes qui n'ont pas démontré une attitude de caring. Elles vont souvent le dénoter, en parler dans les rencontres cliniques, dire : « Bien, il est arrivé telle situation et moi je trouve qu'elle n'a pas agi de façon caring. » Donc ils vont être capables de le dénoter. (Ent-1, 306-324)

Ils [les étudiants] vont intégrer le caring, je pense de la première journée [de stage] jusqu'à la dernière journée car c'est sûr qu'ils sont imprégnés du caring. (...) Fait que moi je pense que l'attitude du superviseur ça va venir renforcer le fait que tu vas intégrer le caring à tes interventions. (Ent-3, 1145-1156)

Il faut des infirmières [IRFC] qui agissent avec caring avec leurs patients et avec leurs collègues. Donc qui ont des attitudes ... qui sont patience, compassion, sensibilité, qui traitent les gens avec dignité. Des infirmières [IRFC] qui sont respectueuses. Des fois, ça semble être de base pour toutes les infirmières, mais on ne retrouve pas nécessairement toujours ça. (Ent-1, 248-253)

Faire preuve de respect dans la relation pédagogique

Le respect, attitude en accord avec le *caring*, devient, selon les participantes interviewées, une caractéristique essentielle à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Celles-ci nous ont décrit comment cette attitude de respect était nécessaire pour maintenir une relation de partenariat avec

l'étudiante ainsi qu'un climat favorable à l'apprentissage. C'est pour rendre justice à cet impact particulier du respect sur l'apprentissage que nous avons extrait cette attitude en accord avec le *caring* des autres attitudes incluses dans la caractéristique précédente afin d'en faire une caractéristique spécifique. L'analyse des entrevues, montre que le respect peut se manifester de différentes façons. Dans la relation pédagogique, l'IRFC respecte l'étudiante en lui proposant de participer aux décisions, en lui demandant son opinion tout en ne la jugeant pas.

Je ne suis pas très ferrée dans la philosophie du caring sauf bien sûr au niveau du respect de chaque individu, de la possibilité pour eux de décider, de participer aux décisions de soins (...) c'est sûr qu'on insiste beaucoup à ce niveau-là pour que toutes les décisions qu'on prend soient validées par notre clientèle et qu'ils soient vraiment d'accord avec leur plan de soins thérapeutiques. Alors, il y a beaucoup de respect là-dedans. Et c'est l'aspect majeur... Moi en tout cas [c'est] ce que je retiens. Alors si on l'applique pour nos patientes, on doit aussi l'appliquer pour nos étudiantes, et de la même façon. (Ent-4, 553-563)

Au lieu de juger et dire : « Bien elle, elle ne veut pas apprendre, elle s'est retirée », tu sais ...et de dire : « Bien ce n'est pas acceptable, tu n'es pas intervenue et tu aurais dû... » Prendre le temps de dire : « Parle-moi de ce qui c'est passé (...) » Mais on a tendance beaucoup plus à être en mode réactif qu'en mode écoute, dire : « Qu'est-ce qui c'est passé? Pourquoi tu as agit de telle façon? Qu'est-ce que tu as réfléchi? Qu'est-ce [que] tu avais en arrière? C'était quoi ton analyse de la situation? » (...) Tu sais, je dirais c'est beaucoup ça pour moi l'écoute, le respect de l'étudiante (Ent-5, 1047-1056)

Une autre façon de respecter l'étudiante se manifeste lorsque l'IRFC donne de la rétroaction à l'étudiante. En effet, cette démarche quotidienne qui vise à la fois à corriger et à apporter des améliorations aux apprentissages des étudiantes se fait dans l'intimité à l'aide de commentaires constructifs. Ainsi, pour respecter l'étudiante, il appartient à l'IRFC de bien choisir le moment et l'endroit pour transmettre la rétroaction. De plus, le respect de l'étudiante implique plus que la verbalisation de la

progression de l'étudiante. La rétroaction vise, en partenariat avec l'IRFC, une plus grande responsabilisation de l'étudiante dans la régulation de ses apprentissages. Les extraits suivants illustrent de quelle façon les IRFC donne leur rétroaction dans le respect de l'étudiante.

Moi c'est de ne jamais passer de commentaire négatif en groupe. (...) De ne pas passer de commentaire négatif. Moi je dis, il faut toujours que ce soit constructif. Donc c'est sûr qu'il y a personne qui aime se faire dire que t'as telle ou telle chose à travailler. Mais je pense qu'il y a une façon respectueuse de le dire qui fait que l'étudiant va prendre ça comme un commentaire plutôt que comme une critique. Donc, un commentaire dans le but de le faire avancer. Il faut que ce soit constructif. Moi, je pense que c'est de cette façon-là (...) que je respecte les étudiants. (Ent-3, 998-1010)

Je respecte l'étudiante en faisant l'évaluation et en lui reflétant toujours où elle est rendue dans ses apprentissages... Et en lui faisant remarquer et accepter où elle est rendue et faire un plan d'action en collaboration... On ne décide jamais toute seule : « Bon, bien, tu vas faire telle chose. (...) Moi, je dis toujours : « Qu'est-ce que t'en penses? Qu'est-ce qui t'aiderait, comment, pour continuer tes apprentissages, pour t'améliorer? » Et c'est rare que j'ai des difficultés à ce niveau-là... (Ent-5, 573-580)

Accepter de ne pas tout connaître

Les participantes à l'étude ont mentionné qu'en plus de posséder certaines connaissances et attitudes en lien avec le *caring*, l'IRFC doit détenir quelques années d'expérience comme infirmière ainsi qu'un bagage pertinent de connaissances théoriques et pratiques. Cette combinaison d'expérience et de connaissances vont lui permettre de bien remplir son rôle auprès des étudiantes et de mieux les accompagner dans un système de santé où les soins sont de plus en plus complexes, comme le montre les extraits d'entrevues qui suivent :

C'est sûr qu'il faut qu'elle ait quand même des bonnes connaissances théoriques elle-même pour être capable de valider certaines connaissances de l'étudiante ou de donner des pistes pour aller en chercher davantage. De diriger l'apprentissage de l'étudiante. Donc, il faut qu'elle-même ait des

bonnes connaissances. Idéalement aussi une expérience clinique dans le domaine qu'elle supervise. (Ent-1, 1232-1237)

Moi je pense [que] ça prend quand même un minimum d'années d'expériences... variées aussi. Parce que c'est exigeant d'être avec des étudiants en stage et la complexité des patients aussi fait que ça prend une monitrice qui a du bagage de connaissances. (Ent-2, 930-933)

Bon un certain bagage de connaissances théoriques. C'est sûr qu'en ayant fréquenté la faculté ici bon avec tout l'enseignement qui est fait sur l'école de pensée du caring, c'est peut-être plus facile après ça de l'intégrer, de le transmettre aux étudiants pour qu'ils puissent l'intégrer eux dans leur pratique. Donc, qui connaît le modèle du caring. (Ent-3, 1245-1250)

L'analyse des entrevues a cependant mis en évidence que les connaissances et l'expertise de l'IRFC quoique nécessaires n'étaient pas suffisantes pour favoriser l'intégration des apprentissages chez l'étudiante. C'est ainsi que les participantes à l'étude soulignent une autre attitude essentielle, soit que l'IRFC doit être capable d'accepter de ne pas tout connaître. En effet, elle accompagne et guide l'étudiante en utilisant différentes stratégies pédagogiques, tels l'apprentissage progressif, le questionnement, la réflexion et la discussion comme nous le verrons en détails plus loin. Ces stratégies favorisent la métacognition et placent l'étudiante au centre de son apprentissage pour qu'elle devienne active dans la construction et l'intégration des apprentissages. Dans cette optique, l'IRFC doit reconnaître qu'elle n'a pas besoin de tout connaître et d'avoir la science infuse puisque son rôle n'est pas de répondre à toutes les questions de l'étudiante mais bien de l'accompagner en vue de l'amener à trouver elle-même ses réponses. C'est dans ce sens que les participantes nous ont parlé de l'importance pour l'IRFC d'accepter de ne pas tout connaître.

On n'a pas toujours toutes les réponses et [il ne] faut pas se sentir moins compétente pour ça. Sauf que les gens se sentent beaucoup attaqués là-dedans. Fait que c'est sûr, je pense [que] de bien former les infirmières

associées, de dire : « Bien ça se peut que j'aille pas les réponses, et voici comment vous pouvez les faire réfléchir ... ». (Ent-5, 779-784)

Tu ne sais pas toujours tout. Et heureusement que tu ne sais pas toujours tout. Et c'est d'être humble et de le dire : « Ça, je ne le sais pas. Mais regardez, comme infirmière parfois il y a plein de choses qu'on ne sait pas. Mais ce n'est pas grave. On va aller chercher. » C'est ça aussi apprendre. La capacité [pour l'étudiant] d'aller chercher des livres et de trouver une réponse. Pour moi c'est essentiel. (DF-3, 379-383)

On ne connaît pas tout et on essaie de faire en sorte qu'elles vont rechercher l'information par elles-mêmes. Et c'est évident que c'est mieux intégré quand la recherche a été faite par soi-même que... quand elle [l'étudiante] a juste reçu l'information. (Ent-1, 798-801)

En effet, une participante à l'étude voit un avantage important pour l'intégration des apprentissages des étudiantes lorsque l'IRFC ne connaît pas tout. Le fait de ne pas tout connaître l'amène à questionner l'étudiante plus en profondeur et celle-ci n'a pas d'autre choix que de réfléchir davantage pour réussir à faire les liens nécessaires pour vraiment mieux comprendre la situation et pouvoir ainsi l'expliquer et mieux réagir dans l'action. Ainsi, les questions posées favorisent un retour sur les informations en mémoire et permettent aux étudiantes d'y greffer de nouvelles informations. Contrairement à une infirmière qui connaît le patient ou à une infirmière experte dans le domaine qui fréquemment prend pour acquis que l'étudiante a fait les liens, l'IRFC qui accepte de ne pas tout connaître est ouverte à questionner l'étudiante pour s'assurer qu'elle comprend et fait les bon liens :

Pour moi, c'est un avantage quand j'arrive en rencontre [clinique] et que je ne connais pas les patients. Pour avoir corrigé beaucoup de processus avec les monitrices, je corrige le processus et souvent je vais faire « point d'interrogation, élabore, élabore » et elle, elle va me dire : « Je n'ai pas pensé de demander d'élaborer parce que moi je le connais le patient. » Pour elle, les liens elle les a faits automatiquement et elle ne pense pas à questionner l'étudiant là-dessus parce qu'elle a fait le lien et elle prend pour acquis qu'il l'a fait lui [aussi]: Tandis que moi j'arrive et là je vais poser : « oui, mais pourquoi? ... » et là tu pousses plus loin (...) Il doit réfléchir et

puiser dans ses connaissances. Fait que... moi au contraire, je préfère ne pas connaître les patients parce que ça me permet [de] leur faire faire plus de liens que la superviseure ne fera pas parce qu'elle les connaît. (DF-1, 1669-1680)

Par ailleurs, une autre participante, nous confie qu'il est difficile pour elle d'accepter de ne pas tout connaître. Ce sentiment est encore plus grand lorsqu'elle supervise des rencontres dans un domaine où elle n'a pas d'expérience clinique puisqu'elle n'a pas l'expertise et les compétences pour s'assurer que les liens faits par les étudiantes sont les bons :

Moi je trouve ça difficile parce que j'ai l'habitude d'être toujours là sur le plancher avec mes six étudiants. Là, je me retrouve comme coordonnatrice qui arrive, qui parfois si c'est en chirurgie ça va très bien, si c'est en médecine je me démêle bien. Mais quand je me trouve en périnat, j'ai jamais travaillé en périnat moi. Vraiment j'écoute mais je [ne] me sens pas capable de bien intervenir. (DF-4, 1648-1654)

Nous venons de voir les attitudes de l'IRFC, soit de manifester des attitudes en accord avec le *caring*, la capacité à faire preuve de respect dans la relation pédagogique et d'accepter de ne pas tout connaître. Nous examinerons maintenant ses habiletés relationnelles.

Les habiletés relationnelles de l'IRFC

L'analyse des entrevues a permis de mettre en évidence que certaines habiletés relationnelles telles que l'établissement d'une relation pédagogique de partenariat avec l'étudiante et la création d'un climat favorable à l'apprentissage sont des caractéristiques essentielles d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages selon la perspective de l'école de pensée du *caring*.

Établir une relation pédagogique de partenariat avec l'étudiante

Établir une relation pédagogique demande à l'IRFC des attitudes de respect et d'ouverture comme nous venons de le voir. En ce sens, le partenariat entre l'étudiante et l'IRFC permet au travail d'intégration de se faire dans un partage de connaissances et de réflexions au sein d'une relation de confiance entre la superviseure et l'étudiante. Dans ce type de relation, les étudiantes sentent que l'IRFC est là pour les soutenir, les accompagner et les aider à progresser. Cette relation pédagogique de partenariat est indispensable puisqu'elle devient un moyen favorisant le transfert des connaissances théoriques à la pratique. Dans le prochain extrait, une participante à l'étude raconte l'expérience qu'elle a vécu lorsqu'elle était en relation de partenariat avec ses étudiantes.

J'aidais, au même titre que les pairs à approfondir la réflexion. Donc, je ne me considérais pas comme nécessairement au-dessus des étudiants. Je me disais : « Je fais partie... je travaille avec eux, dans le même sens. Donc je veux dire dans certains aspects, ils en connaissent plus que moi et c'est normal parce que... je veux dire, moi les soins intensifs, j'en n'ai jamais faits. Donc, c'est normal qu'ils sont plus à l'aise avec des techniques vraiment spéciales que tu vois juste aux soins [et] l'administration de certains médicaments. » Donc pour moi, on était sur un même pied d'égalité tout le monde. Et tout le monde, on allait vers l'avant, on cheminait pour que les étudiants puissent avancer justement dans leurs apprentissages (Ent-3, 432-442)

De plus, l'établissement d'une relation pédagogique de partenariat entre l'étudiante et l'IRFC est un préalable à l'intégration des apprentissages puisque, selon les participantes à l'étude, l'étudiante qui se retrouve dans ce type de relation se sent plus à l'aise de poser des questions et de réfléchir à haute voix en vue d'approfondir ses connaissances et d'intégrer ses apprentissages. Ainsi, selon les participantes à l'étude il s'avère plus facile d'accompagner les étudiantes et de cheminer avec elles vers l'intégration de leurs apprentissages lorsqu'une telle relation existe :

Moi je pense que le fait d'être... comme inclus dans le groupe, ça fait que les étudiants vont venir me voir plus facilement. ... Venir me poser des questions plus facilement (...) moi, je ne veux pas qu'ils sentent que je suis de la faculté et [qu'il] y a une distance entre vous-autres et entre moi. Non, moi je veux vraiment faire partie du groupe pour être capable vraiment d'aider tout le monde à avancer. Donc c'est pour ça je veux qu'ils se sentent à l'aise de venir me parler (...) je veux vraiment qu'ils sentent que moi je suis là pour les aider, pour répondre à leurs questions. Les étudiants ne se gênaient pas pour m'envoyer des courriels, me « pager » quand ils avaient une question et moi je leur répondais vraiment le plus rapidement que je pouvais. Donc, vraiment pour les accompagner dans leurs apprentissages, pour les aider à avancer. (Ent-3, 451-464)

Moi, je pense que le fait d'avoir ces attitudes-là [d'être inclus dans le groupe, d'accompagner, d'aider...] ça fait justement que les étudiants sont plus portés à aller vers le superviseur. Donc, justement de pas être gêné pour poser les questions. Parce que c'est sûr qu'il y en a qui sont plus en retrait puis parlent moins, donc en ayant ces attitudes-là, ils viennent qu'à poser des questions. En te posant des questions c'est parce qu'il y a des choses qui sont moins claires (...) Moi, je pense que le fait de venir me poser des questions ça les aide à faire le lien justement entre ce qu'ils ont appris à l'université et la façon qu'on va l'appliquer dans la situation. Donc, j'ai l'impression que je suis (...) avec l'infirmière associée, on est le moyen pour que l'étudiante (...) soit capable de prendre ces connaissances théoriques et par nous, en nous posant des questions puisse les appliquer dans la pratique auprès des patients. (Ent-3, 475-488)

Je dis : « vous posez toutes les questions que vous voulez, il n'y a pas de questions niaiseuses. (...) Tu me le demandes et je vais t'aider, et si je ne sais pas la réponse, bien on va chercher » Je pense que cette attitude-là ça facilite beaucoup l'apprentissage. Je ne veux pas que les étudiantes me perçoivent comme un mur... l'air bête. (...) J'essai de détendre l'atmosphère. (...) Moi je pense qu'avoir cette attitude-là ça facilite leur apprentissage. (Ent-3, 499-508)

Il ressort aussi des analyses que cette relation de partenariat est importante pour l'étudiante puisqu'elle éprouve une complicité qui lui permet de travailler avec l'IRFC pour intégrer les apprentissages :

De bien travailler ensemble (...) La collaboration c'est essentiel sinon on n'avance pas, parce que sinon tu sais ça devient trop autoritaire et ça marche pas. Pas plus pour nos patients là ... On sait que si on leur dit : « Faites telle chose » et ils ne veulent pas c'est pas vraiment une bonne façon de faire. (Ent-4, 585-600)

L'espèce de relation de partenariat, la notion d'alliés qu'ils doivent établir avec les étudiants. Parce que s'ils ne se sentent pas comme soutenus dans leurs démarches par l'infirmière qui les accompagne ou qui les supervise, peu importe le titre, je pense que pour eux-autres c'est comme une petite équipe qu'ils doivent former. (DF-4, 874-878)

En effet, à la base de cette relation de partenariat, il y a toujours le désir de former une petite équipe, un microsystème ouvert et réceptif aux commentaires permettant de s'ajuster pour permettre de mieux faire cheminer l'étudiante en apprentissage.

Démontrer du respect, de l'ouverture parce que tu crées un climat aussi de réceptivité. C'est évident que quand il y a déjà une bonne relation ça enlève des barrières. Alors moi je pense que déjà pour l'étudiant, il est plus réceptif, il est plus près aussi à recevoir des fois des commentaires. Il va les recevoir plus facilement. La même chose pour l'infirmière, si elle a à faire des ajustements, elle va mieux recevoir aussi les commentaires. (DF-4, 937-956)

Être capable de passer à travers les difficultés en amenant quand même son étudiante à apprendre. (...) En établissant une relation avec ton étudiante de un pour un ou de un pour six, en faisant un microcosme finalement. (DF-4, 1550-1558)

L'établissement de cette relation pédagogique de partenariat se situe dans un climat de respect et place l'IRFC dans un rôle d'accompagnatrice, elle ne connaît pas tout mais apporte un soutien à l'étudiante ce qui facilite énormément l'intégration de ses apprentissages.

Pour moi l'infirmière associée c'est clair qu'elle est une accompagnatrice. Et c'est l'étudiante qui est responsable des apprentissages, de vouloir apprendre. Et l'infirmière associée est beaucoup dans une relation d'accompagnement et de faciliter l'apprentissage en donnant des situations propices à l'apprentissage. C'est beaucoup un accompagnement, un respect mutuel (Ent-5, 670-676)

Moi je vois beaucoup ma relation comme étant [être] à l'écoute de mes étudiantes, de les accompagner là-dedans, de faciliter le processus d'intégration des connaissances, revenir sur les situations cliniques... (Ent-5, 701-703)

Pour moi ce qui est super important comme caractéristique, c'est beaucoup la notion d'être capable d'établir un partenariat. Parce que je pense que s'il n'y a pas ça, ça ne peut pas marcher (...) La curiosité c'est immanquable et l'humilité. Parce que dans la façon qu'on veut faire cheminer les étudiants avec le nouveau programme, je veux dire ça commence tout le temps dans les activités de tutorat, toutes ces choses-là. On ne peut pas tout connaître. Et je pense que si on établit ça avec les étudiants au début et on dit : « j'ai des nouveaux étudiants, des nouveaux apprentissages, ensemble on va cheminer et on va apprendre et on va partir de vos besoins ». (DF-3, 1438-1447)

Créer un climat favorable à l'apprentissage

Nos analyses ont permis de mettre en évidence que le climat dans lequel se réalise l'apprentissage a un impact indirect mais important sur l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Ce climat favorable à l'apprentissage comporte deux dimensions : 1) entretenir une relation qui soutient la motivation de l'étudiante et 2) développer une relation de collaboration avec le personnel du milieu. En effet, ces deux dimensions se révèlent être de toute première importance : « *Sans nécessairement peindre un idéal (...) tout en demeurant réaliste, je pense qu'il y a moyen de créer un climat favorable et un environnement favorable à l'apprentissage. (Ent-1, 223-228)* »

Entretenir une relation qui soutient la motivation de l'étudiante. Entretenir une relation qui soutient la motivation de l'étudiante tel que l'accueillir, croire en elle, l'encourager et valoriser ses efforts stimule l'étudiante à s'engager, à se faire confiance, à persister ainsi qu'à se surpasser.

Quelqu'un qui se sent comme incompétent, qui n'a pas une estime d'elle-même ne va pas avoir tendance à se surpasser ou à vouloir relever des défis. [Elle va avoir] tendance à se décourager. Elle va avoir plus de difficulté à se

concentrer. Alors je trouve qu'en maintenant ce genre de climat-là positif pour moi c'est clair que ça favorise un apprentissage. Le climat positif, va augmenter sa motivation à travailler plus fort. Et à augmenter justement ses compétences, à mieux intégrer, à aller chercher de l'information parce qu'elle voit qu'elle a des compétences ou qu'elle va réussir. Et encourager aussi. Des fois il y a un certain découragement qui se fait, bon justement, encourager pour permettre la motivation nécessaire pour se surpasser. (...) ce qu'on retrouve souvent c'est une autocritique un peu trop poussée où l'étudiante va se décourager, va se comparer à une infirmière experte. (Ent-1, 1012-1043)

En effet, cette relation qui soutient la motivation de l'étudiante, où l'IRFC croit en l'étudiante, contribue à créer les conditions propices à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring* puisque l'intérêt s'installe ainsi que la participation active. Croire en l'étudiante demande à l'IRFC d'avoir la conviction que l'étudiante a le potentiel et que son rôle est celui de guide et d'accompagnateur.

