

ADAPTATION ET VALIDATION D'UN MODELE D'ÉVALUATION DES
BESOINS AUPRES DES DÉTENTEURS D'ENJEUX CONCERNES
PAR UN PROGRAMME UNIVERSITAIRE DE FORMATION
INITIALE EN SCIENCES INFIRMIERES

par

Monique Labrecque

Thèse présentée à l'École des études supérieures
et de la recherche de l'Université d'Ottawa
en vue de l'obtention du Ph.D. en Éducation

Ottawa, Canada, 1996

© Monique Labrecque, Ottawa, Canada, 1996



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services Branch

395 Wellington Street
Ottawa, Ontario
K1A 0N4

Bibliothèque nationale
du Canada

Direction des acquisitions et
des services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa (Ontario)
K1A 0N4

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted an irrevocable non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of his/her thesis by any means and in any form or format, making this thesis available to interested persons.

L'auteur a accordé une licence irrévocable et non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de sa thèse de quelque manière et sous quelque forme que ce soit pour mettre des exemplaires de cette thèse à la disposition des personnes intéressées.

The author retains ownership of the copyright in his/her thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without his/her permission.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège sa thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

ISBN 0-612-15635-4

Canada



UNIVERSITÉ D'OTTAWA
UNIVERSITY OF OTTAWA

REMERCIEMENTS

Cette thèse a été préparée sous la direction de Marc Richard, Ph.D., professeur à la Faculté d'Éducation de l'Université d'Ottawa. L'auteure lui est très reconnaissante pour son soutien et ses précieux conseils prodigués tout au long de cette démarche.

L'auteure remercie Renée Forgette-Giroux pour son soutien moral ainsi que ses soeurs: Yolande pour l'aide technique apportée lors de l'analyse des données et Lise pour la révision finale de la thèse. Un remerciement est également adressé à toutes les participantes pour leur précieuse collaboration lors de la collecte des données.

Toutefois, ce projet n'aurait pu être mené à terme sans la patience et les encouragements constants de son époux, Tom Kent.

SOMMAIRE

Les buts visés par cette recherche étaient en premier lieu, d'adapter et de valider un modèle d'évaluation des besoins et en second lieu, d'identifier les besoins des détenteurs d'enjeux concernés par un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières. La recension des écrits nous a permis de constater qu'aucun auteur n'avait tenté d'identifier des besoins à partir de la définition du concept de besoin de Guba et Lincoln (1982) basée sur la notion d'écart, du bénéfice significatif et de l'état insatisfaisant et d'en vérifier la validité en s'assurant que la présence des conditions définies au niveau de l'état cible soit significativement bénéfique au sujet et que leur absence le blesse, l'indispose ou lui impose une contrainte. De plus, la majorité des évaluations de besoins effectuées ne tenaient pas compte du contexte local et des valeurs véhiculées par les personnes concernées. L'adaptation du processus d'évaluation des besoins de Guba et Lincoln (1982) présenté dans cette recherche prend en considération les valeurs des personnes concernées par un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières, tout en tenant compte du contexte local dans lequel se déroulait l'évaluation des besoins. Le présent modèle comprend quatre étapes principales: 1) l'identification du ou des domaines cibles par les participantes; 2) l'identification des besoins potentiels par les participantes; 3) la vérification de l'authenticité des besoins potentiels par celles-ci et 4) la mise en priorité des besoins authentiques par ces dernières. La deuxième étape, c'est-à-dire l'identification des besoins potentiels, comprend quatre phases: 1) la définition du niveau "minimum" par les participantes en fonction des perspectives idiographique et nomothétique; 2) la détermination de la grandeur de l'écart entre l'état cible et l'état actuel que les participantes considèrent comme significative; 3) l'identification des états cibles en termes de performance et de moyens et 4) l'identification des écarts.

La triangulation utilisée pour valider le modèle d'évaluation des besoins comprend quatre méthodes de collecte des données: les entrevues de groupe (focus group), les questionnaires, l'approche herméneutique et l'estimation de l'amplitude lors de la priorisation des besoins. Les participantes provenaient de cinq groupes différents: les administratrices, les professeures, les représentantes des milieux hospitaliers et communautaires et les graduées du programme.

Lors de l'opérationnalisation du modèle, quatre domaines cibles ont été retenus par les participantes: le domaine cognitif, le domaine moteur, le domaine affectif et celui des moyens. Ces moyens représentent les solutions ou les interven-

tions qui devront être mises de l'avant pour permettre l'acquisition et la maîtrise des habiletés de performance nécessaires à la pratique professionnelle des graduées. Lors de la phase 1 de l'étape d'identification des besoins potentiels, les participantes ont défini le niveau "minimum" en fonction des perspectives idiographique et nomothétique, comme étant un niveau de performance essentiel que toute infirmière graduée d'un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières devrait acquérir pour être capable de travailler à titre d'infirmière professionnelle et de dispenser des soins de qualité. Cette définition commune a permis d'éviter toute source d'ambiguïté lors des étapes ultérieures. La détermination par les participantes d'une grandeur d'écart significative de 2 entre l'état cible et l'état actuel (phase 2) permettra, à la phase 4, de discerner les habiletés qui sont maîtrisées à un niveau élevé et très élevé de celles qui sont de moyennement à très faiblement maîtrisées. L'attribution de cette valeur par les répondantes a démontré l'importance de maintenir cette phase qui tient compte du contexte local et des valeurs des détenteurs d'enjeux, évitant ainsi que cet écart soit défini de façon arbitraire par l'évaluateur. Lors de l'identification des états cibles (phase 3), les participantes ont pu exprimer leurs points de vue sur les habiletés requises des graduées ainsi que sur les moyens qui devraient être mis en place pour en favoriser l'acquisition. L'identification des écarts (phase 4) entre l'état cible actuel et l'état cible désiré en fonction des deux perspectives a permis de distinguer les habiletés de performance qui sont actuellement maîtrisées par les graduées de celles qui devront l'être dans le futur, et d'identifier des moyens qui devront être mis en place pour favoriser la maîtrise de ces habiletés. L'étape de vérification de l'authenticité des besoins n'a pas permis de distinguer individuellement les besoins potentiels des besoins authentiques. Ce phénomène pourrait être attribuable, en partie, à la méthodologie utilisée ou aux répondantes.

Le deuxième but de cette recherche était l'identification des besoins par tous les détenteurs d'enjeux. La distinction entre les besoins de base et les besoins futurs a fait prendre conscience aux participantes que certaines habiletés cognitives, motrices et affectives sont actuellement peu ou pas maîtrisées par les graduées qui terminent le programme. La mise en priorité de l'ensemble des besoins futurs a fait ressortir des éléments communs au sein des différents groupes consultés. L'accent devra être mis dans le futur sur l'acquisition de connaissances et la maîtrise des habiletés en communication et en relation d'aide auprès des individus et des familles. La prévention, la promotion de la santé et l'enseignement auprès de cette clientèle et des communautés devraient être un souci constant chez les graduées. Ces dernières devront en outre développer des habiletés pour travailler en partenariat avec les familles, les membres de la communauté et les autres professionnels (les) de la santé. Elles devront

également montrer plus de leadership si elles veulent avoir un plus grand impact au sein du système de prestations des soins. L'analyse des priorités en fonction de chaque groupe respectif nous permet de constater que les répondantes n'ont pas assigné des rangs similaires pour les habiletés de performance. L'analyse des résultats a en outre confirmé qu'il est préférable, pour avoir une vue d'ensemble du programme, de fusionner les groupes lors de la priorisation des moyens afin d'éviter que chacun privilégie ceux qui sont reliés à leur rôle au sein du programme.

Les résultats obtenus ont permis de conserver la majorité des étapes du modèle. L'auteure considère cependant qu'il n'est pas nécessaire de demander aux participantes de définir le niveau "minimal" lorsqu'on traite des moyens car ceux-ci sont en fait des interventions qui devront être effectuées pour faciliter l'acquisition et la maîtrise des habiletés cognitives, motrices et affectives par les graduées dans le futur. L'inclusion des moyens lors de la phase d'identification des écarts ne s'avère pas nécessaire pour les mêmes raisons. La phase de la détermination d'une grandeur significative doit être conservée selon l'ordre présenté dans le modèle. L'attribution de cette valeur après la phase d'identification des écarts pourrait permettre l'inclusion de besoins futurs dans la catégorie des besoins de base, et de ce fait, éviter de nombreuses modifications au sein du programme ainsi que l'ajout de nouvelles ressources. L'impossibilité de discerner individuellement les besoins authentiques des besoins potentiels peut être attribuable, en partie, à la méthodologie utilisée ou aux répondantes. Une nouvelle validation du modèle auprès d'un nombre plus élevé de répondantes, tout en considérant les suggestions relatives à la méthodologie, est donc recommandée.

TABLE DES MATIERES

	Page
REMERCIEMENTS	i
SOMMAIRE	ii
TABLE DES MATIERES	v
INTRODUCTION	1
I. PROBLÉMATIQUE	4
II. CADRE CONCEPTUEL	13
I. Analyse du concept de besoin	13
1.A. Critiques de Scriven et Roth	13
1.B. Définition du concept de besoin de Scriven et Roth axée sur le bénéfice significatif et l'état insatisfaisant	15
1.C. Critiques adressées à la définition de Scriven et Roth	17
1.D. Reformulation de la définition du concept de besoin par Scriven et Roth	17
1.E. Synthèse de la notion d'écart, de l'état insatisfaisant et du bénéfice significatif	18
1.F. Définition du concept de besoin de Guba et Lincoln	19

II. Analyse des processus d'évaluation des besoins	21
II.A. Processus axé uniquement sur les écarts	22
II.B. Processus axé sur "les bénéfices significatifs" et "les états insatisfaisants"	24
II.C. Processus axé sur les deux composantes majeures: l'écart, le bénéfice significatif et l'état insatisfaisant	24
II.D. Études empiriques portant sur l'évaluation des besoins	27
III. Description du modèle d'évaluation des besoins des détenteurs d'enjeux	30
III.A. Présentation du modèle d'évaluation des besoins des détenteurs d'enjeux	33
IV. Questions de recherche	35
III. MÉTHODOLOGIE	37
I.A. Description de la population et de l'échantillon	37
I.B. Procédures de la collecte des données	41
I.C. Collecte des données	44
I.D. Analyse des données	51
IV. ANALYSE DES RÉSULTATS	54
I.A. Étape I. Identification du ou des domaines cibles par les détenteurs d'enjeux	54
I.B. Étape II. Identification des besoins potentiels par les détenteurs d'enjeux	55
I.C. Étape III. Identification des besoins authentiques par les détenteurs d'enjeux	134
I.D. Étape IV. Mise en priorité des besoins authentiques par les détenteurs d'enjeux	142

V.	INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	157
I.A.	Synthèse des résultats	157
I.B.	Contribution théorique	160
I.C.	Implications pratiques	184
1.	Pour les évaluateurs qui effectuent les évaluations des besoins	184
2.	Pour les groupes de détenteurs d'enjeux concernés par la formation universitaire des infirmières professionnelles	185
CONCLUSION		187
I.A.	Limites de l'étude	189
I.B.	Recommandations	189
RÉFÉRENCES		191
APPENDICES		200
A.	Lettre d'Yvonna Lincoln	201
B.	Formulaire de consentement	204
C.	Guide d'entrevue pour l'identification du ou des domaines cibles par les détenteurs d'enjeux	207
D.	Guide d'entrevue non-structurée pour la définition du niveau "minimum" et de la détermination de la grandeur de l'écart entre l'état cible et l'état actuel que les détenteurs d'enjeux considèrent comme significative	209
E.	Guide d'entrevue pour l'identification des états cibles	211
F.	Questionnaire d'identification de l'état actuel par les graduées	213
G.	Questionnaire d'identification de l'état actuel par les représentantes des institutions	232
H.	Guide d'entrevue pour l'identification des besoins authentiques par les détenteurs d'enjeux	262
I.	Questionnaire de priorisation des besoins authentiques	264
J.	Tableau 11. Moyennes, écarts-types et écarts obtenus (EC-EA) entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour l'ensemble des représentantes des institutions	286

	Tableau 12. Moyennes et écarts-types obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique	292
	Tableau 13. Moyennes, écarts-types et écarts obtenus (EC-EA) entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour les graduées	302
K.	Tableau 16. Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique	307
L.	Tableau 20. Priorisation des besoins authentiques (habiletés) pour chaque groupe de répondantes . .	328
M.	Tableau 21. Répartition des indices de priorité (MG) obtenus dans chacun des groupes de détenteurs d'enjeux pour les habiletés cognitives, motrices et affectives	334
N.	Tableau 22. Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour chaque groupe de répondantes	338
O.	Tableau 23. Répartition des indices de priorité (MG) obtenus dans chacun des groupes de détenteurs d'enjeux pour les moyens	350

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	ix Page
1. Définition du concept de besoin à partir de cinq états cibles	16
2. Répartition des répondantes dans chaque groupe, en fonction des cinq étapes du processus de collecte des données	40
3. Habiletés cognitives identifiées par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique	61
4. Habiletés motrices identifiées par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique	70
5. Habiletés affectives identifiées par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique	73
6. Moyens identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique	77
7. Habiletés cognitives identifiées par les graduées	89
8. Habiletés motrices identifiées par les graduées	94
9. Habiletés affectives identifiées par les graduées	97
10. Moyens identifiés par les graduées	100
14. Besoins de base identifiés par l'ensemble des représentantes des institutions en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et de l'environnement	111
15. Besoins futurs identifiés par l'ensemble des représentantes des institutions en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et de l'environnement	117

Tableau

Page

17.	Besoins de base et besoins futurs identifiés par les graduées en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et de l'environnement	126
18.	Priorisation des besoins authentiques (habiletés) pour l'ensemble des répondantes	144
19.	Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour l'ensemble des répondantes	148

LISTE DES FIGURES

Figure	xi
	Page
1. Six types d'états cibles	20
2. Modèle d'évaluation des besoins par les détenteurs d'enjeux	34
3. Exemple du processus de détermination de l'écart significatif entre l'état cible et l'état actuel	47

INTRODUCTION

Les changements technologiques dans le domaine de la santé et les exigences de plus en plus élevées de la part des bénéficiaires des services de santé ont obligé les universités à repenser la formation qu'elles dispensent au sein des programmes de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières. Bien que plusieurs auteurs (Alkin et Fitzgibbon, 1975; Stufflebeam, 1985; Wanamaker, 1986) dans le domaine de l'évaluation considèrent l'évaluation des besoins comme la première étape d'une évaluation de programme, plusieurs changements ont été effectués au sein des programmes en sciences infirmières au cours des vingt dernières années, sans qu'il n'y ait eu d'évaluation systématique des besoins des principaux détenteurs d'enjeux i.e. toutes les personnes concernées ou visées par ces programmes, soient les administratrices, les professeures, les représentantes des milieux hospitaliers et communautaires et les graduées. On constate que les évaluations des besoins qui ont été effectuées se sont concentrées uniquement sur les besoins des infirmières en formation continue et aux besoins des apprenants adultes d'autres programmes de formation en sciences infirmières. De plus, le concept de besoin à la base du processus d'évaluation des besoins n'a pas, à notre connaissance, été clairement défini par les évaluateurs.