« On croit en l'étudiant » (...) C'est l'ouverture, c'est la rétroaction, c'est la communication. C'est de ne pas de pas piéger. Tu sais l'effet Pygmalion (...) Alors c'est de pas piéger ton étudiant. Il est là pour apprendre. Il a le temps. On a dix jours, on a trois semaines, peu importe. (DF-4, 283-299)

Croire en l'étudiant c'est de dire : « Écoute, on est là pour t'aider, on est là pour t'encadrer, on est là pour réussir. » Ça se peut qu'il ne réussisse pas. (...) Mais t'es là pour lui mettre, en tous cas pour l'aider. C'est toi qui va arroser, mais c'est lui qui va pousser là comme la fleur. Alors c'est important que l'étudiant, que tu crois en lui, et tu crois en sa réussite. Et qu'il sente que t'es là pour l'aider et non pas pour le diminuer ou peser dessus ou toujours l'écraser. Et à ce moment-là c'est plus facile, je crois pour l'étudiant. Tu peux développer une auto-critique. Tu peux dire : « Bien c'est vrai que j'ai de la difficulté dans tel aspect. » (...) Elle a de la difficulté cette étudiante-là. Ok. On va l'aider. On va regarder avec elle. On va s'asseoir. On va donner la rétroaction à tout moment pour ne pas qu'elle s'enlise. Et lui faire découvrir par elle-même ses problèmes, ses difficultés, ses forces. Je pense que c'est ça. Et c'est tout à l'intérieur, tu rentres là-dedans le caring (DF-4, 304-320)

En lien avec la rétroaction, l'IRFC qui prend le temps de discuter avec l'étudiante de son cheminement tout en lui permettant d'identifier les points positifs d'une situation qui la décourage, motive l'étudiante et l'encourage à persévéérer.

Des fois c'est quand l'étudiant est plus découragé bien on a un rôle aussi d'encourager(...) De motiver l'étudiant (...) Des fois il y a des périodes de découragement parce qu'il y a des choses qui se passent. (...) Bien moi c'est d'aller les voir et de leur demander : « Bon qu'est-ce que tu trouves qui s'est mal passé(...) Qu'est-ce qui a mal été? » Et on en parle et j'essaie de lui faire voir s'il y avait des points positifs. Oui, de ressortir quand même les points positifs qui s'est passé dans la situation, même si lui il pense que tout a mal été. Parce que des fois ça arrive et l'étudiant il dit : « Ah, j'ai pas fait ça comme il faut, et ça a pas bien été. ». Fait que là j'essaie de lui faire voir qu'est-ce qui a bien été quand même dans sa soirée. Il y a des choses qui ont bien été, c'est juste pour qu'il s'encourage avec ça et qu'il veuille continuer. (Ent-2, 1033-1053)

Ainsi, selon les participantes à l'étude, l'étudiante motivée est plus curieuse, elle fait plus de recherche, elle pose des questions, elle est intéressée, donc elle s'investit davantage et s'engage plus activement dans ses apprentissages. Une participante à l'étude raconte, dans le prochain extrait, les effets néfastes de la démotivation chez une étudiante.

Une autre étudiante, elle était en greffe de moelle. Il a fallu peut-être la pousser un petit peu plus, parce qu'elle n'était pas à l'endroit où elle voulait être. (...) Et elle avait été très, très, très déçue. (...) Donc la motivation ce n'était pas fort. (...) elle était pas motivée. (...) Dans cet exemple-là, elle était pas motivée sur l'unité, elle était pas curieuse. Elle se contentait de faire ce qu'on lui disait de faire. De prendre en charge les patients que son infirmier associé y donnait. Mais sans plus. Donc elle manquait de curiosité. elle faisait un petit peu de recherches par elle-même à la maison mais pas autant qu'une étudiante qui est curieuse et qui veut en apprendre en aurait fait. Donc elle en a fait, c'est sûr parce que l'infirmier associé arrivait avec des questions et elle ne le savait pas. Donc elle faisait ses recherches. Mais sans plus. Ça finissait aux questions qui étaient posées. (...) Elle va répondre aux critères qu'il faut répondre pour passer le stage, mais ça va se limiter à ça. (...) En rencontre clinique, elle était toujours un peu moins préparée que les autres. Donc, je voyais une différence vraiment entre elle et les autres. C'était moins complet, moins étoffé. Je voyais qu'elle avait fait moins de recherches. (...) C'était pas aussi exhaustif comme recherches que

ce que, j'ai pu voir (avec) les autres au cours des rencontres cliniques.(Ent-3, 766-811)

Développer une relation de collaboration avec le personnel du milieu. Cette relation de collaboration avec le personnel du milieu est importante puisqu'elle favorise un climat agréable, de respect, d'ouverture et d'entraide propice à l'apprentissage puisque les étudiantes ont le sentiment d'être accueillies et acceptées par le milieu :

Je pense qu'il faut les présenter à l'équipe. Faut qu'ils sentent qu'ils vont faire partie de l'équipe, même si ce n'est que deux semaines ou tant de jours... Ils vont faire partie de l'équipe et ils ont quelque chose à apporter à l'équipe. Et je pense que c'est important l'accueil. Et nous on essaye d'axer beaucoup, beaucoup là-dessus. On les a accueillies, on leur a fait faire un tour de l'hôpital, on les a présentées aux différents membres de l'équipe pour qu'elles se sentent faisant partie. Si elles peuvent, on leur a permis de manger dans la salle de collation avec l'équipe et de s'intégrer aux conversations aussi. Et je pense [que] c'est important de les accueillir et de leur dire qu'elles sont importantes... Et qu'on est content qu'elles soient là. (Ent-5, 899-907)

C'est pour diminuer l'anxiété mais c'est aussi pour qu'elles aient le sentiment d'être accueillies ou qu'elles sont bienvenues. (...) C'est bien pour un premier contact. Qu'elles sentent qu'on veuille les avoir aussi dans notre milieu. Que ce n'est pas un fardeau ou un travail additionnel pour nous d'avoir des étudiantes! Souvent je trouve que c'est une peur ou une préoccupation. Il y a certaines étudiantes qui ont déjà [eu] des mauvaises expériences, des expériences moins positives. Puis en faisant ça bien, on s'assure qu'elles se sentent bien accueillies dans le milieu. (Ent-1, 88-96)

Ce sentiment les amène à poser des questions au personnel et à se faire aider par celui-ci au besoin. Une participante à l'étude raconte une expérience où le personnel du milieu accompagne une étudiante dont le patient vient d'être opéré.

C'est: « Viens, je vais te montrer ou viens je vais t'aider à tourner ton patient parce que cette patiente-là est problématique et je vais te montrer comment prendre sa jambe parce qu'elle vient d'être opérée et je vais t'aider à mettre la bassine et... » C'est de l'entraide. Pas juste avec l'IRFC, c'est avec tout le personnel. (DF-2, 1040-1044)

De plus, ce climat facilite l'échange d'informations et commentaires pertinents entre le personnel du milieu et l'IRFC en regard des apprentissages des étudiantes. Ainsi, en collaboration avec l'IRFC, les commentaires précis apportés par le personnel du milieu permettent d'enrichir la rétroaction donnée à l'étudiante en vue de soutenir l'intégration de ses apprentissages :

C'est important que la superviseure soit bien intégrée dans le milieu qu'elle supervise (...) parce qu'on peut être vu comme quelqu'un de dérangeant : «Ah, qu'est-ce qu'elle vient faire encore», (...) Et je pense que ça favorise beaucoup, beaucoup l'apprentissage des étudiants d'être bien accueillis. Et aussi ça nous permet d'avoir l'heure juste (...) si on n'est pas bien vu dans le milieu, ça se peut qu'on nous cache des choses. (...) [avec] une bonne collaboration on est sûr d'avoir l'heure juste au niveau des commentaires. (...) C'est des collaboratrices. Et moi je leur dis c'est eux qui ont l'expertise là beaucoup plus que moi. Moi je leur dis tout le temps moi je suis l'huile dans le moteur. Je veux que ça fonctionne bien. Alors je ne suis pas l'experte... Je peux pas être l'experte en salle d'accouchement, à l'unité néonatale et au post-partum. Je suis l'experte pour que ça fonctionne bien. (Ent-4, 1052-1092)

Au contraire, une mauvaise relation avec le personnel du milieu place les étudiantes dans une position où elles ne se sentent pas les bienvenues sur le département, où elles n'ont aucune aide et lorsqu'elles posent des questions, les infirmières du département les retournent à leur IRFC. Cette mauvaise relation crée donc un climat non favorable à l'intégration des apprentissages.

C'est essentiel, pour ma part que la personne qui encadre des stages soit reconnue par le milieu, qu'elle soit acceptée. Avec l'expérience que j'ai eue, essentiel. Parce que si tu n'es pas respectée, et comme je te dis, peu importe, t'es finie. Tes étudiantes elles ont de la difficulté, ça passe pas. Ils vont dire : « va voir ton prof... » (DF-4, 838-843) Moi, je l'ai vécu, il n'y a pas longtemps. Tu n'as pas d'entraide. (DF-1, 844-845)

Un moment donné l'infirmière chef m'appelle : « Ça ne fonctionne pas. Il y a des gros conflits» (...) les conflits c'était entre l'infirmière [associée] et son milieu et c'est ses étudiants qui subissaient les conséquences. Parce qu'elle avait plus l'aide des infirmières du département pour accompagner les étudiants. Les étudiants se faisaient renvoyer toujours à leur monitrice. On

sentait la tension au poste. Les étudiants ils avaient beau marcher sur la pointe des pieds, ils étaient de trop. (DF-1, 858-864)

Nous venons de constater que les habiletés relationnelles, en particulier la création d'une relation qui soutient la motivation des étudiantes, sont très importantes à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Pour terminer cette section, nous allons maintenant aborder, les habiletés en encadrement pédagogique.

Les habiletés d'encadrement pédagogique

Toutes les participantes à l'étude ont parlé spontanément de l'importance d'utiliser certaines stratégies d'encadrement pédagogique comme moyen pour favoriser l'intégration des apprentissages. En effet, en lien avec notre question de recherche, les participantes interviewées ont insisté particulièrement sur cinq caractéristiques : soit promouvoir l'apprentissage progressif, pratiquer le questionnement, favoriser la réflexion et la discussion, encourager la recherche d'informations et, finalement, utiliser la rétroaction.

Promouvoir l'apprentissage progressif

L'analyse des entrevues a permis de dégager qu'afin de favoriser le processus d'intégration des apprentissages, il est essentiel que l'IRFC vérifie les acquis individuels des étudiantes dès la première journée de stage.

C'est vraiment de voir qu'est-ce qu'ils ont eu, de les prendre individuellement au début du stage, chaque stage et dire : « Bien tu as eu quoi comme expérience, et tes attentes à toi comme étudiant c'est quoi? » Vraiment de partir d'eux autres. Parce que si on les prend tous de façon égale, on n'arrive pas aux mêmes affaires. (DF-3, 468-472).

En effet, il n'est pas rare de constater que deux étudiantes qui sont rendues au même stage aient des habiletés et des apprentissages très différents l'une de l'autre puisqu'elles ont eu des expériences cliniques antérieures distinctes. Par ailleurs, les participantes à l'étude sont toutes d'accord pour dire que l'IRFC doit partir du niveau où est rendu l'étudiante. « *C'est plate mais c'est sûr qu'ils n'ont pas les mêmes besoins et les mêmes acquis (...) Fait que si on veut leur faire acquérir des apprentissages spécifiques, il faut vraiment partir de leur marche d'escalier (DF-3, 477-479)* »

Par ailleurs, le choix des situations cliniques dans lesquelles l'IRFC place les étudiantes en stage est très important. Il est primordial que l'IRFC puisse choisir des situations cliniques adaptées au besoin de chacune de ses étudiantes pour qu'elles puissent intégrer les apprentissages. Une situation clinique trop complexe ne permet pas l'intégration des apprentissages. Le passage qui suit démontre bien cet élément.

C'est une bonne façon de co-construire. Une maison n'arrive pas toute construite, mais c'est la même chose qu'on devrait faire avec les étudiantes (...) on veut souvent leur en montrer tellement, qu'on les met toujours avec les plus gros patients, les plus... Mais elles ne sont pas capables d'acquérir des connaissances et de les intégrer parce que c'est à un niveau beaucoup trop élevé pour ce qu'elles viennent chercher ou parce qu'elles ne sont prêtes. Moi, je dis tout le temps aux infirmières associées : «Prends un petit patient pour commencer. Ne pars pas avec le patient équipé de tous les bords et tous les côtés... Elle n'est pas rendue là, elle ne peut pas comprendre et intégrer tout ça. Pars d'un patient simple et demain t'en prendra un plus malade, et tu monteras comme ça». (Ent-5, 832-842)

L'apprentissage progressif, où on permet à l'étudiante de prendre le temps de faire chacune des étapes graduellement, est important puisque l'étudiante doit comprendre la situation simple avant d'être confronté à une situation plus complexe. Cet apprentissage progressif favorise l'intégration des apprentissages puisqu'en augmentant la difficulté

graduellement, l'étudiante a le temps de bien intégrer un concept avant d'en greffer un deuxième comme le montre les extraits suivants.

D'abord on doit débuter le stage avec des situations simples. On commence progressif... On fait bien sûr un travail progressif... Une situation peu complexe (...) on doit la superviser d'assez prêt la première journée. Et au fur à mesure que les connaissances sont acquises, on peut augmenter un petit peu la difficulté et la complexité... Mais sans aller au-delà des forces et des connaissances [puisque] ça devient un moment donné démoralisant, déprimant pour l'étudiant, il sera jamais capable d'atteindre ses objectifs, les objectifs sont trop hauts, trop difficiles... Alors, je pense que c'est en ayant des situations plus simples et progressivement d'évoluer. (Ent-4, 388-402)

[C'était le] dernier stage en chirurgie. Ils pouvaient tout faire, mais moi je me dis c'est impossible que la première semaine l'étudiante soit capable de faire des IV, de comprendre un retour d'opéré, de faire des suivis, de faire les liens avec les médicaments tout ça... Je me dis c'est impossible là. C'était un stage de vingt-cinq jours. Bien j'ai planifié pour que les six premiers jours y fassent pas d'IV. Donc, les six premiers jours on commençait les médicaments, les choses de base, les injections sous-cutanées ... Qui soient capables déjà de comprendre un peu aussi c'est quoi les pathologies de leurs patients, commencer à faire des liens, tout ça... Avant d'embarquer de faire tout ce qui est global, d'administrer tous les médicaments intraveineux, tout ça et moi je me disais, il faut y aller de façon graduelle pour débuter, pour intégrer. (Ent-2, 83-97)

Par exemple, l'étudiante qui a intégré est capable de s'occuper d'abord d'une patiente dont la situation est simple pour ensuite réussir à comprendre et s'occuper d'une patiente dont la situation est plus complexe.

L'étudiant qui a intégré(...) a vu une situation simple où ça va bien [et, il] est capable ensuite de faire un enseignement pour améliorer la situation de ceux qui sont un peu plus compliqués. Disons comme l'allaitement maternel simple vers un allaitement plus compliqué. Quand on l'a vu au moins comment ça se passait bien, c'est plus facile ensuite d'aider quelqu'un qui a des difficultés. (Ent-4, 454-472)

Pratiquer le questionnement

Le questionnement est une stratégie utilisée par toutes les participantes à l'étude pour favoriser l'intégration des apprentissages en stage. Comme le démontre les extraits suivants, cette caractéristique permet de faire des liens entre la théorie et la pratique. De plus, même si le questionnement a été classé comme un élément bien distinct, il est en relation avec plusieurs autres caractéristiques décrites par les participantes comme étant favorables à l'intégration des apprentissages tels qu'accepter ne pas tout connaître, l'établissement d'une relation de partenariat, la création d'un climat favorable à l'apprentissage, la promotion de l'apprentissage progressif, favoriser la réflexion et la discussion et finalement encourager la recherche d'informations.

C'est une bonne méthode, en posant des questions et en s'assurant que les questions que vous posez ça relie vraiment au niveau du patient, de la situation qu'ils ont vécue en stage. (Ent-3, 212-214)

Je pense que c'est beaucoup avec les « pourquoi ». Le questionnement (...) Fait que je pense [que] c'est beaucoup de les amener à réfléchir et [à] se questionner, pas juste prendre pour acquis que si c'est écrit c'est absolument ça. (DF-3, 501-510)

En questionnant l'étudiante sur ses connaissances soit face à la technique, soit face à la pathologie, à la médication. (...) On questionne au préalable. Avant l'administration du médicament, avant la technique, pour s'assurer des connaissances. (DF-1, 166-185)

On devrait questionner à chaque fois qu'on est en interaction avec l'étudiante. (DF-5, 201-202)

C'est elle [IRFC] qui va questionner, qui va semer un petit peu de la curiosité chez les étudiants pour apprendre. (Ent-4, 1118-1119)

Les analyses indiquent que l'utilisation du questionnement amène l'étudiante à réfléchir avant de passer à l'action. Une étudiante questionnée et qui s'interroge elle-

même n'agit pas par automatisme, elle comprend ce qu'elle fait et pourquoi elle le fait.

Les extraits d'entrevues qui suivent l'illustrent :

Je pense [que] ça aide l'étudiant à réfléchir. Je pense qu'il faut que l'étudiant soit constructif sur sa réflexion, de façon constante, qu'il soit habitué de se questionner avant de poser des gestes. Je pense que c'est ça qu'on vise. Et qu'il n'agisse pas par automatisme. (DF-5, 215-218)

L'infirmière [associée] peut (...) poser des questions puis susciter la réflexion et donner des pistes aussi pour la recherche d'informations. Donc questionner l'étudiante c'est aussi une façon de lui permettre d'intégrer (Ent-1, 880-882)

De plus, le questionnement qui incite l'étudiante à réfléchir l'amène, selon les participantes, à puiser dans ses connaissances antérieures, à recherche des informations supplémentaires et à regarder la situation d'une façon globale ce qui favorise l'intégration des apprentissages puisque l'étudiante ne fait pas qu'appliquer des recettes. En effet, à la suite du questionnement et de la réflexion, elle applique son jugement qui lui permet de réagir adéquatement dans une situation précise. L'extrait qui suit le montre bien :

Tu sais, je trouve qu'à l'école (...) on apprend des recettes... on apprend des symptômes, on apprend des signes (...) nos étudiantes sont capables d'appliquer des recettes, mais elles ne sont pas capables de voir nécessairement la bonne recette au bon patient. Fait que je pense que c'est bon de dire « Selon toi, qu'est-ce que ton patient à besoin? » Et après ça on verra laquelle recette qui colle le mieux à ça. Mais si on ne les met pas en situation de réflexion, elles vont juste apprendre les recettes (...) Fait que de mettre l'étudiante en mode analyse, « Pourquoi tu fais telle chose? Pis qu'est-ce que tu ferais (...) avec cette situation-là? » Bien ça demande à l'étudiante de commencer déjà à faire une réflexion, aller rechercher ses connaissances, mais voir avec ces connaissances-là comment je peux les appliquées à ce patient-là? Mais si on fait juste leur dire quoi faire ou leur dire c'est de même que ça se passe... On leur permet pas de faire cette réflexion-là et de se tromper. Fait qu'en leur permettant de réfléchir et de dire : « Bien moi je ferais ça comme ça », « Pourquoi? » (...) ça permet à l'étudiante de plus cheminer et de comprendre que les soins sont beaucoup plus complexes que ce qu'on apprend à l'école dans des livres ou dans les modèles. (Ent-5, 356-386)

Selon cette participante à l'étude, le questionnement est important puisqu'il permet de mieux comprendre les concepts de base nécessaires à la réflexion et éventuellement de porter un jugement adéquat en lien avec une situation précise. C'est-à-dire que lorsque les concepts de base sont bien maîtrisés, il devient plus facile d'ajouter des concepts plus complexes, de les comprendre et de bien les intégrer. Par ailleurs, en lien avec l'apprentissage progressif, il s'avère nécessaire de questionner l'étudiante sur les concepts simples pour s'assurer qu'elle les comprend bien avant de la questionner sur des concepts plus complexes.

Les concepts de base... Le pourquoi du pourquoi du pourquoi, tu sais. [Si] t'as bien compris ton pourquoi, le premier, mais tu vas toujours comprendre les traitements qui vont changer, parce que certains ils changent plus vite qu'on est capable de faire le suivi. Mais la physiologie elle ne change pas, et les concepts de base ne changent pas... Fait qu'il faut revenir en stage vraiment jusqu'à la base ... (Ent-5, 883-887)

Maintenant nous verrons que le questionnement peut aussi être réciproque et que celui-ci à l'avantage d'amener un questionnement et une réflexion beaucoup plus en profondeur puisque l'IRFC accepte de poser des questions dont elle ne connaît pas pour le moment la réponse.

Le questionnement réciproque. L'IRFC doit-être capable de dire humblement qu'elle ne connaît pas la réponse et de proposer à l'étudiante de la chercher ensemble. Cette stratégie, qui est en lien avec l'attitude d'accepter de ne pas tout connaître, est importante puisqu'elle permet à l'IRFC de poser des questions autant sur des sujets dont elle connaît la réponse que sur ceux dont elle ne connaît pas la réponse sans se sentir moins compétente pour autant puisque l'important n'est pas de s'assurer d'une réponse immédiate mais bien d'être en mesure de pouvoir y répondre après avoir fait la

recherche. Le questionnement est réciproque, l'IRFC autant que l'étudiante se posent des questions. Elles sont partenaires. Les extraits suivants illustrent ce questionnement réciproque :

Mais des fois, ce que j'ai observé [chez] les gens qui encadraient des étudiants c'est qu'ils n'osaient pas poser ces questions-là parce qu'eux-mêmes connaissaient peut-être pas toujours la réponse. Mais au-delà de dire, il faut qu'on arrive absolument dans deux minutes à la réponse (...) c'était de dire « Bien au-delà de la réponse, comment on chemine ensemble ? Quels liens on fait ? Qu'est-ce qu'on peut regrouper comme données pour essayer de trouver l'information ? » (DF-3, 450-459)

Il y a des gens qui sont moins à l'affût de ça, [poser des questions] et je pense que c'est parce que ça vient plus les chercher dans leurs propres connaissances. Ça vient ébranler aussi leur solidité (...) quand les étudiantes posent des questions et qu'ils n'ont pas les réponses, ils se sentent immédiatement déstabilisé au lieu de dire : « Ben regarde, je vais le faire chercher, je vais apprendre moi aussi là-dedans. » Mais tu sais, il y a des gens qui ont de la misère aussi à voir qu'elles aussi peuvent apprendre à travers ça. (Ent-5, 763-770)

En ce qui concerne le questionnement, nous venons de voir à quel point il peut contribuer à l'intégration des apprentissages et de quelle façon il favorise la réflexion. Il convient par ailleurs, de présenter cette autre caractéristique fortement reliée à la précédente.

Favoriser la réflexion et la discussion

Selon les participantes à l'étude, il apparaît nécessaire que les étudiantes apprennent à réfléchir. En effet, la réflexion amène celle-ci à faire des liens et à porter des jugements cliniques pertinents. L'objectif visé est que les étudiantes se posent des questions et réfléchissent avant de poser un geste. En plus de la réflexion, la discussion avec l'IRFC, des collègues et d'autres professionnels est intéressante et stimulante pour analyser une situation, élargir et raffiner les connaissances nécessaires à l'intégration des

apprentissages permettant de mieux réagir dans le futur. « *Je pense que de réfléchir sur les cas, de réfléchir à l'approche. Je pense que c'est important pour l'intégration.* (Ent-5, 813-814) »

Comme le soulignent les participantes à l'étude, la discussion est un moyen privilégié pour favoriser l'intégration des apprentissages puisqu'elle permet de réfléchir à une situation en revenant sur des évènements vécus tels que le montrent les extraits suivants :

En discutant, on réfléchit et c'est sûr ça passe encore par les questions, c'est certain. C'est vraiment qu'ils puissent...[réaliser] dans une certaine situation ils n'ont pas ciblé quelque chose qui aurait pu être pertinent. Donc, c'est arrivé que j'ai pu leur dire : « As-tu pensé à telle chose? » (...) C'est vraiment de voir avec eux, de discuter de ce que eux ont exposé de la situation mais d'essayer aussi de voir avec eux des aspects qu'ils n'ont pas nécessairement ciblés parce que ce n'était pas évident. C'est sûr qu'ils ont moins de bagage, donc moins de connaissances, c'est normal. Donc, les faire réfléchir c'est vraiment ça, en essayant de voir avec eux des aspects de la situation qu'ils ont pas considérés parce que soit qu'ils n'ont pas vu ou qu'ils n'ont pas pensé que ce serait pertinent. C'est de cette façon-là aussi que je les amène à réfléchir sur la situation. (Ent-3, 231-243)

Je trouve que revenir sur les événements c'est une bonne façon d'intégrer. (...) Par exemple dans les rencontres cliniques je leur demande de revenir sur un événement qui a été plus marquant ou dans lequel elles ont senti qu'elles sont bien intervenues, moins bien intervenues, etc et là elles partagent ça avec les autres. Et ensuite, je demande aux autres ... «est-ce que ça vous est déjà arrivé? Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous auriez fait? » Je pense que stimuler la discussion entre-elles en revenant sur des événements, c'est une façon de faire qui permet à l'étudiante d'intégrer et de rajuster certaines interventions ou de modifier quelque peu sa façon de faire. Et je trouve que ça ancre, ça permet de bien garder cette situation-là en tête et advenant une autre situation similaire bien elle va pouvoir utiliser cette expérience-là pour l'intégrer dans le futur. (Ent-1, 702-720)

De plus, une participante à l'étude mentionne que cette capacité de revenir sur les événements, y réfléchir et en discuter nécessite une introspection, qui favorise l'établissement de liens nécessaires à l'intégration des apprentissages.

Ca nécessite une introspection et je trouve que l'introspection c'est une des façons d'apprendre qui est essentielle pour une étudiante, la capacité de revenir sur l'événement, de réfléchir à ce qui s'est passé. Sans nécessairement être autocritique, de se questionner par rapport à soi-même et par rapport aux événements. Et d'y réfléchir. Puis si on veut revisiter l'événement ou la situation avec une réflexion plus profonde ou aller chercher des notions théoriques qu'elle n'avait pas nécessairement au moment de la situation mais que là (...) les liens se font, les choses commencent à faire du sens. Et la fois d'après ça va être encore mieux. Et la fois d'après encore mieux, etc. (Ent-1, 730-740)

Revenir sur les évènements, se questionner et discuter avec des pairs permettent une intégration progressive à chacune des expériences et des interventions plus réfléchies et efficaces pour le futur.

Ils n'ont pas de bagage à part la théorie (...) très peu d'expérience pour être capable d'intégrer les choses et je pense que ça se fait progressivement à force d'être expérimenté avec une situation ça se perfectionne, elles deviennent de plus en plus capables d'intervenir aisément et efficacement au fil des expériences. Je trouve que revenir sur les événements et discuter avec ses pairs, pas nécessairement avec quelqu'un qui a de l'expérience. J'essaie le moins possible d'apporter des réponses J'essaie de faire en sorte que... l'étudiante va se questionner et va elle-même dire : « Ah, mais j'aurais pu faire ça. » et entre elles, entre pairs, entre personnes du même niveau aussi. (Ent-1, 744-754)

Les caractéristiques vues précédemment; le questionnement, la réflexion et la discussion se réalisent à tout moment durant le stage. Par ailleurs, une activité concrète et planifiée comme les rencontres cliniques permet de mettre en pratique ces stratégies de façon efficace.

Les rencontres cliniques. Les rencontres cliniques permettent selon les participantes à l'étude, d'aller plus en profondeur et ainsi de faire le point sur des situations cliniques vécues, sur des interrogations et sur des réflexions en cours. Cette période où les étudiantes réfléchissent et discutent ensemble est un moyen qui favorise

l'approfondissement de liens et l'intégration des apprentissages en stage comme nous pouvons le constater dans ces extraits d'entrevues.

En rencontre clinique, je prends le temps d'approfondir avec eux au niveau plus théorique (...) Donc, c'est de leur poser des questions, c'est vraiment de relier ça au patient. Donc que ça ne reste pas théorique dans les airs, mais de dire dans la situation c'est quoi qui s'est passé. L'étudiante va me dire que exemple, il a décompensé. On a fait telle chose. Vraiment pour leur apprendre à faire dans leur tête les liens pour que ça se fasse sur le terrain aussi. Parce que c'est sûr que ce n'est pas quelque chose qui est très évident au début, ça prend de la pratique, de la réflexion. Il faut se faire pousser un peu en avant pour approfondir les liens (...) Donc, de ne pas nécessairement donner la réponse tout de suite aux étudiantes. (Ent-3, 189-199)

...une rencontre clinique c'est super important. C'est là qu'on apprend à faire les liens, qu'on revient sur les événements qui se sont passés et dont on a pas eu le temps de parler. On s'arrête, on prend un temps de réflexion, on développe la pensée réfléctrice. C'est là que... ça développe souvent aussi le jugement clinique. On a le temps vraiment de faire des apprentissages (...) normalement c'est supposé à travers le processus de soins, faire cheminer ton étudiante et arriver à faire émerger ce que tu n'as pas pu faire avant, les rencontres cliniques servent à ça. (DF-4, 1594-1630)

Les rencontres cliniques servent à faire des liens entre la théorie et la pratique, la pathologie, la médication et le superviseur au travers ça pose des questions (...). (DF-2, 1626-1629)

De plus, le groupe permet d'avoir une discussion plus diversifiée avec plus de questions, l'établissement d'un plus grand nombre de liens et la possibilité d'approfondir davantage la réflexion nécessaire à l'intégration des apprentissages.

En rencontre clinique, chaque étudiant présentait un cas qu'il avait rencontré (...) [ils] procédaient par schémas (...) Et à l'aide des écrits scientifiques [ils] justifiaient chacun des liens. (...) C'était vraiment d'aller approfondir en posant des questions. (...) Donc, quand l'étudiant présentait (...) les autres étudiants autour pouvaient poser des questions. Encore là ça permet d'élargir la vision qu'on peut avoir du cas parce que c'est sûr qu'à sept, huit ou neuf personnes, c'est sûr qu'un moment donné il y a des choses qui vont sortir : « Ah oui, c'est vrai, telle chose j'avais pas pensé à ça. » donc avec les pairs il y a un apprentissage qui peut se faire parce que chacun peut pousser l'autre à approfondir sa réflexion. Donc c'est une façon de faire en rencontre clinique qui à mon avis, est aidante pour l'apprentissage des étudiants.(Ent-3, 354-381)

Les étudiants présentent à tour de rôle (...) Alors, on se laisse du temps pour que chacun présente une situation clinique et l'analyse (...) Et, s'il y a des oubliés, on va essayer de trouver ensemble, en groupe: « As-tu pensé à ça? ». Alors, c'est comme ça qu'on peut se documenter un petit peu plus sur chacune des situations. C'est un moyen pour faire intégrer les apprentissages des étudiants. (Ent-4, 237-241)

Jusqu'à maintenant, nous avons vu parmi les stratégies pédagogiques que promouvoir l'apprentissage progressif, pratiquer le questionnement et favoriser la réflexion et la discussion avaient des effets bénéfiques sur l'intégration des apprentissages. Par ailleurs, il convient d'ajouter une autre stratégie tout aussi importante selon les participantes à l'étude soit d'encourager la recherche d'informations par l'étudiante.

Encourager la recherche d'informations

L'analyse des entrevues a permis de mettre en évidence qu'il était important pour l'intégration des apprentissages que les étudiantes puissent faire leur propre recherche d'informations. Selon les participantes à l'étude, les étudiantes retiennent et intègrent davantage les apprentissages si elles ont eux-mêmes trouvé l'information. « *Il faut que tu les amènes à ce qu'ils cherchent par eux autres mêmes. Donne leur pas les réponses, ils s'en souviendront plus. (Ent-5, 329-330)* » Les extraits d'entrevues qui suivent montrent l'importance d'encourager la recherche d'informations chez l'étudiante :

Moi ce que je disais aux infirmières [responsables de formation clinique] c'était : « Faites-les chercher. Donnez-leur pas la réponse tout de suite pour qu'ils puissent vraiment intégrer et qu'une fois que t'as cherché, tu vas t'en rappeler » plutôt que de se faire dire : « Tel médicament, ça donne tel effet secondaire. » Va le chercher. Et quand t'auras fait tes recherches, tu reviendras avec la réponse. C'est une façon aussi de faire intégrer les connaissances de la théorie à la pratique. (Ent-3, 199-205)

Je pense que c'est important de ne pas tout donner tout cru. Parce qu'à un moment donné ça fait trop d'informations en même temps. (...) Un exemple (...) l'étudiant ne sait pas c'est quoi le Monocor. Fait que là le infirmières, au lieu de lui dire : « Bon bien le Monocor ça sert à telle chose, telle chose, telle chose. C'est dans telle classe. Ça fait tel effet. Il ne faut pas oublier telle chose. » De l'envoyer chercher ça va le forcer à lire et tout ce qu'il va avoir lu autour de ce que c'est le Monocor, c'est de l'information de plus qu'il va pouvoir intégrer. (...) Moi je pense que d'aller chercher par lui-même ça va l'aider vraiment à retenir puis à intégrer. (Ent-3, 280-290)

Je sais que les étudiants retiennent mieux quand ils cherchent eux-mêmes... Alors j'essaie de les faire chercher (...) D'aller fouiller un petit peu ça nous permet de retenir un petit peu plus longtemps. (...) Si on leur donne la réponse toute crue là, je ne suis pas sûre que c'est aussi aidant. (...) Faut les faire chercher, les faire travailler un petit peu. (Ent-4, 942-979).

De plus, les participantes à l'étude insistent pour dire qu'il est important d'accompagner et guider les étudiantes dans leur recherche d'informations. Ce soutien à la recherche est illustré dans les extraits d'entrevues qui suivent :

Souvent juste questionner l'étudiante et lui donner des outils pour trouver l'information. (...) Il y a des documents de référence. (...) On essaie de faire en sorte qu'elles vont rechercher l'information par elles-mêmes. Et c'est évident que c'est mieux intégré quand la recherche a été faite par soi-même que lorsqu'elle a juste reçu l'information. (Ent-1, 792-801)

L'étudiante peut se permettre d'aller faire des recherches par elle-même, (...) elle va avoir le temps d'aller chercher. (...) Je pense à une étudiante dont le patient avait le spina bifida. Elle ne savait pas exactement c'était quoi. Elle est allée voir. L'infirmière l'a dirigée vers une source internet fiable et un document de référence. (...) L'étudiante a [eu] le temps d'aller vérifier et de comprendre. (Ent-1, 868-867)

Je leur pose des questions [et s'ils répondent] « Je ne le sais pas trop. » Je leur dis : « Regarde, tu sais y a des livres sur l'unité, on a tous les livres qu'il faut » (...) Je leur demande d'aller voir dans les livres et de me revenir là-dessus. (...) C'est ça, je les pousse à aller voir dans les livres. Parce qu'il y en a qui sont curieux, qui vont y aller d'eux même, il y en a d'autres qui le sont moins. (Ent-2, 110-124)

Nous venons de voir les stratégies pédagogiques, premier élément essentiel aux habiletés d'encadrement pédagogique de l'IRFC. Nous examinerons maintenant le deuxième élément tout aussi important qui est l'utilisation de la rétroaction.

Utiliser la rétroaction

L'évaluation est un élément très important du rôle de l'IRFC. Celui-ci comporte deux grandes composantes, l'évaluation qu'on nomme formative et l'évaluation qu'on appelle sommative ou certificative. En lien avec le but de l'étude, l'analyse des entrevues nous permet de dire qu'il existe un rapprochement entre l'apprentissage et l'évaluation du moment qu'on reconnaît la fonction formative de l'évaluation. En effet, la rétroaction, un aspect très important de l'évaluation formative, devient, lorsqu'elle est transmise de façon régulière tout au long du stage, un élément contribuant à l'intégration des apprentissages puisqu'elle stimule l'étudiante à réfléchir sur sa démarche afin d'apporter les mesures correctives qui s'imposent. Les extraits suivants illustrent ce processus :

On va donner la rétroaction à tout moment (...) Et lui faire découvrir par elle-même ses problèmes, ses difficultés, ses forces. (DF-4, 317-319)

Moi je dis qu'il faut donner le feedback, d'une façon quotidienne (...) C'est comme ça que moi je pense qu'on collabore avec l'étudiant, c'est en lui reflétant tout de suite qu'est-ce qui va pas et (...) on va lui demander de réfléchir sur qu'est-ce qui pourrait l'aider (...) On peut le guider aussi et (...) tout ça est fait en collaboration et en général ça fonctionne bien. (Ent-4, 629-645)

En plus, de donner de la rétroaction quotidiennement, il est important de choisir le bon moment et d'utiliser la bonne méthode lorsqu'elle est faite, c'est-à-dire avec des

commentaires constructifs pour qu'elle soit efficace et aidante à l'intégration des apprentissages.

C'est sûr que c'est en toute honnêteté, en toute confidentialité aussi, et c'est ça qui est souvent pas assuré, tu sais... Faut vraiment pas laver notre linge sale sur la voie publique (...) Quand on a des étudiantes, je pense c'est important de le dire de façon constructive, et de toujours y aller avec positif-négatif et on finit avec du positif... Mais il y a souvent pas tant de négatif que ça, et je pense que c'est de dire : « Bien tu sais, c'était bien, mais tu sais il faudrait encore pousser un petit peu ton analyse ». Il y a une façon d'amener le feedback pour dire que t'as toujours un apprentissage [à faire]. Et tu sais c'est normal on s'en va vers nos objectifs complets, mais au début c'est normal que tu les maîtrises pas tous (Ent-5, 935-944)

De plus, une participante à l'étude insiste sur le fait que l'IRFC doit être consciente qu'elle peut démolir complètement une étudiante seulement avec les commentaires qu'elle lui donne, comme nous pouvons le voir dans l'extrait suivant :

J'aimerais ça ajouter le mot diplomatie. (...) en caractère gras et majuscule (...) Écoute, des exemples on en aurait plein là. Mais, c'est sûr que si l'étudiant tu lui reflètes sa faiblesse ou sa limite (...) et tu le « gifles » assez fort en lui disant que tu le démolis en partant ça vaut absolument rien. (...) Moi, j'en ai déjà eu une infirmière qui a dit à l'étudiante en plein dans la chambre devant le patient, elle lui a demandé carrément : « Tu penses-tu qu'il y a de l'air qui se rend à ton cerveau pour parler de même? » (...) C'est assez bête. Fait qu'au lieu de dire « Bien peut-être t'aurais dû réviser ton enseignement », elle lui a demandé carrément si elle avait de l'oxygène qui se rendait jusque dans... C'est une étudiante (...) elle était démolie pour le restant du stage. Et la confiance que t'as en toi, si l'infirmière aurait tout simplement dit : « Écoute, (...) il faudrait peut-être qu'avant de faire un enseignement tu revalides. (...) il y a plein de façons de faire pour l'amener à réaliser par elle-même. Mais, on ne dit pas ça devant la clientèle jamais, jamais. (DF-3, 648-683)

En plus de mettre le doigt sur des difficultés, l'utilisation de la rétroaction permet aussi à l'étudiante, en collaboration avec l'IRFC, de trouver des moyens pour remédier à la situation. Pour une des participantes, il est important que l'IRFC aide l'étudiante à se

trouver des stratégies en lui proposant quelques façons de faire. Pour elle, les stratégies se trouvent en collaboration avec l'étudiante.

Une superviseure qui est capable non seulement avec l'étudiant de mettre le doigt sur la difficulté mais aussi [de] trouver [avec] l'étudiant (...) des moyens pour surmonter ça. Souvent les superviseurs vont arriver et ils vont dire : « Regarde, t'es lent au niveau de tes soins, tu prends beaucoup plus de temps que la moyenne. Alors, tu dois améliorer ça. » L'étudiant va faire : « Ok. » Mais, élaborer vraiment plus concrètement des façons avec l'étudiant. Parce que je pense que c'est important (...) C'est de dire : « Bon ok, t'as une lenteur. Qu'est-ce que tu pourrais faire? De la visualisation mentale, revoie la technique plusieurs fois dans ta tête. Donne-toi un temps pour la faire. Donne toi des objectifs. » Aider l'étudiant à trouver des moyens concrets pour surmonter ses difficultés. (...) « Essaie ça. Essaie ça. Essaie ça. » S'il y a des difficultés avec les médicaments « Fais-toi des cartes. Fais-toi des jeux de cartes. » Trouver avec lui des moyens concrets, des outils. Pas seulement spécifier la difficulté. Lui amener des moyens pour la surmonter. (...) Pas de donner une recette tout crue, mais trouver avec lui. Parce que si on fait juste lui dire, c'est ça ta difficulté. Il faut la surmonter. (...) En même temps, si on lui donne des exemples, par après il peut en développer d'autres. (DF-1, 534-595)

Au contraire, une autre participante affirme que l'IRFC doit laisser réfléchir l'étudiante afin qu'elle puisse trouver ses propres stratégies. Selon elle, les moyens trouvés par l'étudiante seront plus efficaces.

Je suis d'accord avec ça, mais il faut que ce soit l'étudiant qui amène ses moyens. (...) En tous cas, moi l'expérience que j'ai c'est que les étudiants vont prendre, vont accepter nos recettes et moi, je me suis aperçue que si eux n'ont pas fait l'effort de réflexion de trouver leur recette, ça fonctionne pas... (...) si on les incite pas à réfléchir là-dessus, moi je leur donne un petit peu de temps et qu'ils me reviennent avec leurs stratégies. « (...) Prends au moins une journée. Réfléchis à ça. Et qu'est-ce que tu peux proposer? Et on va l'essayer» (...) c'est sûr que nous on aurait tendance à lui proposer, (...) en tous cas moi ce que j'ai observé, assez rapidement, ils vont faire plaisir à la monitrice « Je vais essayer ton moyen. Mais je n'ai pas essayé de trouver quelque chose qui me convient vraiment. » (...) C'est lui qui doit faire son plan, sa stratégie. (...) Moi, j'ai l'impression qu'il va développer plus d'acquis s'il réfléchit, (...) Premièrement selon moi ça développe l'auto-critique. Ca l'invite aussi à identifier, à faire l'analyse de où se situent ses difficultés et comment il peut la régler. Parce que l'étudiant (...) on lui en a peut-être identifié une ou deux [difficultés], mais il va peut-être en rencontrer d'autres. Et on n'aura pas toujours quelqu'un qui va venir nous aider. Il faut qu'il développe ce moyen-là moi je pense, d'analyser et de se

trouver des façons de mieux travailler, de mieux s'organiser, de mieux faire son apprentissage. (DF-5, 559-593)

Alors qu'une troisième participante mentionne qu'il est important que la rétroaction puisse permettre à l'étudiante de réfléchir sur ses faiblesses afin de mieux comprendre l'importance de trouver des stratégies pour remédier à la situation et la corriger. Selon elle, il est plus facile pour l'étudiante de modifier un comportement lorsqu'elle comprend pourquoi il est important de le faire. Elle doit faire des liens avant, pour ainsi être capable d'intégrer par la suite.