Nous retrouvons dans la littérature en éducation, une multitude de trousseaux et d'instruments pour évaluer les besoins; malheureusement, la majorité d'entre eux ne mettent pas l'accent sur le contexte local et sur les valeurs véhiculées dans les buts et les objectifs de programmes. Leurs sources de données proviennent plutôt de documents pédagogiques, de guides curriculaires ou de toute les autres documents faisant référence aux connaissances, aux habiletés et attitudes requises de l'étudiant. En outre, les besoins identifiés proviennent d'une liste pré-établie de buts et d'objectifs, limitant ainsi l'identification de nouveaux besoins qui pourraient surgir si l'on tenait compte de ce qui se passe dans la réalité et des valeurs pluralistes qui y sont véhiculées. Il est donc difficile de concevoir qu'un organisme puisse utiliser des instruments standardisés qui devraient refléter le contexte local.

Dans le domaine de l'évaluation des besoins en général, la plupart des approches que l'on retrouve dans la littérature sont fondées sur le modèle d'écart de Kaufman. Dans son modèle, Kaufman (1972) définit le concept de besoin comme un fossé entre "ce qui est" et "ce qui devrait être" en termes de résultats. En consultant la littérature, on constate qu'un bon nombre d'auteurs ont fait une utilisation erronée du modèle axé sur l'écart en considérant le besoin comme un

déficit ou un manque. Dans leur tentative de clarifier cette notion, certains auteurs ont accentué l'ambiguïté qui régnait dans le domaine de l'évaluation des besoins en définissant la situation désirée comme une préférence, un désir, une attente, un niveau minimal suffisant, sans toutefois l'exprimer de façon opérationnelle. La recension des écrits indique entre autres que les évaluations des besoins ont été effectuées sans que le concept de besoin ne soit défini et démontre que l'on ne s'est pas attardé à la signification et à la portée de ce concept.

A la lumière des critiques du concept de besoin de Scriven et Roth (1978), Guba et Lincoln (1982) ont reproché aux processus d'évaluation des besoins actuels d'être basés sur le postulat que les besoins sont objectivement authentiques et qu'ils ne peuvent être identifiés que par des méthodologies scientifiques appropriées et dépourvues de tout jugement de valeur. Les résultats d'une évaluation des besoins sont alors perçus comme des faits exempts de toute subjectivité, alors qu'en réalité ils devraient également être considérés comme l'expression des valeurs des détenteurs d'enjeux impliqués dans le processus. Ces auteurs sont donc amenés à préciser que les "needs assessments in any particular setting can have no meaning unless they are tied to local values" (1982, p.312). Aussi, les valeurs des individus ou des groupes impliqués dans le processus peuvent être différentes et conflictuelles. C'est pourquoi Guba et Lincoln ont conçu les grandes lignes d'un processus d'évaluation des besoins centré sur les valeurs et le contexte sans toutefois tenter de le rendre opérationnel. Nous avons effectué des modifications suite à la présence de certaines faiblesses au sein de ce processus. L'idéal étant quasi impossible à identifier (Guba et Lincoln, 1982), seul l'état cible "minimum" a été conservé dans la phase d'identification du ou des états cibles en fonction des perspectives idiographique et nomothétique. La détermination de la grandeur de l'écart entre l'état cible et l'état actuel que les participantes considèrent comme significative a été conservée à la phase 2 bien que Guba et Lincoln (1982) soulignent que ce ne soit pas essentiel. Il est important de conserver cet ordre de priorité pour ne pas créer un biais. Il serait en effet facile, pour les participantes, de déterminer un écart significatif qui leur permettrait de sélectionner des besoins de base qui auraient pu autrement être inclus au niveau des besoins futurs ou vice versa. Nous avons rajouté un élément lors de la phase d'identification des écarts entre l'état cible et l'état actuel: la distinction entre les besoins de base et les besoins futurs. Une étape de mise en priorité des besoins a également été incluse dans le processus d'évaluation des besoins.

A la lumière des grandes lignes du processus de Guba et Lincoln et des changements qui ont été apportés, l'investigatrice a élaboré un modèle qui est en fait une représentation analytique des différentes étapes du processus

d'évaluation des besoins et des relations entre celles-ci. Le but visé par cette recherche est double: le premier est de valider le modèle d'évaluation des besoins tel que modifié et le second est d'identifier les besoins des détenteurs d'enjeux concernés par un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières. Le modèle présenté tient compte des valeurs des détenteurs d'enjeux et du contexte local. Dans le cadre de cette étude, les valeurs représentent des règles, des standards qui régissent ou orientent les actions ou les comportements des administratrices, des professeures, des représentantes des milieux hospitaliers et communautaires et des graduées. Le contexte reflète le milieu géographique, économique et socio-politique dans lequel se déroule l'évaluation des besoins.

Cette thèse comprend cinq chapitres: le premier expose la problématique; le deuxième présente le cadre conceptuel et les questions de recherche; le troisième décrit la méthodologie; le quatrième expose l'analyse des résultats et le cinquième présente l'interprétation des résultats, les limites de l'étude ainsi que les recommandations de recherche.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Au cours des vingt dernières années, l'investigatrice a oeuvré au sein des programmes universitaires de formation en sciences infirmières. Son expérience dans l'enseignement et l'administration de ces programmes a guidé le choix de la population qui fait l'objet de la présente recherche. Puisqu'au début de cette étude, il n'existait que deux universités francophones au Québec qui dispensaient cette formation, la région de Montréal a été retenue à cause de sa proximité.

La problématique comprend deux parties. La première fait ressortir les différentes lacunes présentes au sein des programmes universitaires actuels de formation initiale en sciences infirmières. La deuxième permet de constater que les évaluations de programme de formation initiale en sciences infirmières ont omis de faire une évaluation des besoins, bien que celle-ci soit considérée comme une partie importante de toute évaluation de programme (Alkin et Fitzgibbon, 1975; Scriven et Roth, 1978; Stufflebeam, 1985). De plus, les évaluations de besoins effectuées ne s'appliquent pas aux programmes universitaires de formation initiale en sciences infirmières. On constate en outre, que la majorité des évaluateurs n'ont pas défini le concept de besoin lors de l'évaluation des besoins et n'ont pas tenu compte du contexte local et des valeurs des personnes visées ou concernées par les programmes de formation.

I. Description des programmes actuels en sciences infirmières

Dans les divers organismes de santé, l'on observe une augmentation des maladies chroniques et une diminution du nombre de lits disponibles pour les gens souffrant de problèmes de santé. Ces maladies, de plus en plus aiguës et complexes, nécessitent de ce fait, des soins qui exigent plus de compétences de la part de l'infirmière. Cette dernière est aussi confrontée à une technologie de plus en plus sophistiquée. L'apparition de ces facteurs a forcé l'infirmière à remettre en question les services de santé qu'elle offre à la population. L'accent n'est plus uniquement centré sur le curatif, mais sur une philosophie de soins qui préconise la promotion de la santé, la prévention, la réadaptation ainsi que la participation et l'autodétermination de l'individu dans les décisions concernant ses soins de santé. L'individu doit être perçu comme un être holistique en interaction avec son environnement, que ce soit au niveau de sa famille, des

groupes ou de la communauté dont il est membre à part entière.