Il y a une étape que je trouve importante, c'est de faire réaliser à l'étudiant c'est quoi l'impact de son déficit ou de sa faiblesse. « Si t'es trop lent, bien quand tu vas arriver avec six patients, tu [ne] fonctionneras pas et tu vas être déficitaire dans ton temps. Alors c'est important que tu trouves des stratégies ou qu'on t'aide à identifier les stratégies. » mais si ça [ne] lui est pas expliqué, il n'embarquera pas pour essayer de se trouver une stratégie. (...) Et ça revient au caring dans le fond. Tu vas identifier avec ton patient : « Voici, vous avez ça, ça, ça, ça. Qu'est-ce que vous voulez qu'on fasse pour remédier à cette situation-là? » et c'est avec le patient qu'on chemine tous les deux. Mais il faut que le patient soit bien au courant de ce qui lui arrive, qu'il comprenne la situation avant de prendre lui-même une décision. Et que nous on l'accompagne là-dedans. C'est la même chose avec un étudiant. Il faut qu'il soit au courant de ce qui arrive, et c'est quoi l'impact de ça avant d'être capable d'adopter une solution et de la trouver. Alors de la part de l'infirmière monitrice ça prend une sorte de caring. (DF-2, 621-626; 635-644)

La rétroaction permet aussi de faire réaliser aux étudiantes les attitudes et comportements qu'elles ont. Pour faire comprendre à une étudiante ce qu'on entend par avoir des attitudes et comportements *caring*, l'IRFC lui reflète ses comportements comme le démontre les extraits suivants.

De leur faire réaliser aussi qu'ils ont une attitude caring alors qu'ils (ne) pensaient pas que c'était ça. Je trouve qu'elles sont très humaines. Il y a énormément de chaleur humaine qui transparaît dans leur façon d'être avec leurs patients et ils (n')ont pas l'impression que ça c'est du caring parce que ça n'a pas pris de temps ou ils ne se sont pas assis avec le patient. Souvent

ils ont l'impression que c'est comme un genre de psychothérapie le caring. Alors que j'essaie de démontrer différentes formes d'expression de ce que c'est. (Ent-1, 460-467)

Ce n'est pas une action, ça peut être s'asseoir avec le patient pendant une heure. Ça peut être ça. Mais ce n'est pas nécessairement exclusivement ça. C'est l'attitude générale. (Ent-1, 481-487)

Nous venons de voir de façon consécutive, les caractéristiques essentielles d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Maintenant, pour obtenir une compréhension approfondie du phénomène à l'étude dans ce chapitre de résultats, il est important d'explorer, à l'aide d'un schéma intégrateur, les interactions existantes entre ces caractéristiques en présentant de façon visuelle le caractère dynamique du modèle de supervision clinique.

Des caractéristiques en interaction constante

Les résultats de cette étude, nous amènent à constater que pour assurer une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*, les IRFC doivent démontrer certaines attitudes, certaines habiletés relationnelles et certaines habiletés d'encadrement. Les attitudes de l'IRFC regroupent trois caractéristiques, manifester des attitudes en accord avec le *caring*, faire preuve de respect dans la relation pédagogique et accepter de ne pas tout connaître. Les habiletés relationnelles de l'IRFC en regroupent deux, l'établissement d'une relation pédagogique de partenariat et la création d'un climat favorable à l'apprentissage. Finalement, les habiletés d'encadrement regroupent cinq caractéristiques, promouvoir l'apprentissage progressif, encourager la recherche d'informations, favoriser la discussion et la réflexion, pratiquer le questionnement et enfin utiliser la rétroaction.

Nos analyses, montrent qu'il existe plusieurs liens entre les différentes caractéristiques. Ainsi, le fait de manifester des attitudes en accord avec le *caring* permet d'établir une relation de partenariat et de créer un climat favorable à l'apprentissage. Avec l'attitude d'accepter de ne pas tout connaître, l'IRFC contribue à établir une relation pédagogique de partenariat, elle permet la pratique du questionnement et elle contribue à favoriser la discussion et la réflexion. Pour ce qui est de faire preuve de respect dans la relation pédagogique, il s'agit d'une attitude nécessaire pour établir une relation pédagogique de partenariat et très important au moment d'utiliser la rétroaction avec l'étudiante. Quant aux habiletés relationnelles de l'IRFC, l'établissement d'une relation de partenariat encourage la pratique du questionnement et contribue à favoriser la réflexion et la discussion. De plus, lorsque les IRFC entretiennent une relation qui soutient la motivation de l'étudiante, il leur est plus facile d'encourager la recherche

d'informations et de pratiquer le questionnement. Par ailleurs, la pratique du questionnement, une des habiletés d'encadrement, favorise la réflexion et la discussion. Alors que l'apprentissage progressif et l'utilisation de la rétroaction créent un climat favorable à l'apprentissage. La figure I, à la page suivante, illustre les principales interactions entre les attitudes, les habiletés relationnelles et d'encadrement des IRFC ainsi qu'entre les dix caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages selon la perspective de l'école de pensée du *caring*.

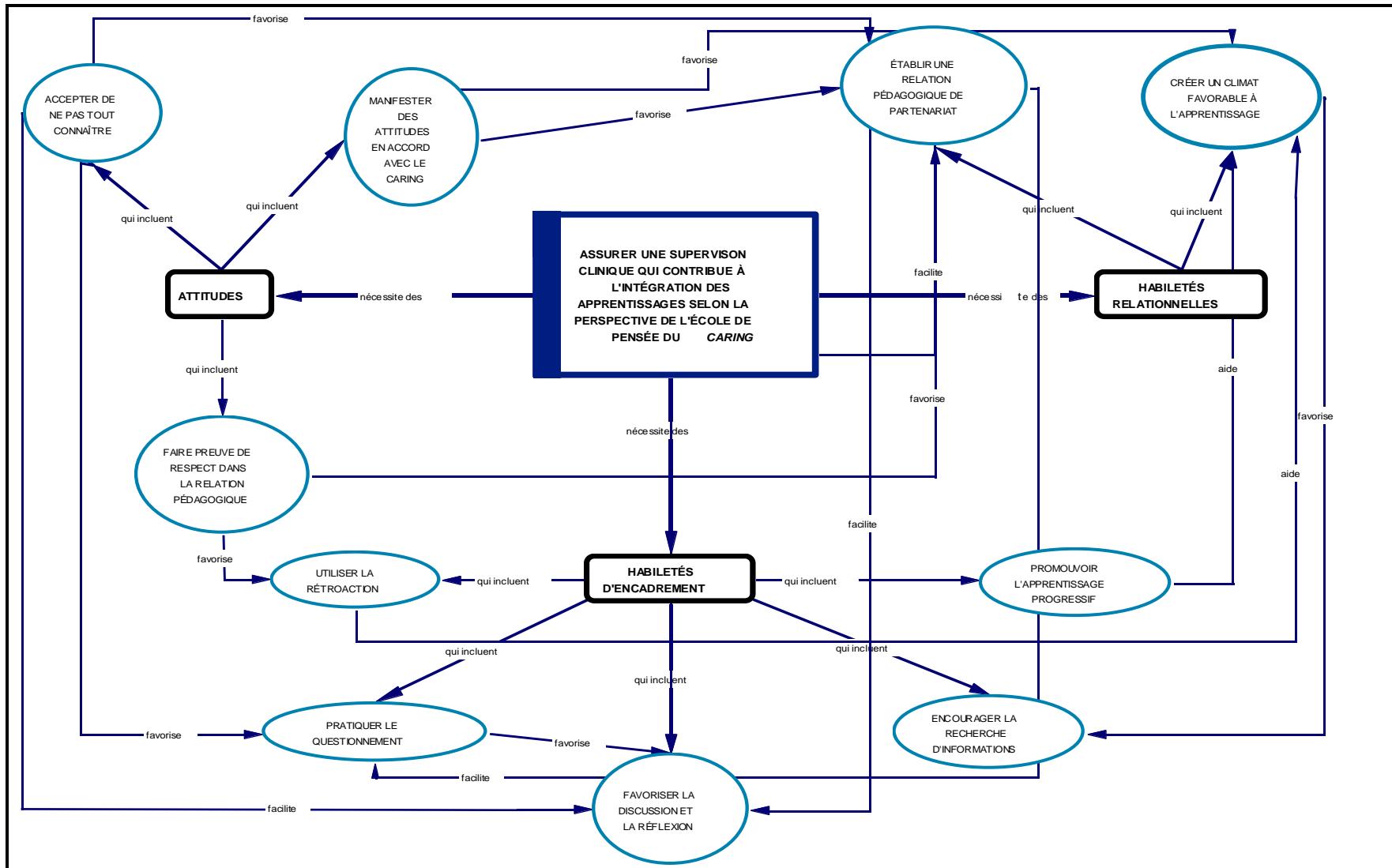


Figure I: Assurer une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

Chapitre 5

Discussion

Ce dernier chapitre se divisera en trois sections. Tout d'abord, nous discuterons des résultats en lien avec les écrits scientifiques. Par la suite, nous traiterons de la contribution de cette étude au développement des connaissances en pédagogie des sciences infirmières. Finalement, nous proposerons des recommandations sur le plan de la recherche et de la formation en sciences infirmières.

La discussion sur les résultats de l'étude

Les résultats de l'étude ont permis d'identifier dix caractéristiques d'une supervision clinique qui contribuent à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Ces caractéristiques ont été regroupées en trois catégories soit les attitudes, les habiletés relationnelles et les habiletés d'encadrement de l'IRFC. En organisant notre réflexion autour de ces trois catégories, nous discuterons des résultats de la présente étude.

Les attitudes de l'IRFC

Cette première catégorie regroupe trois caractéristiques, soit 1) manifester des attitudes en accord avec le *caring*, 2) faire preuve de respect dans la relation pédagogique et 3) accepter de ne pas tout connaître. Les deux premières caractéristiques, soit les attitudes en accord avec le *caring* et l'attitude de respect dans la relation pédagogique ont été discutées par différents auteurs qui se sont intéressés à la formation en soins infirmiers (Beck, 2001; Halldsdottir, 1990; Miller, Harber et Byrne, 1990; Morgan et Knox, 1987; O'Connor, 2006). Ainsi, l'étude phénoménologique de Miller, Harber et Byrne (1990) réalisée auprès de six étudiantes et six enseignantes en sciences infirmières sur l'expérience d'une interaction enseignante-étudiante, rapporte que les

étudiantes perçoivent comme étant cohérente avec l'école de pensée du *caring*, les enseignantes qui reconnaissent leurs forces et qui sont disponibles pour elles. À l'opposée, Halldsdottir (1990) constate dans son étude phénoménologique réalisée auprès de neuf étudiantes infirmières que les enseignantes qui ridiculisent ou traitent avec mépris et peu de respect les étudiantes sont vues comme n'étant pas cohérentes avec cette même école de pensée. Les résultats de ces deux études, qui discutent des attitudes cohérentes et non cohérentes des enseignantes avec l'école de pensée du *caring*, rejoignent les propos des participantes à notre étude sur l'importance pour l'IRFC de manifester des attitudes en accord avec le *caring* telles être à l'écoute, disponible et respectueuse dans la relation pédagogique.

Pour leur part, Morgan et Knox (1987) ont identifié et comparé les caractéristiques de la meilleure et de la moins bonne superviseure clinique telles que perçu par des étudiantes et des enseignantes en sciences infirmières (n=210). Les résultats de la présente étude qui montrent que l'IRFC doit être disponible, ouverte et respectueuse sont cohérents avec les résultats de l'étude de Morgan et Knox (1987) qui mettent en évidence que les meilleures superviseures sont faciles d'approche et encouragent le respect mutuel. Plus récemment, O'Connor (2006) affirme que l'IRFC se doit d'être présente, attentive, sensible et flexible. Ces attitudes identifiées par cette auteure sont particulièrement semblables aux attitudes en accord avec le *caring* identifiées par les participantes à notre étude.

D'ailleurs, plusieurs auteurs (Hughes, 1992; Nelms, Jones et Gray, 1993; Simonson, 1996 ; Wilson, Grams et Kosowski, 1997) redécouvrent la position centrale du *caring* dans les soins infirmiers en explorant l'impact des relations et comportements empreint de *caring* des enseignantes comme des facteurs contribuant de façon très

importante au développement d'une approche *caring* envers les patients. À cet égard, deux études (Wilson, Grams et Kosowski, 1997 et Simonson, 1996) arrivent à des conclusions particulièrement cohérentes avec les résultats de notre étude qui montrent qu'il est important de choisir des IRFC qui démontrent des attitudes en accord avec le *caring* autant avec les patients, les collègues de travail qu'avec les étudiantes pour permettre l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. En effet, Wilson, Grams et Kosowski (1997) soutiennent que l'expérience du *caring* dans un programme de formation influence les comportements de *caring* des étudiantes dans la pratique clinique. Dans le même sens, les résultats de l'étude phénoménologique de Simonson (1996) rendent compte que l'enseignante qui véhicule des valeurs congruentes avec le *caring* dans sa pratique pédagogique et actualise celles-ci en classe, constitue le meilleur moyen pour communiquer ces valeurs aux étudiantes.

En lien avec les résultats de notre étude qui reconnaît l'importance de choisir des IRFC qui manifestent des attitudes en accord avec le *caring* pour servir de modèle de rôle, l'étude de Hughes (1992), et celle de Nelms, Jones et Gray (1993), s'intéressent à l'importance du modèle de rôle comme stratégie pour le développement d'attitudes et de comportements en accord avec le *caring*. Pour sa part, Hughes (1992) rapporte qu'en milieu clinique l'enseignante qui démontre un comportement de *caring* envers le patient ou la famille sert de modèle de rôle, représente pour les étudiantes une occasion de *caring* et une expérience d'apprentissage positive du *caring*. Les résultats de cette étude font aussi état des conséquences positives de cette expérience du *caring* dans les relations professeure-étudiante. En effet, pour les participantes à cette étude, le fait que les enseignantes soient présentes, sensibles et communiquent avec honnêteté et respect contribue à diminuer leur stress et leur anxiété. Conséquemment, l'adoption pour

l'enseignante d'une telle approche pédagogique qui s'inspire des valeurs du *caring* a un impact positif sur l'apprentissage puisque les étudiantes affirment que si elles éprouvent des difficultés, elles se confieront plus facilement à l'enseignante qui démontre une attitude *caring*. Pour sa part, l'étude descriptive de Nelms, Jones and Gray (1993) renforce aussi l'importance du modèle de rôle comme méthode pour le développement d'attitudes et comportements cohérents avec l'école de pensée du *caring*. Selon ces auteures, le *caring* s'apprend à travers le modèle de rôle offert par l'enseignante durant les interactions enseignante-étudiante.

Les résultats de l'étude de Hanson et Smith (1996) vont dans le même sens que ceux de notre étude qui montre qu'il est important pour l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*, de choisir des IRFC qui démontrent et adoptent des attitudes en accord avec le *caring*, telles prendre le temps d'écouter et de communiquer une certaine flexibilité avec les étudiantes. En effet, Hanson et Smith (1996) ont étudié auprès d'étudiantes de baccalauréat la signification de vivre l'expérience d'une interaction *caring*, c'est-à-dire une interaction où l'enseignante prend le temps d'écouter, de communiquer une certaine flexibilité, de l'équité, de la chaleur et de l'authenticité, en la comparant avec l'expérience d'une interaction plus ou moins *caring* (non so *caring*), c'est-à-dire où l'enseignante est non aidante, pressée, insensible, froide, condescendante et irrespectueuse. Les résultats de cette étude phénoménologique montrent que les étudiantes qui ont vécu une interaction *caring* avec une enseignante affirment se sentir confortables, confiantes, compétentes et motivées pour continuer et étudier plus fort. Alors que les étudiantes qui ont fait l'expérience d'une interaction plus ou moins *caring* se sont senties rejetées, découragées, incertaines et confuses.

Plus récemment, Beck (2001) a réalisé une métasynthèse de 14 études qualitatives portant sur le *caring* dans la formation infirmière. Quatre des cinq thèmes qu'il a identifiés sont à mettre en relation avec les résultats de notre étude, soit la présence, le partage, le soutien et les effets enrichissants de l'apprentissage du *caring* (*uplifting effects of caring*). Pour Beck (2001), la présence est authentique et elle demande une écoute attentive. Le partage est l'ouverture à l'autre. Le soutien représente une relation entre deux personnes où il y a des encouragements, de l'assistance et de la patience. Enfin, les effets enrichissants de l'apprentissage du *caring* (*uplifting effects of caring*) discutent de respect et de l'importance d'être reconnu comme une personne unique. Ces quatre facteurs vont dans le même sens que nos résultats sur les attitudes qui montrent que l'IRFC doit être à l'écoute, disponible, patiente, compréhensive, ouverte, respectueuse et encourageant les efforts des étudiantes. En conclusion de sa métasynthèse, Beck (2001) souligne que si nous voulons que les étudiantes fassent preuve de *caring* envers les personnes qu'elles soignent, elles doivent faire l'expérience du *caring* dans leur environnement éducatif. Il ajoute qu'une des découvertes les plus intéressantes de son étude est le caractère contagieux du *caring*. En effet, une fois que les étudiantes ont expérimenté le *caring*, elles n'ont qu'un désir et c'est de le mettre en pratique dans les soins qu'elles dispensent.

Nous terminerons la discussion sur cette catégorie traitant des attitudes de l'IRFC, avec un résultat qui semble novateur, soit l'attitude d'accepter de ne pas tout connaître. Cette caractéristique, mise en évidence dans nos résultats, est une attitude qui semble fondamentale si nous voulons favoriser l'intégration des apprentissages dans une approche par compétences. À cet égard, elle apporte un changement de perspective entre le recrutement, pour la supervision clinique, d'infirmières reconnues d'abord et avant

tout pour leur expertise clinique, ce qui leur permet d'avoir réponse à tout, et le recrutement d'infirmières reconnues d'abord et avant tout pour leurs qualités pédagogiques, qui acceptent de ne pas tout connaître mais qui sont ouvertes à chercher les réponses avec les étudiantes.

Comme aucune étude antérieure ne semble avoir identifié cette attitude, cette caractéristique est donc un résultat original de notre étude. En effet, en sciences infirmières, seule Billing (2003) a parlé, dans un éditorial, de l'importance pour l'IRFC d'adopter une attitude d'humilité lorsqu'elle fait de la supervision clinique. Cet éditorial rejette les propos des participantes à l'étude puisqu'elles soulignent qu'accepter de ne pas tout connaître demande une grande humilité de la part de l'IRFC. D'autre part, en sciences de l'éducation seul Barbeau et coll., (1997) à notre connaissance, ont discuté en quelques lignes, et dans un contexte d'enseignement en classe, de l'importance pour l'enseignante, « d'accepter de ne pas avoir les réponses à tout et d'être capable de proposer aux étudiantes de chercher la réponse pour un prochain cours » (p. 81). En effet, selon ces auteurs, les stratégies utilisées dans une approche par compétences pour faire intégrer les apprentissages aux étudiantes rendent plusieurs enseignantes insécurisées. Cependant, à la lumière de nos résultats, nous croyons qu'il est capital d'adopter cette attitude, d'accepter de ne pas tout connaître, dans une pédagogie orientée vers l'apprentissage de l'étudiante car celle-ci devient maintenant l'actrice principale de son apprentissage et nous pouvons difficilement prévoir toutes les questions et réflexions qu'elle soumettra à l'IRFC.

De plus, nous croyons qu'il existe un rapprochement entre cette caractéristique (accepter de ne pas tout connaître) qui propose un regard nouveau sur le rôle de l'IRFC et les fondements de l'approche par compétences qui exige, selon Langevin et Bruneau

(2000), un passage du paradigme de l'enseignement au paradigme de l'apprentissage. En effet, le développement d'une approche par compétences nécessite « l'apprentissage d'abord et l'enseignement ensuite » (Tardif, 2003. p. 43). En outre, les compétences à développer dans ce type de programme découlent directement de l'apprentissage et non de l'enseignement, et de l'expertise des professeures, le rôle de celui-ci s'inscrit dans le soutien permettant d'assurer l'atteinte du degré de développement attendu par chacune des compétences (Tardif, 2003).

Finalement, nous pensons que les trois attitudes discutées préalablement visent, en milieu clinique, à favoriser un climat propice à l'apprentissage et une relation de partenariat entre les IRFC et les étudiantes. En continuité avec les attitudes de l'IRFC, nous discuterons dans la prochaine section de ses habiletés relationnelles.

Les habiletés relationnelles de l'IRFC

La catégorie habiletés relationnelles regroupe deux caractéristiques, soit 1) établir une relation pédagogique de partenariat avec l'étudiante et 2) créer un climat favorable à l'apprentissage. Cette dernière comporte deux dimensions, soit: 1) entretenir une relation qui soutient la motivation de l'étudiante et 2) développer une relation de collaboration avec le personnel du milieu.

Les résultats de la présente étude rendent compte de l'importance de ces différentes habiletés relationnelles de l'IRFC pour contribuer à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. D'autres études, (Bergman et Gaitskill, 1990; Bond et Holland, 1998 et Windsor, 1987) valorisent aussi l'importance des habiletés relationnelles entre l'étudiante et l'IRFC. En effet, Bond et Holland (1998) soulignent qu'il faut placer la relation entre les étudiantes et la

superviseure clinique au centre de toute stratégie de développement des apprentissages et de tout système de supervision clinique. Ces résultats sont cohérents avec ceux de notre étude qui montrent que la relation pédagogique de partenariat est un préalable indispensable à l'intégration des apprentissages. À dire vrai, nos résultats soutiennent que l'étudiante qui se trouve dans ce type de relation se sent plus à l'aise de poser des questions et de réfléchir à haute voix en vue d'approfondir ses connaissances et d'intégrer ses apprentissages.

Les résultats de l'étude de Bergman et Gaitskill (1990) sont aussi cohérents avec ceux de notre étude quant à l'importance des habiletés relationnelles. En effet, leur étude avait pour but d'identifier les caractéristiques des superviseures cliniques qui sont considérées comme les plus importantes selon le point de vue des étudiantes infirmières et des enseignantes. Les résultats de cette étude ont révélé que les deux groupes valorisent les habiletés relationnelles nécessaires à l'établissement d'une bonne relation entre les étudiantes et les superviseures cliniques.

Finalement, l'étude de Windsor (1987) souligne que la relation de l'étudiante avec la superviseure, les infirmières, les autres étudiantes et les patients est importante puisque ces personnes aident à procurer un environnement plaisant et propice à l'apprentissage. Ces résultats sont particulièrement cohérents avec la présente étude qui mentionne que la création d'un climat favorable à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring* nécessite d'entretenir une relation qui soutient la motivation de l'étudiante et de développer une relation de collaboration avec le personnel du milieu. En effet, les résultats de notre étude mettent en évidence qu'une relation qui soutient la motivation de l'étudiante permet de créer les conditions propices à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

tandis que la relation de collaboration avec le personnel du milieu favorise un climat agréable, de respect, d'ouverture et d'entraide propice à l'apprentissage.

En ce qui concerne la relation pédagogique de partenariat entre l'étudiante et l'IRFC, il n'existe, à notre connaissance, aucune étude sur la supervision clinique d'étudiantes infirmières qui aborde ce concept sous l'angle d'une relation de partenariat. Par ailleurs, les résultats d'une recherche qualitative sur la réciprocité éducative réalisée par Sylvain (2004) en milieu collégial sont cohérents avec les aspects de notre étude qui portent sur l'établissement d'une relation pédagogique de partenariat avec l'étudiante. Au terme d'une étude en plusieurs phases où l'auteure a rencontré des étudiantes et des enseignantes, l'analyse des données issues des rencontres avec les enseignantes ($n=17$) met en évidence, entre autres, une posture de partenariat dans laquelle « l'enseignant n'est pas un informateur mais un formateur » (p.20). En effet, selon cette posture, qualifié de partenariat par l'auteure, le contenu est un prétexte pour entrer en relation avec l'étudiante. L'enseignante adopte un esprit de partenariat dans le questionnement, la découverte et l'émerveillement. La première place est donc donnée aux étudiantes dans le plaisir de découvrir, donc d'apprendre. Dans cette perspective d'ouverture, entre partenaires, l'enseignante ne se perçoit pas comme une vedette qui donne un spectacle et, surtout, elle ne perçoit pas les étudiantes comme des spectatrices. L'enseignante perçoit, au contraire, sa fonction comme une partenaire ouverte envers l'étudiante en apprentissage et elle ne s'attend pas à être aimée mais, avant tout, à être respectée de la même manière qu'elle tente de respecter les étudiantes. Sylvain (2004) conclut cette recherche en disant : « nous pouvons déduire que la relation éducative n'est pas une condition favorable à l'acte d'enseigner et d'apprendre, mais qu'elle en constitue un fondement » (p. 22). Cette posture de partenariat, mise en évidence dans cette recherche,

est réellement en accord avec les résultats de notre étude. En effet, dans nos résultats la relation pédagogique de partenariat met en évidence l'importance pour l'IRFC d'adopter des attitudes de respect et d'ouverture. Comme dans la recherche de Sylvain (2004), le partenariat est une relation entre l'étudiante et l'IRFC où il y a partage de connaissances et de réflexions. L'IRFC étant une accompagnatrice dans une démarche d'apprentissage qui favorise l'intégration et le transfert des connaissances théoriques à la pratique et non une experte détenant les savoirs.

Cependant, même si aucune étude en sciences infirmières ne discute de relation de partenariat entre l'étudiante et l'IRFC où il y a partage de connaissances et de réflexions, les propos tenus par les dix participantes à l'étude pour qualifier la relation devant exister entre l'étudiante et l'IRFC rejoignent, à notre avis, les écrits de Watson. Ainsi, le premier caritas clinique parle de pratique d'amour-bonté et d'égalité dans un contexte de conscience *caring* tandis le caritas clinique quatre représente le maintien d'une relation de confiance, d'une relation de *caring* authentique. Cette pratique d'égalité et cette relation d'aide et de confiance enrichie d'attitudes telles, la sensibilité, la franchise, l'altruisme, la congruence, l'empathie et la chaleur humaine (Watson, 1985) devient une connexion d'humain à humain où chaque personne perçoit l'autre dans son unicité (Watson, 1988, 1999a) ce qui rejoint les résultats de notre étude. En effet, la relation pédagogique de partenariat avec l'étudiante est une relation de confiance dans un climat de respect et de complicité où il y a un partage de connaissances et de réflexions, selon l'expérience de chacune. De plus, dans le même sens que nos résultats, qui montre que le partenariat permet un partage de connaissances et de réflexions, Kérrouac et coll. (2003) affirment que, quelque soit le niveau de formation, l'étudiante en sciences infirmières aura la possibilité d'expérimenter le partenariat avec différentes

professeures. Comme partenaires, dans l'enseignement/ apprentissage, elles partageront leurs connaissances et réflexions.

En ce qui concerne la création d'un climat favorable à l'apprentissage en stage, nos résultats montrent qu'elle comprend deux dimensions, soit : 1) entretenir une relation qui soutient la motivation de l'étudiante et 2) développer une relation de collaboration avec le personnel du milieu. La première dimension est cohérente avec plusieurs écrits en science de l'éducation. Pour sa part, Tardif (1997a) affirme qu'il est maintenant reconnu que l'enseignante exerce une grande influence sur la quantité et la qualité des apprentissages des étudiantes, notamment en motivant ces dernières. Pour Tardif (1997b), la motivation scolaire se traduit par l'engagement et la persistance des étudiantes. Les propos de cet auteur sont en lien avec les résultats de la présente étude. En effet, selon les participantes à notre étude, une relation qui soutient la motivation de l'étudiante crée des conditions propices à l'intégration des apprentissages. Ainsi, l'étudiante motivée s'engage, persiste et se surpassé.

Pour leur part, Barbeau et coll. (1997) constatent qu'encourager la participation de l'étudiante en classe ouvre une porte à la motivation et place l'étudiante au cœur de son processus d'apprentissage. Assister les étudiantes dans leurs apprentissages telles les accueillir, les mettre à l'aise, leurs confier des responsabilités et les inciter à poser des questions, stimulent leur engagement, leur participation et leur sentiment de compétences nécessaires à l'apprentissage (Barbeau et coll., 1997). En somme, soutenir la motivation scolaire implique selon ces auteurs, l'établissement d'une relation positive et de confiance, un accompagnement dans les tâches à réaliser et une rétroaction réaliste et vraie. Ces écrits de Barbeau et coll. (1997) sont en lien avec ceux de notre étude qui montre qu'entretenir une relation qui soutient la motivation pousse l'étudiante à se faire

confiance, à s'engager plus activement dans les activités d'apprentissage, à persister et même à se surpasser.

Pour sa part, Shelton (2003) s'est intéressé à la perception d'étudiantes infirmières ($n=458$) en regard du soutien reçu de la part des professeures en sciences infirmières. Ce soutien se manifeste de deux façons, le soutien concret et le soutien psychologique. C'est surtout ce dernier aspect qui montre des similitudes avec les résultats de la présente étude. En effet, le support psychologique favorise la création d'une atmosphère de mentorat empreinte de *caring*. Selon cette étude, les étudiantes qui perçoivent un soutien psychologique décrivent les professeures comme étant faciles d'accès, respectueuses, à l'écoute, et patientes avec les étudiantes. De plus, elles donnent de la rétroaction aux étudiantes sans les dénigrer, reconnaissent leurs bons coups et montrent un intérêt véritable envers leurs réalisations. En somme, en cohérence avec les résultats de notre étude, cette auteure affirme que le soutien psychologique crée une atmosphère propice à l'apprentissage. En effet, les participantes à notre étude *estiment* que le climat dans lequel se réalise l'apprentissage est une caractéristique fondamentale à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

En ce qui concerne la deuxième dimension, qui est de développer une relation de collaboration avec le personnel du milieu clinique, O'Connor (2006) est d'avis qu'il est important et nécessaire de développer une relation de collégialité avec le personnel infirmier du département où se réalise le stage puisqu'elle permet le soutien, les encouragements et les apprentissages informels. Les résultats de notre étude sont cohérents avec les propos de cet auteur quand ils mettent en évidence que la relation de collaboration avec le personnel du milieu est importante puisqu'elle favorise un climat agréable, d'ouverture et d'entraide propice à l'apprentissage. De plus, cette relation de

collaboration procure aux étudiantes, un sentiment d'être accepté et accueilli par le milieu qui les amènent à poser des questions au personnel et à se faire aider par celui-ci.

Après avoir discuté de l'importance des habiletés relationnelles, la prochaine section traitera des habiletés d'encadrement de l'IRFC regroupant cinq caractéristiques nécessaires à l'intégration des apprentissages.

Les habiletés d'encadrement de l'IRFC

La catégorie habiletés d'encadrement regroupe cinq caractéristiques, soit 1) l'apprentissage progressif, 2) pratiquer le questionnement, 3) favoriser la discussion et la réflexion, 4) encourager la recherche d'informations et 5) utiliser la rétroaction. En ce qui concerne la première caractéristique, les résultats de la présente étude mettent en évidence qu'à la base du processus d'intégration des apprentissages, il est nécessaire de vérifier les acquis individuels des étudiantes afin d'adapter les situations cliniques au besoin de chacune dans l'esprit d'un apprentissage graduel de situations simples à plus complexes. Les écrits traitant de l'approche par compétences sont cohérents avec les principes de l'apprentissage progressif. En effet, la psychologie cognitive discute de l'importance de la construction graduelle de la connaissance et le constructivisme affirme que les nouvelles connaissances s'acquièrent progressivement. En outre, l'approche par compétences s'oppose à la vision plus traditionnelle des stages, où les stages les plus efficaces étaient ceux où l'on faisait le plus de méthodes de soins et où l'on voyait le plus de situations cliniques complexes possibles. En cohérence avec ces écrits, les résultats de notre étude mettent en évidence qu'il est important de choisir des situations cliniques adaptées au besoin de chacune des étudiantes puisqu'une situation clinique trop complexe ne permet pas l'intégration des apprentissages. En effet, selon les

participants à l'étude, en augmentant la difficulté graduellement, l'étudiante a le temps de bien intégrer un concept avant d'être mis en contact avec un nouveau concept. De plus, selon elles, il est mieux de privilégier des situations cliniques rencontrées régulièrement dans la pratique infirmière plutôt que des situations cliniques intéressantes mais que l'on rencontre très rarement.

Des auteures en sciences infirmières (O'Connor, 2006; Tanner, 2002), ont aussi discuté d'aspects cohérents avec l'apprentissage progressif. En effet, O'Connor (2006) estime que le succès de l'encadrement pédagogique en stage demande un contexte et un milieu approprié qui permettent à l'IRFC de procéder à une sélection d'activités d'apprentissages selon le potentiel des étudiantes. En accord avec les propos de O'Connor (2006) et ceux apportés par les résultats de notre étude, Tanner (2002) souligne que l'IRFC est responsable de trouver des milieux de stage enrichissants et de recruter des patients d'un niveau de complexité adéquat.

Par ailleurs, malgré quelques écrits abordant l'apprentissage progressif comme une stratégie évidente, aucune étude à notre connaissance ne s'est intéressée à cet aspect de la supervision clinique. Ce qui nous porte à croire, que les résultats de la présente étude apporte de nouvelles connaissances sur l'importance de favoriser l'apprentissage progressif en situation de supervision clinique.

Pour ce qui est des trois prochaines caractéristiques soit, 1) le questionnement, 2) la réflexion et la discussion 3) la recherche d'informations, nous croyons intéressant de les regrouper pour les fins de cette discussion puisque, malgré leur caractère distinct, elles sont fortement interreliées. À cet égard, nous sommes d'avis que le caractère dynamique de ces trois caractéristiques favorisent la pensée réflexive décrite dans plusieurs écrits récents en sciences infirmières (Sellappah, Hussey, Blackmore et

McMurray, 1998; Tanner, 2006; Twibell, Ryan et Hermiz, 2005; Scheffer et Rubenfeld, 2006; Walsh et Seldomridge, 2006; Smith et Johnston, 2002). En effet, ces écrits sur la pensée réflexive discutent de ces mêmes caractéristiques comme des stratégies nécessaires pour favoriser la pensée réflexive.

Pour leur part, Walsh et Seldomridge (2006) mentionnent que pour promouvoir la pensée réflexive dans le milieu clinique, l'IRFC doit utiliser le questionnement. D'ailleurs, selon ces auteurs, l'IRFC doit utiliser le questionnement de haut niveau pour inciter les étudiantes à développer un raisonnement plus complexe et profond. Pour Scheffer et Rubenfeld (2006), la pensée réflexive est un outil pour développer le jugement clinique et l'expertise nécessaires à la dispensation de soins infirmiers de qualité. Pour leur part, Sellappah, Hussey, Blackmore et McMurray (1998) ont réalisé une étude auprès de 26 IRFC en enregistrant des rencontres cliniques afin d'analyser le type de questions utilisé par celles-ci. Après avoir constaté que les IRFC impliquées dans l'étude utilisaient surtout des questions ne suscitant pas une réflexion approfondie (*low level questions*), elles concluent qu'il serait nécessaire d'enseigner aux IRFC la façon de poser des questions qui favorisent le développement de la pensée réflexive (*high level questions*). Twibell, Ryan et Hermiz (2005), dans leur étude ethnographique sur la perception de six IRFC sur la pensée réflexive et les stratégies favorisant son développement durant l'expérience clinique de l'étudiante, ont mis en évidence plusieurs caractéristiques semblables à celles identifiées dans la présente étude, soit la recherche d'informations, le questionnement, la réflexion et la discussion en conférence clinique.

Pour Tanner (2006), la pensée réflexive est à la base du jugement clinique et, par conséquent, doit être développée par l'infirmière. Après avoir recensé près de 200 études sur le jugement clinique en sciences infirmières, elle présente un modèle qui met en

évidence, parmi d'autres composantes, l'importance de la réflexion sur et dans l'action pour améliorer le jugement clinique. Dans le même ordre d'idée, Smith et Johnston (2002), discutent de l'importance de promouvoir la réflexion chez l'étudiante. En effet, ces auteures affirment que pour développer le jugement clinique, les étudiantes doivent utiliser la pensée réflexive dans leur expérience clinique.

Ces résultats sont cohérents avec notre étude qui montre clairement l'importance de l'interaction entre ces trois caractéristiques. En effet, l'étudiante qui a pris l'habitude d'être questionnée, développe un esprit critique, elle réfléchit à ses apprentissages, à sa pratique et revient systématiquement sur ses actions passées. Or, les participantes à notre étude estiment qu'une étudiante qui s'interroge elle-même n'agit pas par automatisme, elle réfléchit avant l'action. En somme, à la lumière de ces résultats, nous croyons que la recherche d'informations, le questionnement, la réflexion et la discussion favorisent la pensée réflexive nécessaire à la pratique d'une infirmière compétente qui doit quotidiennement faire appel à sa capacité d'analyse, de synthèse et de jugement afin de prendre des décisions pertinentes dans les situations de soins auxquelles elle est confrontée.

D'ailleurs, plusieurs auteurs en sciences de l'éducation (Barbeau et coll., 1997; Lafortune et Saint-Pierre, 1994; Langevin, 1990, 1996; Laferrière, 1988; Perrenoud, 1999) soulignent aussi l'importance de ces caractéristiques pour favoriser l'apprentissage des étudiantes. D'abord, Barbeau et coll. (1997) estiment qu'il est important de mettre l'étudiante en action dans sa recherche d'informations puisque l'apprentissage se réalise seulement si elle joue un rôle actif, s'engage et fourni l'effort nécessaire. De plus, en lien avec le questionnement, ces auteurs soulignent que toute information répond à une question et ils insistent sur l'avantage de l'utilisation des

questions dans l'apprentissage. Ils affirment que réfléchir et pensée par soi-même exigent une pensée de haut niveau, « pensée qui dépasse la simple acquisition initiale d'une connaissance » (p. 221). Ainsi, pour eux, la pensée de haut niveau nécessite des opérations mentales qui permettent d'élargir et de raffiner ses connaissances. Porter des jugements, savoir identifier ce qu'il y a de commun et de différents entre les diverses situations commande une pensée critique qui est nécessaire au transfert des connaissances (Barbeau et coll., 1997). Pour Perrenoud (1999), le questionnement permet la mobilisation des connaissances c'est-à-dire, la capacité de repérer les connaissances pertinentes et de les réorganiser pour pouvoir résoudre des tâches complexes. Pour sa part, Laferrière (1988) met l'utilisation des questions au centre de l'apprentissage, tandis que Langevin (1990, 1996) affirme que le questionnement motive et soutient l'étudiante en apprentissage. En effet, selon cette auteure, les étudiantes s'activent en posant des questions, elles réfléchissent, elles considèrent des phénomènes sous plusieurs angles et elles tentent des réponses ce qui leur donne l'occasion de constater qu'elles ont davantage de connaissances que ce qu'elles croyaient.

Par ailleurs, des auteures qui se sont intéressées à la formation clinique (Krichbaum, 1994 ; O'Connor, 2006 ; Tanner, 2002 ; Told et Freshwater, 1999) ont aussi discuté de l'apport de chacune de ces caractéristiques dans l'intégration des apprentissages. Ainsi, O'Connor (2006) est d'avis que le succès de l'encadrement pédagogique en stage demande des IRFC qu'elles encadrent et guident l'expérience d'apprentissage à travers les expériences cliniques, les rencontres cliniques et les travaux. Dans le même sens, Tanner (2002) affirme que l'étudiante a besoin d'être guidée dans l'apprentissage d'un bon jugement clinique. Pour ce faire, elle suggère d'utiliser les enseignements cliniques en petit groupe. Selon cette auteure, les

enseignements en petit groupe sont nécessaires pour guider l'étudiante dans l'évaluation du patient et de la famille et mettre en évidence les particularités qui permettent de planifier des soins appropriés et de qualités. L'article théorique de Told et Freshwater (1999) suggèrent que la pratique réflexive puisse être un modèle intéressant pour la supervision clinique puisqu'elle facilite la collaboration et le développement des habiletés relationnelles tout en permettant à l'étudiante de développer son habileté à examiner sa pratique clinique quotidienne et, conséquemment, à apprendre de ses erreurs et de ses bons coups. Enfin, l'étude de Krichbaum (1994) réalisée auprès de superviseuses cliniques ($n=36$) et qui avait pour but d'étudier la relation entre les stratégies d'enseignement utilisées par les superviseures et les apprentissages cliniques des étudiantes, indique que l'apprentissage augmente lorsque les superviseures adoptent certaines stratégies d'enseignement spécifiques. Parmi celles-ci, deux sont particulièrement semblables à celles identifiées dans cette étude : poser des questions pertinentes aux étudiantes et donner une rétroaction spécifique et au moment opportun.

Ce qui nous amène à discuter de la dernière caractéristique identifiée dans cette étude, la rétroaction. En effet, les participantes à l'étude estiment qu'une rétroaction transmise, de façon régulière, stimule l'étudiante à réfléchir sur sa démarche ce qui l'amène à mieux comprendre ses erreurs pour ensuite faire les correctifs qui s'imposent. Ces résultats sont corroborés par plusieurs écrits traitant de l'évaluation des apprentissages et des compétences (Lasnier, 2000; Louis et Bernard, 1999; Scallion, 1996, 2004; Tardif, 2006).

En effet, ces écrits récents sont tous d'avis que la rétroaction a des conséquences positives sur l'apprentissage des étudiantes. Ainsi, Scallion (2004) discute de l'évaluation formative comme étant l'intégration de l'évaluation à l'apprentissage. Pour cet auteur, la

fonction formative de l'évaluation est en relation avec l'apprentissage. Pour sa part, Lasnier (2000) estime que l'évaluation formative est le plus possible informative, c'est-à-dire qu'elle fournit de nombreuses rétroactions à l'étudiante soutenant la régulation de ses apprentissages. En outre, l'auteur reconnaît que l'évaluation formative a un effet positif sur l'apprentissage en profondeur puisqu'elle est centrée sur des savoir-agir, sur des stratégies d'apprentissages, sur des connaissances procédurales et des connaissances conditionnelles, sur la correction des erreurs et sur le désir de réaliser des tâches avec un haut niveau de qualité. Les écrits de Louis et Bernard (1999) vont dans le même sens et précisent que l'évaluation informelle (formative) vise principalement à aider l'étudiante dans le processus même de son apprentissage.

De plus, ces mêmes auteurs sont tous d'accord avec le principe que la rétroaction doit se faire de façon régulière. En effet, pour Scallion (2004) la fonction formative de l'évaluation s'inscrit dans une progression. Du même avis, Lasnier (2000) mentionne que l'évaluation formative est continue. Pour sa part, Louis et Bernard (1999) précise que l'évaluation informelle (formative) se déroule de façon naturelle avec une rétroaction continue et rapide. Enfin, Tardif (2006) estime qu'en matière d'évaluation des compétences, le premier principe à respecter à trait à l'obligation de rendre compte de la progression dans une trajectoire développement.

De plus, en accord avec les résultats de notre étude qui affirment que la rétroaction stimule l'étudiante à réfléchir sur sa démarche ce qui l'amène à mieux comprendre ses erreurs pour ensuite faire les correctifs qui s'imposent. Pour Scallion (2004) la situation d'apprentissage exploitée à des fins d'apprentissage offre à l'étudiante l'occasion de réfléchir, de vérifier ses compétences et d'apporter les mesures correctives qui s'imposent à la suite d'une rétroaction. En effet, Scallion (1996) estime

que l'évaluation formative permet un « retour réflexif » par l'étudiante sur sa pratique. Pour sa part, Lasnier (2000), mentionne que la rétroaction soutient la régulation de ses apprentissages par l'étudiante. Enfin, pour Louis et Bernard (1999), la rétroaction permet à l'étudiante de réfléchir et prendre en considération, dans la tâche, les éléments importants et indices présents susceptibles de l'aider à mieux réaliser la tâche.