La formation telle qu'elle est dispensée actuellement aux infirmières leur permet-elle de donner des soins aux bénéficiaires selon cette nouvelle philosophie? Les programmes actuels de formation en sciences infirmières reflètent à travers leurs objectifs la divergence qui existe au sein de ces programmes. Au niveau collégial, les objectifs poursuivis au sein du nouveau programme "Soins infirmiers, 180.01" visent à préparer une généraliste qui pourra dispenser des soins requis par des personnes dans des situations courantes. Ce programme vise également la croissance personnelle et professionnelle de l'étudiante ainsi que la formation de personnes capables d'exercer la profession d'infirmière à l'intérieur d'une équipe multidisciplinaire. Il est, par contre, souligné que cette généraliste "peut exercer sa profession de façon autonome auprès d'individus dans des milieux où l'organisation des soins infirmiers favorise la consultation de collègues infirmières dont la formation a été complétée à l'université" (Direction générale de l'enseignement collégial, 1987, p.10). Cet énoncé présuppose que l'infirmière formée au collégial ne pourra travailler de façon autonome que dans les centres de santé où il y aura des infirmières bachelères en exercice. Cet énoncé est peu réaliste, car le pourcentage des infirmières québécoises qui détiennent un baccalauréat ne représente qu'environ 16% de la population des infirmières (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1994).

Contrairement à la formation collégiale, la formation initiale en sciences infirmières dispensée au niveau universitaire a pour but de former des infirmières cliniciennes généralistes capables de s'adapter à des clientèles diverses et à une société en constante évolution. Elle vise à en faire une professionnelle autonome, polyvalente, apte à travailler comme membre à part entière d'une équipe multidisciplinaire. L'infirmière reçoit une formation scientifique générale en plus d'une formation en sciences infirmières. Les principaux thèmes qui sont inclus dans le curriculum sont les suivants: "les perspectives en santé; la santé communautaire; l'analyse des besoins de santé de divers groupes cibles; le développement du jugement clinique (diagnostic infirmier); les interventions dans les milieux naturels et institutionnels; les enseignements aux bénéficiaires; la recherche; l'organisation des soins infirmiers; les dimensions sociales et éthiques de la pratique infirmière" (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, janvier 1989, p.99) Ce programme de formation prépare la graduée à dispenser des soins dans des situations cliniques variées en fonction des caractéristiques des clientèles et des milieux où elles vivent; il favorise également chez ces graduées l'apprentissage de connaissances fondamentales et d'une méthodologie qui les aident à suivre l'évolution de leur discipline (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1989).

I.A. Critiques formulées dans les enquêtes

L'analyse des différents rapports rédigés par des organismes de santé et des organismes professionnels nous permet de constater que la formation initiale reçue à l'hôpital ou dans un collège (C.E.G.E.P.) au Québec ne prépare pas les infirmières à assumer ce nouveau rôle que la société attend d'une infirmière professionnelle (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1989; Association des hôpitaux du Québec, 1988; Directrices des soins infirmiers, 1987; Directrices des programmes universitaires et l'Association des collèges universitaires de nursing-région du Québec, 1986; Sobeco, 1984; Dulong, 1980; Secor, 1979). Les diverses lacunes identifiées chez les diplômées de ces programmes sont: faiblesses des connaissances scientifiques à la base de la pratique; difficulté à identifier les besoins de la clientèle et à utiliser la méthode de résolution de problème; difficulté à organiser leur travail, à établir un ordre de priorité; insuffisance de connaissances au plan déontologique; manque de connaissance sur les ressources communautaires; difficulté à se situer comme membre à part entière de l'équipe multidisciplinaire; difficulté à intégrer les connaissances; difficulté à répondre aux besoins psychosociaux et aux besoins d'information des bénéficiaires.

Qu'en est-il de la formation initiale dispensée au niveau universitaire? D'après les directrices des soins infirmiers du Québec (1987, p. 10), les contenus des programmes de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières devraient être "enrichis, continuellement réévalués, développés, perfectionnés et expérimentés". L'Association des hôpitaux du Québec (1988) préconise que la formation initiale universitaire soit maintenue, mais qu'un internat obligatoire de 6 mois soit ajouté au programme de formation. Cet internat permettrait à l'étudiante infirmière "d'avoir la possibilité d'intégrer adéquatement ses connaissances et de développer les habiletés professionnelles requises pour l'exercice de ses fonctions en milieu hospitalier (Association des hôpitaux du Québec, 1988, p.31). Les directrices des soins infirmiers du Québec (1987) en sont arrivées à la même conclusion.

Lors d'une enquête effectuée par le Groupe Sobeco (1984) auprès des établissements de santé du Québec, il ressort que les répondants expriment des désirs de révision du curriculum de formation pour l'adapter à leurs besoins. La préparation des graduées, quelque soit leur niveau de formation (collégial ou universitaire) est jugée par ces dernières, dans des proportions de 40% à 50%, comme inadéquate même après qu'elles aient reçu une formation à l'embauche. Les éléments de faiblesse au niveau de la pratique et de la théorie que l'on reproche aux diplômées ne sont nullement précisés. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1989, p. 149) dans son document intitulé Projet 2000: Le baccalauréat

pour l'admission à la profession d'infirmière ou d'infirmier en vue de la santé pour tous, reconnaît la nécessité d'évaluer les programmes actuels de formation initiale afin que ceux-ci puissent tenir compte des aspects suivants: les besoins de santé de la population, les nouvelles orientations gouvernementales, le mouvement mondial de la santé pour tous en l'an 2000 pour les soins de santé primaire, le rôle professionnel de l'infirmière dans un contexte de santé et non de maladie. Selon l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (1989, p.33), "l'emphase dans la majorité des programmes de formation initiale en sciences infirmières a porté (et porte encore) principalement sur les connaissances et les habiletés nécessaires pour soigner les individus lors de maladies ou d'états de crise".

Dans une lettre récente provenant d'un Groupement régional des directeurs de soins infirmiers des régions 06 du Québec, il est souligné que "la formation de base des infirmières au niveau du baccalauréat est plutôt générale et ne leur offre pas la possibilité d'approfondir leurs connaissances dans un champ d'action particulier" (15 mars 1990, p. 1). Plusieurs infirmières selon ces directrices, perçoivent que les programmes offerts ne les aident pas toujours à mieux accomplir leur rôle clinique. Il est important de noter que la formation collégiale ou universitaire n'assure pas à elle seule un niveau élevé de compétence professionnelle; les milieux communautaires et cliniques ont aussi un rôle important à jouer. Le contexte organisationnel des services de santé et les modes de dispensation des soins infirmiers influencent la capacité de l'infirmière bachelière d'actualiser sa compétence professionnelle dans un contexte multidisciplinaire (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1989). Johnson (1988), lors d'une évaluation de 139 études portant sur la formation des infirmières à l'aide d'une méta-analyse, a constaté le même phénomène.

I.B. Conclusion

Les programmes tels qu'ils existent présentement ne semblent pas répondre aux besoins des graduées, des organismes de santé et de la corporation qui régit la pratique professionnelle des infirmières. Comme le montre la recension des écrits présentée ci-dessous, l'analyse approfondie de la littérature portant sur l'évaluation des besoins a permis de constater l'absence de toute étude systématique effectuée auprès des infirmières inscrites à un programme de baccalauréat de formation initiale.