Les résultats de la présente étude montrent aussi qu'il est important de bien choisir le moment et la façon de faire la rétroaction, c'est-à-dire en privée avec des commentaires constructifs. Ces éléments sont aussi mis en évidence dans les écrits de O'Connor (2006) et dans l'étude de Morgan et Knox (1987). En effet, O'Connor (2006) estime que le succès de l'encadrement pédagogique en stage demande aux IRFC qu'elles puissent détecter des pratiques non sécuritaires pour les patients, signaler à l'étudiante ses erreurs, leurs conséquences et compléter les procédures de soins au besoin sans alarmer le patient et tout en préservant leur dignité. Ainsi, pour remplir ce rôle, l'IRFC fournit une rétroaction constante et constructive concernant l'atteinte des objectifs du stage (évaluation formative).

Par ailleurs, l'étude de Morgan et Knox (1987) identifie et compare les caractéristiques de la meilleure et de la moins bonne superviseure clinique telle que perçue par des étudiantes et des enseignantes en sciences infirmières ($n=201$). Une des caractéristiques mise en évidence dans cette étude concerne la rétroaction. En effet, cette étude souligne, entre autres, qu'être la meilleure superviseure, selon la perception des étudiantes, implique d'avoir une attitude respectueuse envers les étudiantes et d'être capable de leur indiquer les erreurs sans les rabaisser.

Avec la rétroaction, la dixième et dernière caractéristique d'une supervision qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du

caring, nous venons de terminer la discussion traitant de la catégorie les habiletés relationnelles dans la section des résultats. La section suivante de la discussion présente la contribution de cette étude au développement des connaissances en pédagogie des sciences infirmières.

La contribution de cette étude au développement des connaissances
en pédagogie des sciences infirmières.

Une des particularités de cette étude est de s'appuyer sur deux cadres de références théoriques distincts provenant de deux disciplines, soit l'approche par compétences développée en sciences de l'éducation et la théorie du *caring* de Watson développée en sciences infirmières. Sur le plan pédagogique, cette étude vise à décrire les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring* et, sur le plan professionnel, elle émane d'une perspective infirmière, elle est donc orientée vers des considérations et des valeurs qui sont propres à notre discipline. Ce croisement de deux regards disciplinaires, fondement d'une pédagogie des sciences infirmières, procure à cette recherche sa nouveauté et sa pertinence. En effet, des études se sont intéressées à l'approche par compétences et d'autres aux différentes écoles de pensée en sciences infirmières mais, à notre connaissance, aucune étude n'avaient intégré ces différents aspects dans une même démarche de recherche appliquée à la supervision clinique. Avec

l'adoption de l'approche par compétences dans les programmes de formation et le souci d'intégrer à la fois les savoirs, les savoir-faire et les savoirs-être propre à la discipline infirmière dans la formation des nouvelles infirmières, il est pertinent d'utiliser les deux perspectives simultanément dans une même étude.

Les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages selon la perspective de l'école de pensée du *caring* que nous avons identifiées dans cette étude sont de toute première importance pour la réussite du volet clinique d'un programme de formation en sciences infirmières. En effet, la contribution de notre modèle de supervision clinique (voir appendice I) au développement de la pédagogie des sciences infirmières repose sur les connaissances qu'il propose sur le rôle de l'IRFC. Aussi, une part de la contribution au développement des connaissances réside, à notre avis, dans le fait que ce modèle est novateur et facilement transférable dans la pratique puisque les caractéristiques et relations décrites dans le modèle sont claires et précises. Pour ce qui est de l'aspect novateur, il est important de souligner que cette étude procure une description d'un phénomène jamais étudié sous cet angle. En effet aucune étude, selon les écrits consultés, n'a étudié les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Ainsi, cette étude permet de combler en partie cette lacune dans les connaissances et procure des informations importantes sous forme de caractéristiques descriptives.

À cet égard, une meilleure compréhension des caractéristiques d'une supervision qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée

du *caring* permettra de mieux former et encadrer les IRFC de façon à obtenir une supervision clinique qui oriente les étudiantes dans cette direction. En effet, une infirmière qui a intégré ses apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring* est une infirmière qui démontrera les compétences nécessaires à la pratique infirmière dans une approche humaniste. Donc, selon nous, il est important d'encourager la poursuite d'études en pédagogie des sciences infirmières comme nous en discuterons dans la prochaine section. Nous allons maintenant examiner, les recommandations qui émergent de notre étude.

Les recommandations

La partie suivante de ce chapitre mettra en évidence les recommandations pour la recherche et la formation en sciences infirmières qui découlent de cette étude

Sur le plan de la recherche

Comme il a été mentionné précédemment, les résultats de cette étude constituent les premiers jalons d'un modèle de supervision clinique contribuant à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Il serait alors important de pousser plus loin la recherche sur ce phénomène afin d'être en mesure de l'enrichir. Ainsi, il pourrait être intéressant d'élargir la recherche et d'aller chercher la perception d'autres acteurs de la formation clinique. Le point de vue des étudiantes sur le sujet serait tout particulièrement pertinent. Il serait alors approprié de mettre en lumière les ressemblances et les différences entre les trois groupes de participantes à l'étude, soit les coordonnatrices de stage, les IRFC et les étudiantes. Cet élargissement permettrait de peaufiner et compléter les descriptions proposées dans le modèle de supervision clinique de ce mémoire.

Ensuite, il pourrait être pertinent d'observer des interactions IRFC-étudiante en situation réelle de stage et de les analyser à l'aide d'une grille d'analyse développée sur la base du modèle de supervision clinique proposée. Ces observations apporteraient des informations supplémentaires qui permettrait de confronter le modèle à la réalité. Enfin, il serait aussi intéressant d'étudier l'impact réel d'avoir des IRFC recrutées, formées et encadrés selon notre modèle de supervision clinique et de vérifier l'impact sur l'intégration des apprentissages des étudiantes à l'aide d'une recherche évaluative.

Sur le plan de la formation

Les résultats de cette étude, qui s'inscrivent à la fois dans une approche par compétences et dans l'école de pensée du *caring*, amènent des changements dans la façon pour les IRFC de jouer leur rôle. C'est pourquoi, il serait souhaitable d'utiliser les résultats de cette étude au niveau de la formation.

En effet, puisque dans la réalité, il est parfois difficile de recruter les IRFC, les conclusions de cette étude pourraient également servir à **former et encadrer** les IRFC actuelles ou futures. Pour se faire, il serait souhaitable de présenter le modèle aux coordonnatrices de stages qui pourront l'utiliser dans la formation qu'elles offrent régulièrement aux IRFC. À cet égard, un outil pédagogique s'inspirant de ce modèle de supervision clinique serait des plus pertinent. Il serait tout aussi intéressant de développer un guide simple qui permettrait aux IRFC de référer au modèle lorsqu'elles sont dans le feu de l'action (ex. : carte aide-mémoire).

En terminant, nous croyons que cette façon de superviser les expériences cliniques des étudiantes devrait, à terme, avoir un impact sur la compétence des nouvelles infirmières. En effet, nous pensons que l'application des connaissances de

cette étude à la pédagogie des sciences infirmières aura un lien indirect sur la pratique infirmière, car les étudiantes formées avec des IRFC qui utilisent le modèle de supervision clinique proposée par notre étude, devraient mieux intégrer les apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*, donc être plus compétentes au terme de leur étude.

En conclusion de ce chapitre, il convient de mentionner que cette recherche de maîtrise, réalisée en utilisant la méthode qualitative descriptive, a permis de mieux comprendre les caractéristiques d'une supervision qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Par ailleurs, étant donné que les caractéristiques de l'IRFC déterminent grandement l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*, il semble nécessaire de mieux former et encadrer celles-ci.

La conclusion

Le but de cette étude était de décrire, selon la perception des coordonnatrices de stages et des infirmières responsables de formation clinique, les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

À l'aide d'un devis qualitatif descriptif, nous avons interviewé dix participantes (cinq coordonnatrices de stages et cinq IRFC). Cet échantillonnage, nous a permis d'étudier différents aspects de la supervision clinique et de constater que ce rôle est de toute première importance en ce qui a trait à l'intégration des apprentissages et à la réussite du volet clinique d'un programme de formation en sciences infirmières à la fois selon une approche par compétences et dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Également, nos analyses ont permis d'identifier dix caractéristiques spécifiques essentielles regroupées en trois catégories (les attitudes, les habiletés relationnelles et les habiletés d'encadrement de l'IRFC) et de proposer un modèle de supervision clinique dynamique qui assure une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

En plus de contribuer au développement des connaissances en pédagogie des sciences infirmières au sujet de la supervision des expériences cliniques des étudiantes, cette étude a permis d'identifier plusieurs pistes pertinentes pour d'éventuelles recherches qui permettront de préciser et d'élargir d'avantage les connaissances sur le sujet. De plus, elle a proposé des recommandations intéressantes, notamment, d'élargir le nombre de catégorie de participantes à l'étude et d'aller chercher leur perception, d'observer dans la réalité des interactions IRFC-étudiante à l'aide d'une grille d'analyse et d'étudier avec une étude évaluative, l'impact réel d'avoir des IRFC travaillant selon notre modèle de supervision clinique sur l'intégration des apprentissages.

Il est à espérer que, grâce aux nouvelles connaissances, apportées par cette étude, la supervision clinique sera plus efficace. Il serait également souhaitable que les connaissances issues de cette étude servent à former et encadrer les IRFC qui occupent présentement cette fonction ainsi que celles qui le feront dans le futur.

Références

- Barbeau, D., Montini, A., et Roy, C. (1997). *Tracer les chemins de la connaissance*. Montréal : AQPC.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert*. Melo Park, CA: Addison-Wesley.
- Benner, P. (1994). The tradition and skill of interpretative phenomenology in studying health, illness, and caring practices. In P. Benner (Ed.), *Interpretive phenomenology: Embodiment, caring, and ethics in health and illness* (pp.99-127). Thousands Oaks, CA: Sage.
- Benner, P., et Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publisher.
- Beck, C.T. (2001). Caring within nursing education: A methasynthesis. *Journal of nursing education*, 40, (3), 101-109.
- Becker, M. K., et Neuwirth, J. M. (2002). Teaching strategy to maximize clinical experience with beginning nursing students. *Journal of nursing education*, 41, 89-91.
- Bergman, K., et Gaitskill, T. (1990). Faculty and student perceptions of effective clinical teachers: An extension study. *Journal of professional nursing*, 6, (1), 33-44.
- Billings, D.M. (2003). What does it take to be a nurse educator? *Journal of nursing education*, 42, (3), 99-100.
- Bishop. V. (1994). Clinical supervision for accountable profession. *Nursing Times*, 90 (39), 35-39.
- Bond, M., et Holland, S. (1998). *Skills of clinical supervision for nurses: A practical supervisors and managers*. Buckingham: Open University Press.
- Boutin,G. (2000). Le bélaviorisme et le constructivisme ou la guerre des paradigmes. *Québec français*, 119, 37-40.

- Brossard, L. (1999). Entrer dans la construction des compétences. *Vie pédagogique*, 112, 21.
- Burns, N., et Grove, S.K. (2001). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (4th ed.). Philadelphia: Saunders.
- Butterworth, T., Faugier, J., et Burnard, P. (1998). *Clinical supervision and mentorship in nursing*. London: Chapman and Hall.
- Butterworth, T., et Faugier, J. (1992). *Clinical supervision and mentorship in nursing*. London: Chapman and Hall.
- Butterworth, T. (1994). Preparing to take on clinical supervision. *Nursing Standard*, 8 (52), 32-41.
- Cara, C. (1997). *Manager's subjugation and empowerment of caring practices: A relational caring inquiry with staff nurses*. Doctoral Dissertation, University of Colorado Health Sciences Center.
- Cara, C. (2001). The apprenticeship of caring. *International Journal for Human Caring*, 5 (2), 33-40.
- Cara, C., et Gagnon, L. (2002). Une approche basée sur le «caring»: Un nouveau regard sur la réadaptation. *1er colloque de l'Institut de Réadaptation de Montréal*, 19 avril 2002, Montréal, Québec.
- Carboneau, M., et Legendre, M.F.(2002). Piste pour une relecture du programme de formation et de ses références conceptuelles. *Vie pédagogique*, 123, 12-17.
- Chan, D. (2002). Development of clinical learning environment inventory: Using the theoretical framework of learning environment studies to access nursing students' perceptions of the hospital as a learning environment. *Journal of nursing education*, 41, 69-75.
- Conseil supérieur de l'éducation. (2000). *La formation du personnel enseignant du collégial : Un projet collectif enraciné dans le milieu*. (pp. 35-54). Québec : Auteur.

- Daunais, J. P. (1992). L'entretien non directif. Dans B. Gauthier (Eds), *Recherche sociale : De la problématique à la collecte de données* (pp. 273-293). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Denzin, N. K., et Lincoln, Y.S. (2000). *Handbook of qualitative research*. London : Sage.
- Désilets, M., et Brassard, C. (1994). La notion de compétence revue et corrigée à travers la lunette cognitivisme. *Pédagogie collégiale*, 7 (4), 7-9.
- Deslauriers, J-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill.
- Deslauriers, J-P. (2001). Les éléments d'un devis de recherche. *Recherche en soins infirmiers*, 64, 29-35.
- Develay, M. (1991). *De l'apprentissage à l'enseignement*. Paris : ESF éditeur.
- Develay, M. (1994). Le sens dans les apprentissages : du désir au passage à l'acte. *Pédagogie collégiale*, 7(4), 23-26.
- Faculté des sciences infirmières (2004). *Révision du programme de Baccalauréat des sciences infirmières de l'Université de Montréal*. Montréal : Université de Montréal.
- Fowler, J. (1995). Nurses perceptions of the elements of good supervision. *Nursing Times*, 91 (22), 33-37.
- Fowler, J. (1996). How to use models of clinical supervision in practice. *Nursing Standard*, 10 (29), 42-47.
- Gaut, D. A., et Leininger, M.M. (1991). *Caring : The compassionate healer*. New York: National league for nursing.

- Geoffrion, P. (2003). Le groupe de discussion. Dans B. Gauthier (sous la direction de) *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données.* (pp. 333-355) Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Halldosdottir, S. (1990). The essential structure of a caring and uncaring encounter a teacher: The perspective of the nursing student. Dans M. M. Leininger, et J. Watson (Eds.), *The caring imperative in education* (pp.95-108). New York: National League for Nursing.
- Hanson, L.E., et Smith, M.J. (1996). Nursing students'perceptives experiences of caring and not-so-caring interaction with faculty. *Journal of Nursing Education*, 35 (3), 105-112.
- Hoover, J. (2002). The personal and professional impact of undertaking an educational module on human caring. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (1), 79-86.
- Hughes, L. (1992). Faculty-Student interactions and the student-perceived climate for caring. *Advances in Nursing Science*, 14 (3), 60-71.
- Karsenti, T. et Savoie-Zajc, L. (2004). *La recherche en éducation : Étapes et approches.* Sherbrooke : Éditions du CRP et Faculté d'éducation. Université de Sherbrooke.
- Kataoka-Yahiro, M., et Saylor, C. (1994). A critical thinking model for nursing judgment. *Journal of nursing education*, 33, 351-355.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., et Major, F. (2003). *La pensée Infirmière.* 2^e édition. Montréal : Beauchemin.
- Krichbaum, K. (1994). Clinical teaching effectiveness described in relation to learning outcomes of baccalaureate nursing students. *Journal of nursing education*, 33, 306-316.
- Krueger, R.A., et King, J.A. (1998). *Involving community members in focus groups.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Laferrière, H. (1988). *Apprendre à apprendre.* LaSalle : Cégep André-Laurendeau.

- Lafortune, L., et Saint-Pierre, L. (1994). *Les processus mentaux et les émotions dans l'apprentissage*. Montréal : Les éditions Logiques.
- Langevin, L. (1990). Le questionnement comme stratégie d'enseignement et d'apprentissage. *Pédagogie collégiale*, 4 (1), 12-13.
- Langevin, L. (1996). Établir la relation par le soutien à l'apprentissage. *Pédagogie collégiale*, 33 (1), 33-35.
- Langevin, L., et Bruneau, B. (2000). *Enseignement supérieur. Vers un nouveau scénario*. Issy-les-Moulineaux, France : ESF Éditeur.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificités des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, et A. Pires (Éds). *La recherche qualitative. Enjeux épistémiologiques et méthodologiques* (pp. 365-389). Montréal : Éditions Gaëtan Morin.
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Montréal : Guérin.
- Lavoie, C., et Painchaud, J. (1993). La compétence : une définition. *Pédagogie collégiale*. 6 (3). 16-20.
- Legault, A., Pepin, J., et Marcheterre, J. (2005). La place du *caring* dans un baccalauréat en sciences infirmières élaboré selon une approche par compétences. Diapositives électroniques utilisées lors d'une communication présentée au colloque *Application du caring dans les milieux de soins*, organisé dans le cadre du 73^e Congrès de l'ACFAS, 11 mai 2005, Université du Québec à Chicoutimi.
- Leininger, M. (1981). Cross-cultural hypothetical functions of caring and nursing care. In M. Leininger (Ed.) *Caring: an essential human need* (pp. 95-102). New Jersey: C.B. Slack..
- Lincoln, Y.S., et Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- LoBiondo-Wood, G., et Haber. (2002). *Nursing research: Methods, critical appraisal and utilization*. St-Louis, MI: C.V.Mosby.

- Louis, R., et Bernard, H. (1999). *L'évaluation des apprentissages en classe : Théorie et pratique*. Laval : Les Éditions Études Vivantes.
- Lyne, B. A., et Waller, R.P. (1990). The Denver Nursing Project in Human Caring: A model for Aids Nursing Care and Professional Education. *Family Community Health*, 13 (2), 78-84.
- Mayer, R., et Ouellet, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Miller, B. K., Haber, J., et Byrne, M.W. (1990). The experience of caring in the teaching learning process of nursing education : Student and teacher perspectives. In M. Leineiger, et J. Watson, (Eds.), *The caring imperative in education* (pp.125-135). New York: National League for Nursing.
- Miles, M.B., et Huberman, A.M. (1991). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Miles, M.B., et Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles : De Boeck Université.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2002). *L'évaluation des apprentissages au préscolaire et au primaire*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de l'Éducation du Québec (2003). *Programme de formation de l'école québécoise*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Morgan, D.L. (1988). *Focus groups as qualitative research*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Morgan, J., et Knox, J. E. (1987). Characteristics of « best » and « worst » clinical teachers as perceived by university nursing faculty and students. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 331-337.
- Morse, J.M. (1992). *Qualitative health research*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

- Munhall, P. L. (1994). *Qualitative Research Proposals and Reports: A guide*. New York: National League for Nursing.
- Munhall, P.L., et Oiler, C.J. (1986). *Nursing research: a qualitative perspective*. Norwalk, CO.: Appleton Century Crofts.
- Nelms,T.P., Jones, J.M., et Gray, P. (1993). Role Modeling : A method for teaching caring in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 32 (1), 18-23.
- Nieswiadomy, R.M. (2002). *Foundation of nursing research*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- O'Connor, A. B. (2001). *Clinical Instruction and Evaluation*. Sudburry, Ma. : Jones and Bartlett Publishers.
- O'Connor, A. B. (2006). *Clinical Instruction and Evaluation*. (2nd Ed). Sudburry, Ma. : Jones and Bartlett Publishers.
- Parse, R. R. (2001). *Qualitative inquiry : The path of sciencing*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Perrenoud, P. (1995). Des savoirs aux compétences : les incidences sur le métier d'enseignant et sur le métier d'élève. *Pédagogie collégiale*, 9(2), 6-10.
- Perrenoud, P. (1999). Construire des compétences, est-ce tourner le dos aux savoirs? *Pédagogie collégiale*, 12(3), 81-84.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J. Poupart, J.P. Deslauriers, L.H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayers, et A.P. Pires (Eds). *La recherche qualitative. Enjeux épistémiologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.
- Polit, D., et Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia: Lippincott Williams et Wilkins.

- Poupart, J., Deslauriers, J.P., Groulx, L.H, Laperrière, A., Mayer, R., et Pires, A. (Eds.). (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques.* Montréal : Gaëtan Morin.
- Power. S. (1999). *Nursing supervision : A guide for clinical practice.* Thousand Oaks, CA : Sage.
- Prost, A. (1990). *Éloge des pédagogues.* Paris : Éditions du seuil.
- Reilly, D. E., et Oerman, M.H. (1999). *Clinical Teaching in Nursing Education.* Sudbury, Ma. : Jones and Bartlett Publishers.
- Rogiers, X. (2000). *Une pédagogie de l'intégration: compétences et intégration des acquis dans l'enseignement.* Bruxelles : De Boeck Université
- Rose-Grippa, K., et Gorney-Moreno, M.J. (2003). *Study guide to accompany nursing research methods, critical appraisal and utilization.* Saint-Louis : Mosby.
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. Dans B.Gauthier (dir.), *Recherche en sciences sociales : de la problématique à la collecte de données.* (4^e édition), (pp. 293-316). Québec: Presse de l'Université du Québec.
- Sellappah, S., Hussey, T., Blackmore, A.M., et McMurray, A. (1998). The questioning strategies by clinical teachers. *Journal of advanced nursing*, 28 (1), 142-148.
- Scallon, G. (1996). L'évaluation formative et le temps d'enseigner, *Vie pédagogique*, 99, 4-9.
- Scallon, G. (2004). *L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétences,* Saint-Laurent : Édition du renouveau pédagogique.
- Scheffer, B.K., et Rubenfeld, M.G. (2006). Critical thinking: a toll in search of a job. *Nursing education*, 45 (6), 195-196.
- Shelton, E, N. (2003). Faculty support and student retention. *Journal of nursing education*, 43 (2), 68-76.