II. État de la recherche en sciences infirmières

Les évaluations de besoins en sciences infirmières ont surtout porté sur la

formation continue des infirmières (Curran, 1977; Chatam, 1979; Smith, Ross et Smith, 1980; Beach, 1982; Richardson et Sherwood, 1983; Calder, 1986) et sur les besoins des apprenants adultes inscrits dans un programme de baccalauréat de formation initiale et dans un programme de maîtrise en sciences infirmières (Cookfair, 1983; Schneeberger, 1984; Hill, 1989). En effet, Curran (1977) et Beach (1982) ont effectué une évaluation des besoins de formation des infirmières oeuvrant en santé communautaire et en milieu hospitalier. Ces infirmières devaient identifier, à partir d'une liste pré-établie de besoins potentiels, les besoins qu'elles croyaient importants de satisfaire. On constate que dans ces deux études, non seulement les auteures n'ont donné aucune définition du concept de besoin qu'elles désiraient étudié, mais qu'en plus, elles n'offraient pas la possibilité aux infirmières d'identifier les besoins qui refléteraient leur système de valeurs et le contexte dans lequel elles travaillaient. Chatam (1979) a effectué, à l'aide d'un questionnaire, une évaluation des besoins d'apprentissage des infirmières oeuvrant au sein de six hôpitaux répartis sur 16 comtés de la Caroline du Nord. Cette auteure s'est intéressée aux besoins d'apprentissage des infirmières tels qu'ils étaient perçus par 29 directrices des soins infirmiers et par les infirmières de six hôpitaux. En premier lieu, les directrices identifiaient et priorisaient les besoins d'apprentissage; par la suite, les infirmières devaient prioriser les besoins qui avaient été retenus par les directrices. On constate que les infirmières n'avaient pas l'occasion d'identifier leurs propres besoins, et qu'en plus, le contexte local n'avait pas été pris en considération puisque les directrices pour la majorité ne provenaient pas des mêmes hôpitaux que les infirmières qui avaient participé à l'étude.

En 1980, Smith, Ross et Smith ont développé et expérimenté ce qu'ils appellent un modèle d'évaluation des besoins, le SNAP. Ce modèle comprend quatre éléments; 1) un questionnaire regroupant des items qui traitent de sujets reliés à la pratique infirmière (ex. aspect légal, soins d'urgence); 2) un programme de saisie et d'analyse des données à l'ordinateur; 3) un guide pour la rédaction du rapport; et 4) un manuel d'interprétation. Les auteures soulignent que le contenu du questionnaire a été élaboré par divers groupes d'infirmières, sans toutefois expliciter la façon dont elles ont procédé. Mille cinq cents infirmières réparties dans toutes les régions de la Caroline du Sud ont répondu au questionnaire. Bien que les auteures considèrent ce processus d'évaluation des besoins comme étant un modèle, il devrait toutefois être considéré comme une simple technique. Les lacunes inhérentes à cette étude sont les mêmes que celles identifiées dans l'étude de Chatam. Richardson et Sherwood (1983) ont étudié les besoins de formation continue des infirmières oeuvrant au sein des hôpitaux et d'autres institutions de santé de la province d'Alberta. Ces auteures ont défini le concept de besoin en termes de désir et n'ont impliqué aucun représentant des milieux dans le processus. Cette étude n'est basée sur aucun cadre théorique

d'évaluation des besoins. La méthode de collecte des données privilégiée est celle du questionnaire-enquête qui ne tient aucunement compte du contexte local ni des valeurs véhiculées par les différents participants. Dans une étude effectuée en Saskatchewan par Calder (1986), les infirmières et les directrices des soins infirmiers oeuvrant en périnatalité dans un hôpital de 50 lits ou moins ont identifié les besoins de formation continue. L'auteure souligne qu'elle était intéressée par les besoins tels que perçus par les répondants et qu'aucune tentative n'a été faite pour en vérifier l'authenticité. Le questionnaire a été élaboré à partir de thèmes existants dans la littérature et de consultations auprès d'experts et d'infirmières pratiquantes; le contexte et les valeurs n'ont pas été pris en considération.

Cookfair (1983) s'est intéressée aux besoins des graduées potentielles en sciences infirmières, aux besoins de la société et aux besoins en termes de ressources pour élaborer un curriculum de maîtrise en sciences infirmières. Le processus qui a servi de cadre de référence pour son étude est l'University of Minnesota's Curriculum Design. Le questionnaire qui a été utilisé pour évaluer les besoins des graduées ressemble plus à une étude sur la logistique d'un programme qu'à une évaluation des besoins. Ce questionnaire a été envoyé à 2840 infirmières travaillant dans 15 centres différents, tant au Canada qu'aux États-unis; on peut donc assumer que le contexte n'a pas été considéré dans cette évaluation des besoins. Schneeberger (1984) a tenté dans son étude d'identifier les besoins d'apprentissage de comportements ("behavioral learning needs") des infirmières licenciées qui étaient inscrites dans un programme de baccalauréat de formation initiale et d'évaluer si ce programme répond aux besoins de ces graduées. Le processus utilisé pour évaluer les besoins, le Malcolm Knowles adults learning principles n'est pas fondé sur une définition précise du concept de besoin. De plus, cette étude comporte certaines faiblesses méthodologiques: biais dans la sélection des répondants (choisis par les administrateurs du programme), type de validité non spécifié. L'auteur recommande que son instrument R.N. Learning Needs Inventory soit raffiné afin qu'il puisse différencier plus clairement les différents besoins d'apprentissage de comportements. Les items de ce questionnaire proviennent d'un autre instrument, limitant ainsi la formulation de nouveaux besoins qui refléteraient les valeurs des répondants et le contexte de l'étude.

Hill (1989) a effectué une évaluation des besoins auprès de 47 infirmières occupant un poste administratif ainsi que celles qui travaillaient au chevet des bénéficiaires dans 17 hôpitaux répartis sur trois états américains. Un questionnaire a été envoyé aux répondants qui devaient se prononcer sur des énoncés d'événements futurs ayant trait aux soins de santé, à la pratique et à l'éducation dans les sciences infirmières en l'an 2000. Dans la deuxième partie du

questionnaire, ces derniers devaient identifier leur degré d'accord ou de désaccord sur une liste de besoins qui étaient considérés comme critiques pour la survie de la pratique infirmière, ainsi que sur la possibilité de les inclure dans un programme de maîtrise en sciences de la santé. A l'instar des autres auteures citées précédemment, le concept de besoin n'a pas été défini. L'auteure ne s'est inspirée d'aucun cadre théorique d'évaluation des besoins et il n'y a eu aucune validation des besoins identifiés, ce qui laisse sous-entendre que ces derniers se situent plus au niveau des désirs que des besoins potentiels. De plus, le contexte et les valeurs des répondants n'ont pas été pris en considération puisqu'ils devaient se prononcer sur une liste de besoins identifiés par l'auteure.

Un certain nombre d'auteures ont évalué de façon systématique les programmes en sciences infirmières sans toutefois y inclure une évaluation des besoins (Jackson, 1980; Redding, 1982; Lang, 1984; Okunewick, 1985; Porter, 1987; Freese, 1989). L'évaluation de programme effectuée par Jackson (1980) a permis de remettre en question l'utilisation du modèle de Waltz pour évaluer un programme de maîtrise en sciences infirmières. Cette auteure a également omis de consulter les représentants des milieux cliniques lors du processus. Redding (1982) a tenté de déterminer à l'aide d'une évaluation formative dans quelle mesure la séquence du module des soins infirmiers basée sur la compétence a été appliquée tel que prévu. Les trois premières étapes du modèle de Provus (1971) ont été utilisées par l'auteure. Elle n'a cependant effectué aucune étude de validité des instruments utilisés; de plus, seul les étudiantes de la dernière année du baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières et les professeurs ont été consultés pour participer à l'évaluation du programme.