- Smith, J.A. (1995). Semi-structured interviewing and qualitative analysis. Dans J.A. Smith, R. Harré et L. Van Langenhove (Eds.), *Rethinking methods in psychology* (pp. 9-26). London : Sage.
- Smith, B., et Johnson, Y. (2002). Using structured clinical preparation to stimulate reflection and foster critical thinking. *Journal of nursing education*, 41 (4), 183-185.
- Simonson, C.L. (1996). Teaching caring to nursing students. *Journal of Nursing Education*, 35 (3), 100-104.
- St-Cyr.Tribles, D., et Saintonge, L. (1999). Réalité, subjectivité et crédibilité en recherche qualitative : quelques questionnements. *Recherches qualitatives*, 20, 113-125.
- Sylvain, L. (2004). Quand j'enseigne, j'apprends : une recherche sur la réciprocité éducative. *Pédagogie collégiale*, 17 (3), 17-22.
- Swendsen Boss, L.A. (1985). Teaching for clinical competence. *Nursing educator*, 10 (4), 8-12.
- Tagg, J. et Barr, R.B. (1995). From teaching to learning : A new paradigm for undergraduate education. *Change*, novembre-décembre, 13-25.
- Tanner, C.A. (2002). Clinical education, Circa 2010. *Journal of nursing education*, 41, 51-52.
- Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of nursing educator*, 45 (6), 204-211.
- Tardif,J. (1992). *Pour un enseignement stratégique : L'apport de la psychologie cognitive*. (pp. 25-61). Montréal : Éditions Logiques.
- Tardif, J. (1995). Les influences de la psychologie cognitive sur les pratiques d'enseignement et d'évaluation. *Revue québécoise en psychologie*, 16 (2), 175-207.

- Tardif, J. (1997a). La construction des connaissances. Les consensus. *Pédagogie collégiale*, 11 (2), 14-19.
- Tardif, J. (1997b). La construction des connaissances. Les pratiques pédagogiques. *Pédagogie collégiale*, 11 (3), 4-9.
- Tardif, J. (2003). Développer un programme par compétences : de l'intention à la mise en œuvre. *Pédagogie collégiale*, 16 (3), 36-44.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal : Chenelière.
- Todd, G., Freshwater, D. (1999). Reflective practice and guides discovery: clinical supervision. *British journal of nursing*, 8 (20), 1383-1389.
- Twibwell, R., Ryan, M., et Hermiz, M. (2005). Faculty perceptions of clinical thinking in student clinical experiences. *Journal of nursing education*, 44 (2), 71-19.
- Walsh, C.M., et Seldomridge, L.A. (2006). Critical thinking: back to square two. *Journal of nursing education*. 45 (6), 212-219.
- Watson, J. (1979). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boston, MA: Little, Brown.
- Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Watson, J. (1997). The theory of human caring: Retrospectives and prospective. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 49 -52.
- Watson, J. (1999a). *Postmodern nursing and beyond*. New York: Churchill Livingstone.
- Watson, J. (1999b). *Nursing, human science and human care: theory of nursing*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Watson, J. (2006). *Theory evolution*. Page web consulté le 12 février 2006.
<http://www2.uchsc.edu/son/caring/content/evolution.asp>.
- Whittemore, R., Chase, S., et Mandle, C.L. (2001). Validity in qualitative research. *Qualitative Health research, 11*, 522-537.
- Wilson, C., Grams, K., et Kosowski, M. (1997). Caring group in nursing education: creating caring connections in nursing practice. *International journal for human caring, 1* (3), 22-31.
- Wilson, M. E. (1994). Nursing student perspective of learning in clinical setting. *Journal of Nursing Education, 33* (2), 81-86.
- Windsor, A. (1987). Nursing Students' perceptions of clinical experience. *Journal of nursing education, 26*, 150-154.

Appendice A

Lettre à la vice-doyenne

Madame Jacinthe Pepin
Vice-doyenne aux études de premier cycle
et la formation continue
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
C.P. 6128, Succursale Centre-ville
Montréal, Québec
H3C 3J7

Objet : Permission de contacter des coordonnatrices de stages et infirmières responsables de formation clinique (IRFC) afin de concrétiser un projet de recherche.

Madame,

La présente concerne la réalisation de mon projet de maîtrise en sciences infirmières dont le but est de décrire, selon la perception des coordonnatrices et superviseures de stages, les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Comme vous le savez, ce projet a été approuvé le 17 avril dernier par un comité d'approbation constitué de Monsieur Raymond Grenier, vous-même ainsi que mon directeur de mémoire Monsieur Alain Legault. Puis, il a été évalué par le comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé (CERSS) de l'Université de Montréal le 1^{er} mai dernier. Le projet a été approuvé sous conditions. Les corrections étant envoyées au comité d'éthique, le certificat d'éthique devrait suivre sous peu.

Je sollicite, par la présente, la permission de convier les coordonnatrices et les IRFC à participer à des groupes de discussion focalisée dans le cadre de cette étude. Nous prévoyons rencontrer les coordonnatrices lors d'une rencontre d'équipe pour leur expliquer le projet et solliciter leur participation. Par la suite, ces mêmes coordonnatrices serviront d'intermédiaires pour informer les IRFC sur le projet et organiser les groupes de discussion. Puisque, certaines des participantes à l'étude (IRFC) terminent la session à la fin mai et recommencent en septembre, nous considérons important de débuter le recrutement avant la fin de la session universitaire. À cet effet, une réponse rapide de votre part serait vivement appréciée.

Si vous avez des questions au sujet de l'étude, vous pouvez communiquer avec moi ou Monsieur Alain Legault,

Merci de votre attention

Annie Denoncourt

Appendice B

Les renseignements aux participantes

Renseignements aux participantes

(Coordonnatrices de stages)

Titre de l'étude

Les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

Chercheur responsable

Alain Legault, inf., Ph.D.

Directeur de recherche

Professeur adjoint

Faculté des sciences infirmières

Chercheure collaborateur

Annie Denoncourt, inf.B.Sc.

Candidate à la maîtrise en sciences infirmières

Faculté des sciences infirmière, Université de Montréal

Introduction :

La formation clinique a toujours été une préoccupation centrale dans les programmes de formation initiale en sciences infirmières. La Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal fait face à un nouveau défi, celui de repenser la formation clinique en cohérence avec les principes de la formation par compétences ainsi qu'avec ceux de l'école de pensée du *caring*. La réussite du volet clinique nécessite un contact direct avec la pratique infirmière réelle et un encadrement pédagogique qui repose de plus en plus sur des infirmières oeuvrant dans les milieux cliniques. La préparation pédagogique de ces infirmières cliniciennes est très variable et l'évaluation du soutien reçu par les étudiantes en stage représente un défi pour les responsables des programmes de formation initiale. Ces constats amènent l'étudiante-chercheure à vouloir décrire les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

But de l'étude :

Le but de cette étude est de décrire, selon la perception des coordonnatrices et des infirmières responsables de formation clinique (IRFC), les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

Modalité de participation à l'étude :

Votre participation à l'étude consistera à accorder 60 à 90 minutes de votre temps pour participer à un groupe de discussion focalisée durant lequel vous serez invitée à parler des caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Ce groupe de discussion focalisée aura lieu dans un local prêté par la FSI. Lors de la discussion, vous serez également invitée à remplir un questionnaire sociodémographique.

Critères d'inclusion :

Les participantes à l'étude doivent répondre aux critères suivants :

1. Être coordonnatrice de stages à la FSI de l'Université de Montréal, ayant coordonné au moins un stage dans le nouveau programme de baccalauréat en sciences infirmières.
2. Vouloir partager sa propre expérience en acceptant volontairement de participer à l'étude.
3. Parler et comprendre le français

Risques ou inconvénients

Il n'existe pas de risques connus à participer à cette étude. Le principal inconvénient découle du fait de consacrer 60 à 90 minutes de votre temps pour participer à un groupe de discussion focalisée. Pendant la discussion, il peut arriver que vous ressentiez de l'inconfort ou de la fatigue. Par conséquent, si vous vous sentez inconfortable ou incompris ou que vous avez des craintes durant la discussion, il est important d'en parler à l'étudiante-rechercheuse qui prendra les mesures de soutien nécessaires.

Avantages :

Il est possible que vous ne retiriez aucun bénéfice de votre participation à l'étude mais cette expérience peut aussi vous permettre de faire le point sur votre expérience de coordonnatrice de stages. De plus, les résultats de cette étude permettront d'accroître les connaissances en sciences infirmières afin de mieux connaître les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Ces nouvelles connaissances pourraient permettre de guider la formation et l'encadrement des infirmières responsables de formation clinique.

Liberté de participation :

Votre participation à l'étude est entièrement volontaire. Ainsi, vous êtes libre de vous retirer à n'importe quel moment avant, pendant et après le groupe de discussion focalisée sans préjudice pour votre lien d'emploi avec la Faculté des sciences infirmières, et ce, sans aucune justification. Vous devez seulement aviser l'étudiante-chercheure si vous décidez de vous retirer de l'étude. Par conséquent, en cas de retrait de l'étude, les données accumulées jusqu'au retrait ne seront pas retirées mais conservées et ce, afin de ne pas perdre la cohérence de la discussion.

Confidentialité des informations :

Il demeure important que vous soyez assurée de la confidentialité des données que vous communiquerez durant le groupe de discussion focalisée. Les discussions focalisées seront enregistrées sur bandes audio mais soyez certaine que votre nom n'apparaîtra pas lors de la transcription des verbatims. En effet, l'étudiante-chercheure utilisera des numéros de participantes lors de la transcription. La seule personne autorisée à écouter les enregistrements sera le directeur. De plus, les bandes audio seront conservées sous clé en lieu sûr et détruites après sept ans.

Question sur l'étude :

Si vous avez des questions au sujet de l'étude, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheure ou avec le directeur de recherche, responsable de l'étude.

Directeur de recherche : Alain Legault

Téléphone : 514-343-6111, poste 1-8855

Courriel : alain.legault@umontreal.ca

Étudiante-rechercheure : Annie Denoncourt

Téléphone : 450-436-1580, poste 243

Courriel : adenoncourt@videotron.ca

Éthique :

Pour toute question ou problème d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à cette étude, vous pouvez, après en avoir discuté avec les responsables de l'étude, communiquer avec Marie-France Daniel, présidente du comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé, au numéro de téléphone suivant 343-5624 ou par courriel: marie-france.daniel@umontreal.ca. Suite à cet entretien, si vous avez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-Josée Rivest (Téléphone (514) 343-2100).

Renseignements aux participantes

(Infirmière responsable de formation clinique)

Titre de l'étude

Les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

Chercheur responsable

Alain Legault, inf., Ph.D.

Directeur de recherche

Professeur adjoint

Faculté des sciences infirmières

Chercheure collaborateur

Annie Denoncourt, inf.B.Sc.

Candidate à la maîtrise en sciences infirmières

Faculté des sciences infirmière, Université de Montréal.

Introduction :

La formation clinique a toujours été une préoccupation centrale dans les programmes de formation initiale en sciences infirmières. La Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal fait face à un nouveau défi, celui de repenser la formation clinique en cohérence avec les principes de la formation par compétences ainsi qu'avec ceux de l'école de pensée du *caring*. La réussite du volet clinique nécessite un contact direct avec la pratique infirmière réelle et un encadrement pédagogique qui repose de plus en plus sur des infirmières oeuvrant dans les milieux cliniques. La préparation pédagogique de ces infirmières cliniciennes est très variable et l'évaluation du soutien reçu par les étudiantes en stage représente un défi pour les responsables des programmes de formation initiale. Ces constats amènent l'étudiante-chercheure à vouloir décrire les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribuent à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

But de l'étude :

Le but de cette étude est de décrire, selon la perception des coordonnatrices et d'infirmières responsables de formation clinique (IRFC), les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

Modalité de participation à l'étude :

Votre participation à l'étude consistera à accorder environ 60 minutes de votre temps pour participer à une entrevue individuelle durant laquelle vous serez invitée à parler des caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Cette entrevue aura lieu dans un local prêté par la FSI ou tout autre endroit calme favorisant le partage. Lors de l'entrevue, vous serez également invitée à compléter un questionnaire sociodémographique.

Critères d'inclusion :

Les participantes à l'étude doivent répondre aux critères suivants :

1. Être infirmière responsable de formation clinique ayant encadré au moins un stage dans le nouveau programme de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal.
2. Vouloir partager sa propre expérience en acceptant volontairement de participer à l'étude.
3. Parler et comprendre le français

Risques ou inconvénients

Il n'existe pas de risques connus à participer à cette étude. Le principal inconvénient découle du fait de consacrer environ 60 minutes de votre temps pour réaliser l'entrevue. Pendant l'entrevue, il peut arriver que vous ressentiez de l'inconfort ou de la fatigue. Par conséquent, si vous vous sentez inconfortable ou incompris ou que vous avez des craintes durant l'entrevue, il est important d'en parler à l'étudiante-rechercheure qui prendra les mesures de soutien nécessaires.

Avantages :

Il est possible que vous ne retiriez aucun bénéfice de votre participation à l'étude mais cette expérience peut aussi vous permettre de faire le point sur votre expérience d'IRFC. De plus, les résultats de cette étude permettront d'accroître les connaissances en sciences infirmières afin de mieux connaître les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*. Ces nouvelles connaissances pourraient permettre de guider la formation et l'encadrement des infirmières responsables de formation clinique.

Liberté de participation :

Votre participation à l'étude est entièrement volontaire. Ainsi, vous êtes libre de vous retirer à n'importe quel moment avant, pendant et après l'entrevue sans préjudice pour votre lien d'emploi avec la Faculté des sciences infirmières, et ce, sans aucune justification. Vous devez seulement aviser l'étudiante-chercheure si vous décidez de vous retirer de l'étude.

Confidentialité des informations :

Il demeure important que vous soyez assurée de la confidentialité des données que vous communiquerez durant l'entrevue. L'entrevue sera enregistrée sur bandes audio mais soyez certaine que votre nom n'apparaîtra pas lors de la transcription des verbatims. En effet, l'étudiante-chercheure utilisera des numéros lors de la transcription. La seule personne autorisée à écouter les enregistrements sera le directeur. De plus, les bandes audio seront conservées sous clé en lieu sûr et détruites après sept ans.

Question sur l'étude :

Si vous avez des questions au sujet de l'étude, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheure ou avec le directeur de recherche, responsable de l'étude.

Directeur de recherche : Alain Legault

Téléphone : 514-343-6111, poste 1-8855

Courriel : alain.legault@umontreal.ca

Étudiante-chercheure : Annie Denoncourt

Téléphone : 450-436-1580, poste 243

Courriel : adenoncourt@videotron.ca

Éthique :

Pour toute question ou problème d'ordre éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à cette étude, vous pouvez, après en avoir discuté avec les responsables de l'étude, communiquer avec Marie-France Daniel, présidente du comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé, au numéro de téléphone suivant 343-5624 ou par courriel: marie-france.daniel@umontreal.ca. Suite à cet entretien, si vous avez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-Josée Rivest (Téléphone (514) 343-2100).

Appendice C

Les formulaires de consentement libre et éclairé

Formulaire de consentement libre et éclairé

(Coordonnatrice de stages)

Titre de l'étude :

Les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

Chercheur responsable

Alain Legault, inf., Ph.D.

Directeur de recherche

Chercheure collaborateur

Annie Denoncourt, inf., MSc. (cand)

Je (nom en caractères d'imprimerie de la participante) _____, déclare avoir pris connaissance des renseignements ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec (nom en caractères d'imprimerie de l'étudiante-chercheure) _____, et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude.

Je sais que je peux me retirer en tout temps, sans préjudice.

Signature de la participante : _____

Date : _____

Je (nom en caractères d'imprimerie de l'étudiante-chercheure) _____, déclare avoir expliqué le but, les avantages, les risques et les inconvénients à la participante (nom en caractères d'imprimerie de la participante), _____. _____.

Signature de l'investigateur: _____

Date _____

Formulaire de consentement libre et éclairé

(Infirmière responsable de formation clinique)

Titre de l'étude :

Les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du *caring*.

Chercheur responsable

Alain Legault, inf., Ph.D.

Directeur de recherche

Chercheure collaborateur

Annie Denoncourt, inf., MSc. (cand)

Je (nom en caractères d'imprimerie de la participante) _____, déclare avoir pris connaissance des renseignements ci-joints dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec (nom en caractères d'imprimerie de l'étudiante-chercheure) _____, et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude.

Je sais que je peux me retirer en tout temps, sans préjudice.

Signature de la participante : _____

Date : _____

Je (nom en caractères d'imprimerie de l'étudiante-chercheure) _____, déclare avoir expliqué le but, les avantages, les risques et les inconvénients à la participante (nom en caractères d'imprimerie de la participante), _____. _____.

Signature de l'investigateur: _____

Date _____

Appendice D
Les questionnaires sociodémographiques

Questionnaire sociodémographique

(Coordonnatrice de stages)

Vous devez fournir une courte réponse aux questions suivantes.

Les renseignements obtenus demeurent confidentiels.

Participante :	
Date de la discussion focalisée:	
Votre Genre	
Niveau de formation	
Domaine de la formation	
Formation complémentaire en pédagogie <ul style="list-style-type: none"> • Si oui, spécifiez 	
Années d'expérience comme infirmière	
Années d'expérience comme coordonnatriices	
Expériences antérieures comme IRFC <ul style="list-style-type: none"> • Superviseure • Monitrice • Infirmière associée 	

Questionnaire sociodémographique
(Infirmière responsable de formation clinique)

Vous devez fournir une courte réponse aux questions suivantes.

Les renseignements obtenus demeurent confidentiels.

Participante :	
Date de l'entrevue:	
Votre Genre	
Niveau de formation	
Domaine de la formation	
Formation complémentaire en pédagogie • Si oui, spécifiez	
Années d'expérience comme infirmière	
Années d'expérience comme IRFC • Superviseure • Monitrice • Infirmière associée	

Appendice E

Les guides d'entrevue

Guide d'entrevue de groupe

(Coordonnatrice de stages)

Phase d'introduction	<p>Souhaiter la bienvenue aux participants</p> <p>Expliquer aux participantes le déroulement du groupe de discussion focalisée.</p> <p>Expliquer la raison de l'enregistrement audio</p> <p>Signaler aux participantes qu'il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses et que toutes les opinions sont intéressantes.</p>
Phase de discussion	<p><u>Réchauffement</u></p> <p>Parlez-moi de votre expérience de coordonnatrices de stages</p> <p>Parlez-moi de votre expérience de la supervision clinique</p> <p>Pouvez-vous me décrire la place de l'enseignement clinique dans le programme d'étude en sciences infirmières?</p> <p>Parlez-moi de l'intégration des apprentissages durant les stages</p> <p><u>Question principale</u></p> <p>Quelles sont les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du <i>caring</i> ?</p> <p><u>Sous-questions</u></p> <p>En quoi cette caractéristique dont vous venez de me parler contribue à l'intégration des apprentissages ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conditions propices à l'intégration des apprentissages en milieu clinique? • Qu'est ce qui fait qu'en stage on intègre des apprentissages ? • Si on prend une étudiante moyenne en stage, de quelle façon, on l'aide à intégrer les apprentissages? • Qu'est ce qu'on fait concrètement pour aider l'étudiante à intégrer ses apprentissages tout en lui permettant de prendre soins d'un patient? • Pensez-vous que le milieu clinique requière différentes

	<p>méthodes pour favoriser l'intégration des apprentissages? Si oui, lesquelles? Et Pourquoi? Et comment?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous me donner des exemples de méthodes utilisées qui favorisent l'intégration des apprentissages? <p>(Exemple de méthode : O'Connor (2001) « demonstration, war stories, questionning, listening, case studies, seminars, nursing rounds, written assignments, critical thinking, reflective practice»...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les différentes méthodes sont-elles toujours appropriées? • Pouvez-vous me dire, à quel moment on utilise une méthode plutôt qu'une autre? • Pouvez-vous me dire pourquoi il est plus approprié de prendre une méthode plutôt qu'une autre dans cette situation? • Pouvez-vous me donner un exemple? • Selon-vous, le climat ou l'environnement clinique ont-il un impact sur l'intégration des apprentissages en stages? Si oui, pourquoi, comment, me donner des exemples. Si non, pourquoi? • Existe-t-il selon vous un climat favorable à l'apprentissage? Si oui, lequel? Pouvez-vous me le décrire? • Selon-vous la qualité de la supervision en stage a-t-elle un impact sur l'intégration des apprentissages? Si oui, comment? Si non, pourquoi? • Selon-vous, quels sont les rôles de la superviseures cliniques? • La relation superviseure-étudiante a-t-elle un impact (une influence) sur l'intégration des apprentissages? Si oui comment? Si non, pourquoi? • Décrivez-moi la relation idéale entre une superviseure et une étudiante et l'expliquer.
--	--

	<p>En quoi cette caractéristique dont vous venez de me parler permet de développer la perspective de l'école de pensée du caring ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concrètement, de quelle façon, on favorise le développement de la perspective de l'école de pensée du <i>caring</i> chez l'étudiante? • Pouvez-vous me donner des exemples? • Selon-vous la superviseure de stage à l'Université de Montréal doit-elle être cohérente (adopter les valeurs de l'école de pensée du <i>caring</i>) avec les valeurs de l'école de pensée du <i>caring</i>? Si oui, comment? Si non pourquoi? • Selon-vous être un modèle de rôle de supervision clinique dans la perspective de l'école de pensée du <i>caring</i>, veut-dire quoi? Pouvez-vous décrire et me donner des exemples? <p>Au besoin : Reformuler pour vérifier la compréhension.</p>
Phase de conclusion	<p>Vérifier si les participantes veulent aborder d'autres thèmes que ceux qui ont déjà été soulevés ou si elles ont des questions à poser Remercier les participantes pour leur contribution au succès de la rencontre.</p>

Guide d'entrevue individuelle
 (Infirmière responsable de formation clinique)

L'introduction	<p>Souhaiter la bienvenue Expliquer le déroulement de l'entrevue Expliquer la raison de l'enregistrement audio Signaler à la participante, qu'il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses.</p>
Le cœur de l'entrevue	<p><u>Réchauffement</u> Parlez-moi de votre expérience d'IRFC . Parlez-moi de votre expérience de la supervision clinique Pouvez-vous me décrire la place de l'enseignement clinique dans le programme d'étude en sciences infirmières? Parlez-moi de l'intégration des apprentissages durant les stages</p> <p><u>Question principale</u> Quelles sont les caractéristiques d'une supervision clinique qui contribue à l'intégration des apprentissages dans la perspective de l'école de pensée du <i>caring</i> ?</p> <p><u>Sous-questions</u> En quoi cette caractéristique dont vous venez de me parler contribue à l'intégration des apprentissages ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conditions propices à l'intégration des apprentissages en milieu clinique? • Qu'est ce qui fait qu'en stage on intègre des apprentissages ? • Si on prend une étudiante moyenne en stage, de quelle façon, on l'aide à intégrer les apprentissages? • Qu'est ce qu'on fait concrètement pour aider l'étudiante à intégrer ses apprentissages tout en lui permettant de prendre soins d'un patient? • Pensez-vous que le milieu clinique requière différentes

	<p>méthodes pour favoriser l'intégration des apprentissages? Si oui, lesquelles? Et Pourquoi? Et comment?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous me donner des exemples de méthodes utilisées qui favorisent l'intégration des apprentissages? <p>(Exemple de méthode : O'Connor (2001) « demonstration, war stories, questionning, listening, case studies, seminars, nursing rounds, written assignments, critical thinking, reflective practice»...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les différentes méthodes sont-elles toujours appropriées? • Pouvez-vous me dire, <u>à quel moment</u> on utilise une méthode plutôt qu'une autre? • Pouvez-vous me dire <u>pourquoi</u> il est plus approprié de prendre une méthode plutôt qu'une autre dans cette situation? • Pouvez-vous me donner un exemple? • Selon-vous, <u>le climat ou l'environnement</u> clinique ont-ils un impact sur l'intégration des apprentissages en stages? Si oui, pourquoi, comment, me donner des exemples. Si non, pourquoi? • Existe-il selon vous un climat favorable à l'apprentissage? Si oui, lequel? Pouvez-vous me le décrire? • Selon-vous la qualité de la supervision en stage a-t-elle un impact sur l'intégration des apprentissages? Si oui, comment? Si non, pourquoi? • Selon-vous, quels sont <u>les rôles</u> de la superviseures cliniques? • <u>La relation</u> superviseure-étudiante a-t-elle un impact (une influence) sur l'intégration des apprentissages? Si oui comment? Si non, pourquoi? • Décrivez-moi la relation idéale entre une superviseure et une étudiante et l'expliquer.
--	--

	<p>En quoi cette caractéristique dont vous venez de me parler permet de développer la perspective de l'école de pensée du caring ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concrètement, de quelle façon, on favorise le développement de la perspective de l'école de pensée du <i>caring</i> chez l'étudiante? • Pouvez-vous me donner des exemples? • Selon-vous la superviseure de stage à l'Université de Montréal doit-elle être cohérente (adopter les valeurs de l'école de pensée du <i>caring</i>) avec les valeurs de l'école de pensée du <i>caring</i>? Si oui, comment? Si non pourquoi? • Selon-vous être un <u>modèle de rôle</u> de supervision clinique dans la perspective de l'école de pensée du <i>caring</i>, veut-dire quoi? Pouvez-vous décrire et me donner des exemples? <p>Au besoin : Reformuler pour vérifier la compréhension.</p>
La conclusion	<p>Vérifier si la participante veut aborder d'autres thèmes que ceux qui ont déjà été soulevés ou si elle a des questions à poser</p> <p>Remercier la participante pour sa contribution au succès de l'étude.</p>

Appendice F
Les préconceptions de l'étudiante-rechercheure

Mes préconceptions

Voici mon expérience, mes connaissances et mes principales préconceptions concernant la présente étude :

Mon expérience et mes connaissances

Mon expérience : j'ai terminé mon baccalauréat en 1995, j'ai travaillé sept ans en CLSC et depuis quatre ans j'enseigne en soins infirmiers dans un collège. Donc, j'ai de l'expérience comme IRFC.

Mes connaissances : dans le cadre de ma maîtrise en sciences infirmières option « formation en soins infirmiers », j'ai eu la chance d'intégré plusieurs nouvelles connaissances autant dans le domaine des sciences infirmières avec par exemple l'école de pensée du *caring* de Watson que dans le domaine des sciences de l'éducation avec l'approche par compétences.

Mes principales préconceptions

1. La profession infirmière nécessite actuellement des infirmières compétentes pour soigner dans un système de santé où le développement des connaissances scientifiques et technologiques est rapide, où la population est vieillissante, les soins de plus en plus complexes et les responsabilités infirmières grandes et exigeantes.
2. La pratique infirmière compétente nécessite autant des attitudes et comportements empreint d'humanité et de respect que des connaissances scientifiques et technologiques.

3. Le milieu clinique est l'endroit le plus adéquat pour développer les compétences nécessaires à une pratique infirmière de qualité.
4. Puisque le milieu clinique est l'endroit de choix pour intégrer les savoirs, savoir-faire et savoir-être nécessaires à la compétence infirmière, l'infirmière responsable de formation clinique doit connaître et appliquer les principes de la formation par compétences et avoir une formation adéquate sur l'encadrement pédagogique en stage.
5. Dans ma pratique comme enseignante et IRFC en soins infirmiers, je suis confrontée à travailler à l'occasion avec des infirmières du milieu clinique sans formation pédagogique qui acceptent de devenir IRFC pour des périodes courtes de stage. Sans leur enlever leurs compétences et expertises comme clinicienne, je considère qu'elles ont besoin de connaissances et d'une formation pour bien remplir cette nouvelle fonction.

Mon expérience comme IRFC, mes connaissances en pédagogie et mes croyances et préjugées étroitement liés à la présente étude devront me rester en mémoire tout au long du processus de recherche afin d'éviter qu'elles m'influencent. Par conséquent, je compte rester très vigilante face à cette influence au moment de la discussion focalisée et des entrevues individuelles ainsi que durant tout le processus d'analyse pour demeurer le plus neutre possible dans l'interprétation de mes résultats afin d'être le plus fidèle possible aux propos des participantes à l'étude.

Appendice G

Le processus d'analyse

Processus d'analyse : La codification simple

Étape1

HU: MÉMOIRE.ANNIE.D.2006 File: [C:\DOCUME~1\Annie\MESDOC~1\UNIVER~1\ANALYS~1.ENT\CODE.Entrevue.13.juin] Edited by: Super Date/Time: 06-07-18 14:33:20 ----- Code-Filter: All	
116 codes	
Accepter l'étudiant Accepter qu'on ne connaît pas tout Accompagnement Accueil Accueil-Ouverture Accueil.attentes.craintes Accueil.stress Aider l'étudiant à trouver des stratégies Analytique Anxiété Apprentissage progressif Attitude Attitude du superviseur.vs.Apprentissage Attitudes caring Authenticité Avoir le désir d'encadrer. vs imposition Avoir une formation Bien choisir les patients Bien se connaître Capacité d'adaptation Caractéristiques Caractéristiques du superviseur Caractéristiques qui favorise l'intégration des apprentissages Climat Collaboration avec le milieu Commentaires positifs des étudiantes Communication Communique facilement avec le milieu Comprendre l'étudiante Conditions propices à l'apprentissage Confiante Connaissances en pédagogie Croire en l'étudiant Démonstration.modèle de rôle Diplomatie Disponible	L'expérience et les connaissances L'évaluation L'importance d'être accepter par le milieu L'intégration des apprentissages L'organisation La façon d'être La formation La formation des IFRC La performance technique La personnalité La réflexion La rétroaction Le caring Le caring compartimenté Le concret: Transfert de la théorie à la pratique Le milieu se stage.vs.l'apprentissage Le partenariat Le respect Le rôle de l'étudiante dans son apprentissage Le rôle du superviseur en rencontre clinique Les attentes des étudiants Les différents rôles Les habiletés de communication Médiateur Modèle de rôle Modèle de rôle caring Modèle de rôle non-caring Motiver Ouvert d'esprit Ouverte à transmettre leurs savoirs Ouverture Ouverture à chercher des stratégies d'apprentissages Ouverture face aux différentes ethnies Ouverture face à la critique Participation

Donner des opportunités d'apprentissages Empathie Encadrement exigeant Environnement caring Exemple d'un milieu ouvert.acceuillant Exemple. cadre rigide vs intégration Exemple. l'inf.intervient Exemples de commentaires constructifs Expérience enrichissante Expérience non-caring.boulversant Être à l'écoute Être passionnée Être une infirmière semi-experte Faciliter le transfert des connaissances Favorise l'apprentissage Favorise l'intégration Flexibilité Gérer l'environnement Habiletés techniques Intégration du caring Intégration.difficulté L'apprentissage du caring L'approche par compétences L'encadrement en stage L'environnement	Partir de l'étudiant Patiente Préparation de l'IRFC Préparation des inf-associées Présence Questionner Rassurer Reconnaissance par les pairs Relation Relation de collaboration Relation égalitaire Relation égalitaire.vs.Intégration Relation pédagogique Relation.inf-étudiante Rencontres cliniques Souple et ouverte Souplesse Stratégie analytique Stratégie d'intégration Vérification au quotidien
--	---

Processus d'analyse : La codification simple

Étape2

90 codes retenus	26 codes non-retenus
<p>Accepter qu'on ne connaît pas tout</p> <p>Accompagnement</p> <p>Accueil</p> <p>Accueil-Ouverture</p> <p>Accueil.attentes.craintes</p> <p>Accueil.stress</p> <p>Aider l'étudiant à trouver des stratégies</p> <p>Analytique</p> <p>Apprentissage progressif</p> <p>Attitude</p> <p>Attitude du superviseur.vs.Apprentissage</p> <p>Attitudes caring</p> <p>Bien choisir les patients</p> <p>Capacité d'adaptation</p> <p>Caractéristiques</p> <p>Caractéristiques du superviseur</p> <p>Caractéristiques qui favorise l'intégration des apprentissages</p> <p>Climat</p> <p>Collaboration avec le milieu</p> <p>Communication</p> <p>Communique facilement avec le milieu</p> <p>Comprendre l'étudiante</p> <p>Croire en l'étudiant</p> <p>Diplomatie</p> <p>Disponible</p> <p>Empathie</p> <p>Exemple d'un milieu ouvert.acceuillant</p> <p>Exemples de commentaires constructifs</p> <p>Expérience enrichissante</p> <p>Expérience non-caring.boulversant</p> <p>Être à l'écoute</p> <p>Être passionnée</p> <p>Favorise l'apprentissage</p> <p>Favorise l'intégration</p> <p>Flexibilité</p> <p>Gérer l'environnement</p> <p>Intégration du caring</p> <p>Intégration.difficulté</p> <p>L'apprentissage du caring</p> <p>L'encadrement en stage</p> <p>L'environnement</p> <p>L'expérience et les connaissances</p> <p>L'évaluation</p> <p>L'importance d'être accepter par le milieu</p>	<p>Accepter l'étudiant</p> <p>Anxiété</p> <p>Authenticité</p> <p>Avoir le désir d'encadrer. vs imposition</p> <p>Avoir une formation</p> <p>Bien se connaître</p> <p>Commentaires positifs des étudiantes</p> <p>Conditions propices à l'apprentissage</p> <p>Confiante</p> <p>Connaissances en pédagogie</p> <p>Démonstration.modèle de rôle</p> <p>Donner des opportunités d'apprentissages</p> <p>Encadrement exigeant</p> <p>Environnement caring</p> <p>Exemple. cadre rigide vs intégration</p> <p>Exemple. l'inf.intervient</p> <p>Être une infirmière semi-experte</p> <p>Faciliter le transfert des connaissances</p> <p>Habiletés techniques</p> <p>L'approche par compétences</p> <p>La formation des IFRC</p> <p>La performance technique</p> <p>Le rôle de l'étudiante dans son apprentissage</p> <p>Les attentes des étudiants</p> <p>Préparation des inf-associées</p> <p>Souple et ouverte</p>

L'intégration des apprentissages L'organisation La façon d'être La formation La personnalité La réflexion La rétroaction Le caring Le caring compartimenté Le concrét: Transfert de la théorie à la pratique Le milieu se stage.vs.l'apprentissage Le partenariat Le respect Le rôle du superviseur en rencontre clinique Les différents rôles Les habiletés de communication Médiateur Modèle de rôle Modèle de rôle caring Modèle de rôle non-caring Motiver Ouvert d'esprit Ouverte à transmettre leurs savoirs Ouverture Ouverture à chercher des stratégies d'apprentissages Ouverture face aux différentes ethnies Ouverture face à la critique Participation Partir de l'étudiant Patiente Préparation de l'IRFC Présence Questionner Rassurer Reconnaissance par les pairs Relation Relation de collaboration Relation égalitaire Relation égalitaire.vs.Intégration Relation pédagogique Relation.inf-étudiante Rencontres cliniques Souplesse Stratégie analytique Stratégie d'intégration Vérification au quotidien	
--	--

Processus d'analyse : La codification thématique

Étape 1

13 métacodes		
L'accueil	Accueil Accueil.attentes.craintes Accueil.ouverture Accueil.stress Climat Communique facilement avec le milieu Collaboration avec le milieu Exemple d'un milieu ouvert et accueillant	Gérer l'environnement Le milieu de stage vs l'apprentissage L'environnement L'importance d'être accepté par le milieu de stage L'organisation Présence Rassurer
La disponibilité	Caractéristique de la superviseure Disponible	Empathie
Flexible.souple	Flexibilité	Souplesse
La patience	Patience	
La relation	Capacité d'adaptation Communication Comprendre l'étudiante Croire en l'étudiant Être à l'écoute La personnalité Le rôle de la superviseure en rencontre clinique	Les habiletés en communication Relation Relation de collaboration Relation égalitaire Relation égalitaire vs intégration Relation inf. étudiante Relation pédagogique
Le caring	Attitude caring L'apprentissage du caring Le caring Le caring compartimenté	Intégration du caring Modèle de rôle caring Modèle de rôle non-caring
Le respect	Le respect	
L'évaluation.la rétroaction	Diplomatie Exemples de commentaires constructifs La rétroaction	L'évaluation Vérification au quotidien
L'intérêt, la formation et les connaissances	Accepter qu'on ne connaît pas tout Analytique Attitude Être passionnée	Ouverture Ouvert à chercher des stratégies Ouverture à transmettre leurs savoirs Ouvert d'esprits

	Expérience enrichissante Formation La façon d'être L'expérience et les connaissances L'encadrement en stage	Ouverture face à la critique Ouverture face aux différentes ethnies Préparation de l'IRFC Reconnaissance par les pairs Stratégie analytique
Les activités d'apprentissages	Apprentissage progressif Bien choisir les patients Caractéristiques qui favorisent l'intégration des apprentissages Favorise l'apprentissage	Intégration.difficulté Le partenariat Le concrèt. Transfert de la théorie à la pratique L'intégration des apprentissages Partir de l'étudiant
Les caractéristiques	Attitudes de la superviseure.apprentissage	Caractéristiques
Les différents rôles	Les différents rôles Modèle de rôle	Médiateur
Les stratégies	Accompagnement Aider l'étudiant à trouver des stratégies La réflexion motiver	Participation Questionner Rencontres cliniques Stratégies d'intégration

Processus d'analyse : La codification thématique

Étape 2

Six métacodes			
<u>La nature de la superviseure</u>	Formation Ouverture <ul style="list-style-type: none"> • Ouvert d'esprit • Ouverture à chercher des stratégies • Ouverture face aux différentes ethnies • Ouverture à transmettre leur savoir <ul style="list-style-type: none"> • Ouverture face à la critique • Ouverture 		
	Ouverture	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvert d'esprit • Ouverture à chercher des stratégies • Ouverture face aux différentes ethnies 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouverture à transmettre leur savoir • Ouverture face à la critique • Ouverture
	Accepter qu'on ne connaît pas tout Attitude Expérience enrichissante L'encadrement en stage Préparation de l'IRFC		
<u>Les attitudes et les comportements</u>	Stratégie analytique Être passionnée La façon d'être L'expérience et les connaissances Reconnaissance par les pairs		
	Disponible	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques de la superviseure • Empathie 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponible
	Respectueuse Patiente		
	Flexible	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Souplesse
	Caractéristiques	<ul style="list-style-type: none"> • Attitude de la superviseure.apprentissage 	<ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques.résumé
<u>La relation</u>	Le rôle de la superviseure en rencontre clinique La communication Croire en l'étudiante La personnalité La relation de collaboration La relation égalitaire vs l'intégration La relation		
	La capacité d'adaptation Comprendre l'étudiante Être à l'écoute Les habiletés de communication La relation égalitaire La relation pédagogique La relation infirmière-étudiante		
<u>Les différents rôles</u>	Activités d'apprentissages		
	<ul style="list-style-type: none"> • Apprentissage progressif • Caractéristiques qui favorisent l'intégration des apprentissages • Intégration.difficulté • Le partenariat • Partir de l'étudiant 		
	L'évaluation.La rétroaction		
	<ul style="list-style-type: none"> • Diplomatie • La rétroaction • Vérification au quotidien 		
	Les différents rôles		
	<ul style="list-style-type: none"> • Les différents rôles • Le modèle de rôle 		
	Les stratégies		
	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement • La réflexion • La participation • Rencontres cliniques 		
<u>L'accueil</u>	Accueil.attentes.craintes Accueil.ouverture		
	Rassurer Accueil		

	Climat Communique facilement avec le milieu Gérer l'environnement L'environnement L'organisation	Accueil.stress Collaboration avec le milieu Exemple d'un milieu ouvert.accueillant Le milieu de stage.vs.l'apprentissage L'importance d'être accepté par le milieu Présence
<u>Le caring</u>	Attitudes <i>caring</i> Apprentissage du <i>caring</i> Le <i>caring</i> Le modèle de rôle non- <i>caring</i>	L'intégration du <i>caring</i> Le <i>caring</i> compartimenté Le modèle de rôle <i>caring</i>

Processus d'analyse : La codification thématique

Étape 3

Six métacodes	
La nature de l'IRFC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intérêt et aptitude personnel 2. L'expérience et les connaissances 3. La formation pédagogique
Les attitudes et les comportements de l'IRFC	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponible 2. Respectueuse 3. Flexible 4. Patiente 5. Ouverte
Les différents rôles de l'IRFC	<ol style="list-style-type: none"> 1. L'évaluation et la rétroaction 2. Le modèle de rôle 3. Les activités d'apprentissages 4. Les stratégies 5. L'encadrement et l'organisation
La relation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relation (égalitaire, de collaboration) 2. Croire en l'étudiant 3. Être à l'écoute
L'accueil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le climat et l'environnement 2. La collaboration avec le milieu 3. La communication (attentes, craintes, organisation)
Le <i>caring</i>	Le <i>caring</i> fait partie de toutes les catégories, je ne pense pas qu'il est une catégorie en soi.

Processus d'analyse : La codification thématique
Étape 4

3 Métacodes			
1. La nature de l'IRFC	L'intérêt	Être passionnée	La passion pour la profession La passion pour la transmission des connaissances L'intérêt pour la supervision clinique
		Accepter de ne pas tout connaître	Questionnement réciproque L'apprentissage réciproque
		L'expertise	L'expérience et les connaissances La reconnaissance par les pairs
		La préparation à son Rôle d'IRFC	Clarifier les rôles Formation à l'encadrement
	Attitudes et comportements en relation pédagogique	Attitudes et comportements de L'IRFC	Être disponible Être patiente Être flexible Être respectueuse Être ouverte Être analytique Être automne
		Relation	Les habiletés de communication Le partenariat Croire en l'étudiante et être à l'écoute de celle-ci
3. Les différents rôles de l'IRFC	L'accueil	La préparation du stage	L'organisation de la première journée de stage La capacité d'accueillir
		Le climat et l'environnement en stage	
	Les stratégies	L'apprentissage progressif Le questionnement La réflexion et la discussion La recherche Les rencontres cliniques Le modèle de rôle La motivation	
		La définition de l'intégration des apprentissages	
		L'évaluation avec la rétroaction	L'évaluation formative La rétroaction

Processus d'analyse : La codification thématique
Étape 5

(Note : Ce tableau est aussi dans le chapitre 3)

Catégories			
1.Les qualités personnelles de l'IRFC	Intérêt	La passion pour la profession	
		La passion pour la transmission des connaissances	
		L'intérêt pour la supervision clinique	
2.Les habiletés relationnelles de l'IRFC	Attitudes et comportements	Être disponible	
		Être patiente	
		Être flexible	
		Être respectueuse	
		Être ouverte	
		Être analytique	
		Être autonome	
		Accepter de ne pas tout connaître	
	L'expérience et les connaissances clinique de l'IRFC		
3.Les habiletés, d'encadrement pédagogique de l'IRFC	Relation pédagogique avec les étudiantes	La capacité d'accueillir	
		Le partenariat	
	Relation de collaboration avec le milieu	Croire en l'étudiante et être à l'écoute	
		Le climat et l'environnement en stage	
		La reconnaissance par les pairs	
	La préparation à l'encadrement	Formation à l'encadrement	Clarifier les rôles
			Organisation du stage
			Planification de la première journée de stage
		Les stratégies pédagogiques	Questionnement réciproque
			L'apprentissage réciproque
			L'apprentissage progressif
			Le questionnement
			La réflexion et la discussion
			La recherche
			Les rencontres cliniques
			Le modèle de rôle
			La motivation
			L'évaluation avec rétroaction
			L'évaluation formative
			La rétroaction

Appendice H

Le certificat d'éthique

Appendice I

Le modèle de supervision clinique