Dans son étude, Lang (1984) a élaboré et opérationnalisé un modèle éclectique d'évaluation de programme en sciences infirmières en s'inspirant des concepts et des caractéristiques de six cadres d'évaluation de programme: le modèle de Stufflebeam (1971), le modèle répondant de Stake (1967), le modèle de Tyler (1949), le cadre d'accréditation de la National League of Nursing (1983), les concepts d'élaboration d'une théorie de Derdarian (1979) et les critères de prédiction de la performance en sciences infirmières développés par la Fondation de recherche de l'université d'état de l'Ohio (Schwirian, 1976). Cette étude présente une lacune sérieuse: seulement 11% des questions couvraient la section "évaluation du curriculum" alors que 89% des questions étaient consacrées aux données démographiques des répondants. Une étude de validité aurait permis de déceler cette lacune. Parmi les quatre autres questionnaires utilisés dans l'étude, seul ceux de la National League of Nursing (1983) et de la Fondation de recherche de l'université d'état de l'Ohio (Schwirian, 1976) ont été validés. L'abandon de certaines données lors de l'analyse, sans aucune justification de

la part de l'auteure, permet de remettre sérieusement en question la validité des résultats. Les représentants des milieux cliniques n'ont également pas été consultés lors du processus.

En 1985, Okunewick a vérifié si les programmes de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières de trois universités ont répondu aux besoins des graduées à temps partiel au cours des dix dernières années. On constate que l'auteure a consulté les administrateurs, les professeurs ainsi que le personnel de soutien qui dispense des services aux étudiantes, mais qu'aucune graduée n'a été consultée pour vérifier si ces programmes répondaient à leurs besoins. Dans son étude, Porter (1987) a effectué l'évaluation du programme "système d'échelon clinique" centré sur les compétences des infirmières qui exercent leur profession à l'intérieur d'un hôpital universitaire américain. L'auteure s'est inspirée de l'approche naturaliste de Guba et Lincoln (1982) sans toutefois y inclure une évaluation des besoins. Freese (1989) a modifié le modèle d'évaluation de programme de Tyler (1949) et celui de Stake (1967) afin d'y incorporer un ensemble de compétences requises de la part de l'infirmière professionnelle. Les données ont été recueillies auprès des professeurs et des étudiantes inscrites au programme de baccalauréat de formation initiale du College Lander de la Caroline du Sud; aucun autre groupe concerné par le programme (ex. les représentants des milieux cliniques) n'a été impliqué dans le processus. Les critères d'évaluation du programme provenaient d'un test élaboré par l'université. Ce dernier incorporait un ensemble de compétences requises de l'infirmière professionnelle qui étaient incluses dans un plan de développement de l'éducation en sciences infirmières de la Caroline du Sud. L'auteure ne fournit aucune indication quant à la validité de ce test. L'objectif de l'étude était de vérifier si les compétences requises de l'infirmière professionnelle (élaborées par l'auteure) se reflétaient dans les objectifs du programme évalué.

Sarnecky (1990, p.8) souligne que les approches évaluatives utilisées antérieurement dans la discipline des sciences infirmières "are no longer sufficient to shape programs to prepare professional nurses for service to the societies of tomorrow". Cette position est renforcée par Swenson (1991) qui considère que l'utilisation d'un modèle d'évaluation de programme centré sur l'approche naturaliste de Guba et Lincoln pourrait être dans le futur le paradigme dominant l'évaluation en sciences infirmières.

III. Synthèse des critiques des études empiriques

Les évaluations de programme effectuées en sciences infirmières auraient eu avantage à tenir compte de la recommandation des théoriciens (Alkin et

Fitzgibbon, 1975; Scriven et Roth, 1978; Kaufman et English, 1979; Stufflebeam, 1985) en utilisant un modèle qui permet d'envisager l'évaluation des besoins. L'analyse de ces recherches empiriques permet de constater l'absence de toute définition opérationnelle du concept de besoin lors du processus d'évaluation des besoins en sciences infirmières ainsi que l'absence de toute vérification d'authenticité des besoins identifiés. Bien que Scriven et Roth (1978) insistent sur la nécessité de préciser le type de besoins (de base et supplémentaires) auquel on s'adresse lors d'une évaluation des besoins, il semble que cet aspect n'a pas été pris en considération par les auteurs puisqu'aucun d'entre eux n'a défini le type de besoins qui a fait l'objet de leur étude respective. Il n'est pas surprenant que la grande majorité de ces auteurs ne se soient pas préoccupés du contexte local et des valeurs des auditoires concernés. Dès lors, les besoins identifiés semblent davantage l'expression de désirs que de besoins authentiques qui refléteraient le contexte local et les préoccupations des groupes concernés: graduées, professeurs, administrateurs et représentants de la communauté. A la lumière de ces critiques, il nous est apparu important d'analyser et de définir le concept de besoin.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

Ce chapitre comprend quatre parties: la première présente l'analyse du concept de besoin; la deuxième expose l'analyse des processus d'évaluation des besoins; la troisième décrit le modèle d'évaluation des besoins et le quatrième présente les questions de recherche.

I. Analyse du concept de besoin

La définition du concept de besoin par Kaufman a été critiquée par Scriven, Roth, Guba et Lincoln. La notion d'écart est au centre de la définition des besoins et au coeur des critiques de ces auteurs. D'une part, Scriven et Roth attirent l'attention sur les distinctions entre besoin et idéal, besoin de base et besoin supplémentaire, besoin relatif à la performance (fin) et besoin relatif au traitement (moyens). D'autre part, Roth constate que le concept de besoin ne peut être réduit à la simple notion d'idéal et propose cinq façons de définir le concept de besoin: idéal, norme, état minimal satisfaisant, état attendu et état désiré. De plus, elle souligne la complémentarité de la notion d'écart et des notions de bénéfice significatif et d'état insatisfaisant lors de la définition du concept de besoin. Guba et Lincoln soulignent l'importance de cette complémentarité en l'intégrant dans leur définition du concept de besoin.

I.A. Critiques de Scriven et Roth

Scriven et Roth (1978) ont constaté une première faiblesse dans la définition du concept de besoin en termes d'écart de Kaufman: elle ne distingue pas la notion de besoin de la notion d'idéal. Kaufman (1972) définit en effet le besoin comme un écart entre une situation actuelle et une situation idéale ou tout ce qu'il faut pour combler cet écart. L'idéal étant un concept difficile à identifier et à définir avec assurance, il est presque impensable d'après Scriven et Roth (1978) d'obtenir un consensus sur la façon dont il pourrait être défini. Il est donc préférable d'en éliminer l'utilisation dans le contexte d'une évaluation de besoins puisqu'il est possible d'identifier un besoin sans qu'on ait à connaître ce qu'est l'idéal. (On peut être certain qu'une étudiante a besoin d'acquérir de nouvelles habiletés cliniques tout en ayant très peu d'idée sur ce que représente

le niveau idéal).

Scriven et Roth (1978, 1990) soulignent une deuxième faiblesse dans la définition d'écart de Kaufman qui a trait à l'identification de tous les besoins comme étant des besoins non satisfaits. Kaufman (1972) considère en effet qu'un besoin est inexistant s'il n'y a pas d'écart entre une situation désirée et une situation actuelle. A cet égard, Scriven et Roth (1978, 1990) reprochent à Kaufman de ne pas distinguer les besoins de base ou de maintien ("maintenance needs") des besoins supplémentaires ("incremental needs"). Dans le contexte d'une évaluation des besoins, Scriven et Roth (1990) définissent les besoins de base comme des besoins déjà satisfaits dans un programme éducationnel existant et qui doivent être maintenus, car ils sont nécessaires pour l'apprentissage de l'étudiant comme l'eau et l'oxygène sont nécessaires pour la survie de l'individu. Les besoins supplémentaires sont des nouveaux besoins qui devront être satisfaits dans le futur. Ces derniers impliquent un changement quelconque au sein d'un programme ou des ressources alors que les besoins de base (i.e. ne requièrent pas de changement) doivent être maintenus dans le nouveau programme. Cette distinction implique que les individus ont besoin de choses qu'ils possèdent déjà autant que de choses qui leur manquent. Dans la pratique, on constate cependant que la satisfaction d'un besoin supplémentaire implique que l'on s'abstienne de satisfaire un autre besoin (Scriven et Roth, 1990, p.137). Lors de l'étape de la mise en priorité des besoins, les besoins de base pourraient ne pas être pris en considération, ce qui obligerait les planificateurs dans une étape ultérieure, par exemple, lors de la répartition des ressources et de la mise en place des moyens, de tenir compte de ces besoins de base pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes engagées dans le programme. En 1991, Scriven suggère de tenir compte de tous les besoins (de base et supplémentaires) lors de l'évaluation des besoins et d'établir une mise en priorité des besoins en utilisant des méthodes de répartition ou d'assignation.

Une troisième critique formulée par Scriven et Roth (1978) porte sur la distinction entre "besoin au niveau de la performance" et "besoin au niveau du traitement". En général la majorité des auteurs ne portent pas attention à cette distinction: ils utilisent ces deux expressions sans discrimination. Pourtant cette distinction est fondamentale pour Scriven (1991) puisqu'elle permet de mettre en lumière deux types de besoin différents. En effet, le niveau de performance permet d'identifier les zones ou éléments problématiques dans une institution, chez un individu, un groupe d'individus ou dans la société, alors que le niveau de traitement est centré sur la meilleure façon de satisfaire les besoins. Ainsi, il y a un besoin lorsque l'on note une différence entre le niveau de performance actuel et le niveau de performance désiré, et il y a un besoin au niveau du traitement lorsqu'il y a une différence entre le traitement

actuel et le traitement cible (Scriven et Roth, 1978). En d'autres mots, lorsque l'on s'intéresse à l'évaluation de la performance, on met l'accent sur les finalités d'un programme plutôt que sur les moyens pour les atteindre qui font l'objet de l'évaluation des traitements. Afin d'éviter toute confusion lors d'une évaluation des besoins, Scriven (1991) ainsi que Kaufman et Stakenas (1981) recommandent d'utiliser la définition du concept de besoin par rapport à la performance plutôt que la définition du concept de besoin par rapport au traitement.

De son côté Roth (1978) a tenté de clarifier la notion d'état cible qui ne peut être réduit à la simple notion d'idéal: elle distingue alors cinq façons de définir le concept de besoin à partir de différents états cibles présents dans la littérature (1978, p. 15) (voir tableau 1). La définition du concept de besoin qui sera utilisée lors de l'évaluation des besoins dépendra de la façon dont l'état cible sera défini ainsi que du contexte dans lequel celle-ci évoluera. Selon Roth (1978), l'identification de ces cinq types de besoin permet de dégager différentes significations du concept de besoin, de clarifier les désaccords existants dans la littérature et faciliter par sa spécificité, le processus de planification d'une activité ou d'un programme.

I.B. Définition du concept de besoin de Scriven et de Roth axée sur le bénéfice significatif et l'état insatisfaisant

Malgré les efforts de clarification de la définition classique du concept de besoin en termes d'écart de Roth (1978), Scriven et Roth (1977) considèrent que la définition en termes d'écart est incomplète; ils proposent une nouvelle définition axée sur le bénéfice significatif et l'état insatisfaisant qui diffère grandement de la définition classique de Kaufman (1977, p.25): Z a besoin de X = Z bénéficierait (ou bénéficie) significativement de X, et Z est maintenant (ou serait sans X) dans une condition insatisfaisante. L'entité étant indiquée par le symbole Z et l'élément dont elle a besoin étant représenté par le symbole X, celui-ci, c'est-à-dire X, doit donc être bénéfique et nécessaire à Z et non un superflu. Dans cette définition, on sait qui a besoin de quoi de façon pratique et concrète. On constate l'existence d'une relation de dépendance entre l'entité et l'élément X dont elle a besoin. Les deux énoncés suivants décrivent bien cette relation de dépendance: X produit un effet bénéfique sur Z et l'absence de X laisse Z dans un état insatisfaisant. Cette définition du concept de besoin de Scriven et Roth comporte un net avantage; le fait que Z bénéficie significativement de quelque chose permet d'éliminer toute comparaison du concept de besoin à la notion de préférence ou de désir. Par exemple, une étudiante peut avoir besoin d'un cours de statistiques pour progresser dans son programme d'études sans nécessairement désirer un tel cours. De plus, le fait d'être dans

Tableau 1

Définitions du concept de besoin à partir de cinq états cibles.

État cible - État actuel	Besoin
Idéal - actuel	Écart par rapport au but (État actuel est en deçà de l'état idéal)
Norme - actuel	Écart social (la moyenne nationale n'a pas été atteinte)
Minimal - actuel	Écart essentiel (les besoins de base n'ont pas été satisfaits)
État désiré - actuel	Désir (on n'obtient pas ce que l'on désire)
État attendu - actuel	Écart attendu (les résultats attendus unilatéralement n'ont pas été atteints)

une condition insatisfaisante lorsqu'on a besoin de quelque chose permet d'éviter qu'une personne invoque un besoin simplement parce qu'elle peut en retirer un bénéfice qui n'est pas absolument nécessaire (Scriven et Roth, 1990, p.136). Par exemple, je peux profiter de certains bénéfices rattachés à la possession d'une auto sans nécessairement être dans un état d'insatisfaction.

Bien que Kaufman ne mentionne pas la notion de "bénéfice significatif" dans sa définition, il élimine toutefois la possibilité de confondre la notion de besoin avec la notion de désir.

I.C. Critiques adressées à la définition de Scriven et Roth

Roth (1978) a constaté une certaine faiblesse dans cette définition: elle ne permet pas d'identifier ce que Z a besoin, soit l'élément X. Elle a aussi apporté certaines précisions: l'expression "bénéficie de façon significative" ne sous-entend pas nécessairement que l'entité (Z) sera dans une condition satisfaisante même si elle est en présence de l'élément X. Un ensemble de plusieurs autres éléments (X1, X2 Xn) pourrait être nécessaire pour que Z soit dans une condition satisfaisante. L'absence d'un de ces éléments peut être le facteur déclencheur pour que Z soit dans un état d'insatisfaction. De plus, bien que l'on puisse utiliser cette définition pour énoncer une série de besoins, la satisfaction de ceux-ci ne garantit pas que Z serait alors dans une condition satisfaisante (Roth, 1978). La définition de Scriven comporte une limite qui n'a toutefois pas été signalée par Roth: l'expression "bénéficie de façon significative" demeure vague sur le plan opérationnel. En outre, cette définition présente un autre inconvénient: elle ne permet pas d'identifier ce dont Z a besoin, soit l'élément X (Roth, 1978).

I.D. Reformulation de la définition du concept de besoin par Scriven et Roth

En 1978, Scriven et Roth ont reformulé leur définition du concept de besoin (Scriven et Roth, 1978, p.3):

"A a besoin de X" signifie que A est ou serait dans un état insatisfaisant sans X par rapport à un aspect particulier et bénéficie ou bénéficierait d'une façon significative de X sous cet aspect; ce qui signifie que A tend à atteindre en partie ou totalement un état satisfaisant sans toutefois le dépasser." (Traduction libre)

Cette deuxième définition continue d'être axée sur le bénéfice significatif et l'état insatisfaisant (qui ne doit pas être dépassé). On note deux éléments nouveaux dans cette définition: en ajoutant que l'état satisfaisant ne doit pas être dépassé, Scriven et Roth (1978, 1990) soulignent l'importance de ne pas confondre la notion de besoin avec la notion de désir; de plus, cette nouvelle définition semble inclure (du moins de façon implicite) la notion d'écart: "le besoin est en quelque sorte un fossé ou un écart entre un état actuel et un état satisfaisant" (Scriven et Roth, 1978, p.3). "L'état insatisfaisant" n'a toutefois pas été défini de façon opérationnelle. Lors d'une entrevue avec Roth (1978, p.117), Scriven mentionne que le niveau minimum satisfaisant est défini en fonction d'une société particulière et de d'autres facteurs externes; la délimitation de ce niveau dépend donc du contexte local et des valeurs véhiculées par les différents groupes qui sont impliqués dans le processus d'évaluation des besoins.

I.E. Synthèse de la notion d'écart, de l'état insatisfaisant et du bénéfice significatif

L'analyse des définitions du concept de besoin axé sur l'écart, l'état insatisfaisant et le bénéfice significatif a permis à Roth (1978) et à Guba et Lincoln (1981, 1982) de constater que celles-ci sont complémentaires et nécessaires pour définir le concept de besoin. En 1978, Roth suggère que ces deux définitions soient synthétisées afin de capter leurs avantages mutuels. La définition classique permet d'identifier le ou les écarts (éléments X dont l'entité Z peut avoir besoin) alors que la définition de Scriven permet de décrire concrètement ce dont Z a besoin en évitant de confondre le besoin avec le désir et en montrant l'existence d'une relation de dépendance entre l'entité Z et les éléments X. Si l'écart identifié représente un bénéfice significatif pour le sujet (et non un simple luxe) et que l'absence de celui-ci le place dans un état d'insatisfaction, on peut dire que l'écart représente effectivement un besoin pour ce dernier.

La formulation d'une nouvelle définition qui permettrait d'identifier l'écart entre un état cible et un état actuel en plus de vérifier si cet écart représente réellement un besoin authentique et non une simple perception ou désir comme le soulignait Bode en 1938 (cité dans Guba et Lincoln, 1982) pourrait possiblement réduire, sinon éliminer en grande partie, toute source d'ambiguïté relative à la formulation du concept de besoin. En démontrant la complémentarité de la définition axée sur l'écart et celle axée sur l'état insatisfaisant, Roth ouvre la voie à une troisième définition du concept de besoin qui intègre ces deux dimensions.

I.F. Définition du concept de besoin de Guba et Lincoln

En 1982, Guba et Lincoln ont souligné l'importance de cette complémentarité en l'intégrant dans le concept de besoin qu'ils ont défini comme suit:

"Un préalable ou un desideratum engendré par l'écart entre un état cible et un état actuel si, et seulement si, on démontre que la présence de conditions définies au niveau de l'état cible est significativement bénéfique au sujet (un individu, une famille, un groupe social) et que leur absence le blesse, l'indispose ou lui impose une contrainte" (traduit par Nadeau, 1988, p. 179)

Cette définition laisse supposer qu'il est impossible d'identifier un besoin sans qu'il y ait référence à la notion d'écart, de bénéfice significatif et de l'état insatisfaisant. Guba et Lincoln (1982) ont cependant noté une certaine incohérence dans la définition des cinq états cibles formulés par Roth, sans toutefois exprimer explicitement en quoi elle consiste. Ils ont identifié six états cibles au lieu de cinq. Ces six états cibles sont le résultat du croisement de deux dimensions présentées dans la figure 1. La première dimension regroupe trois niveaux: un idéal, une norme, et un minimum. La définition de ces trois niveaux est similaire à celle utilisée par Roth (1978) pour définir ses trois états cibles correspondants. Un idéal représente un but ultime qui selon Guba et Lincoln (1982) est, à toute fin pratique, impossible à atteindre. Une norme est en fait une performance moyenne ou typique. Un minimum représente un niveau de performance nécessaire ou essentiel pour survivre. L'incohérence soulignée par Guba et Lincoln semble être liée à l'utilisation de l'état désiré et de l'état attendu comme états cibles plutôt qu'à l'utilisation des caractéristiques inhérentes aux institutions et aux individus qui composent la société. Une institution (éducative) de par son rôle a des responsabilités et des attentes envers les étudiants et les membres de la communauté; elle a aussi le droit de légitimer ces attentes ou d'énoncer des buts pour ces derniers (ex. les parents, l'école, les futurs employeurs). Guba et Lincoln ont donc remplacé l'état cible "état attendu" par une perspective institutionnelle (nomothétique). Ils soulignent cependant l'importance dans cette perspective d'être certain que les besoins identifiés soient significativement bénéfiques pour les sujets, sinon ils ne représenteraient plus des besoins en soi (1982, p.314). L'état cible "état désiré" est associé aux caractéristiques personnelles de l'individu (perspective idiographique) qui par son unicité manifeste des besoins qui sont parfois contradictoires avec ses dispositions personnelles (Getzels et Guba, 1957). Ces besoins identifiés selon cette perspective personnelle sont plus catégorisés comme des besoins ressentis et des désirs (Guba et Lincoln, 1982). Une grande

PERSPECTIVE	NIVEAU		
	Idéal	Norme	Minimum
Personnelle (Idiographique)	EC1*	EC3	EC5
Institutionnelle (Nomothétique)	EC2	EC4	EC6

*EC = État cible

Figure 1. Six types d'états cibles

proportion de ces besoins pourrait ne pas mettre le sujet dans un état d'insatisfaction s'ils étaient présents. Le croisement de la première dimension (niveau) avec la deuxième dimension (perspective) permet d'identifier les six états cibles de Guba et Lincoln. La sélection d'un ou des états cibles dépendra fortement du système de valeurs des auditoires concernés par l'évaluation des besoins (si on assume que celui qui est responsable de la mise en oeuvre du processus ne s'approprie pas cette décision). Le choix d'un minimum n'a pas la même connotation s'il est pris dans une perspective individuelle plutôt qu'une perspective institutionnelle. Il peut aussi arriver qu'un auditoire privilégie l'idéal comme état cible alors qu'un autre arrête son choix sur un état cible minimal. Le choix d'un ou des états cibles est donc dépendant de deux facteurs: l'auditoire (dans une perspective individuelle ou institutionnelle) ainsi que le ou les niveaux sélectionnés par ce dernier. De plus, le fait de dissocier la perspective individuelle de la perspective institutionnelle permet de discerner les besoins des simples désirs.

Pour en arriver à discerner les besoins authentiques des simples désirs ou préférences, il est nécessaire dans tout processus d'évaluation des besoins, de tenir compte de tous les auditoires concernés parce qu'ils peuvent véhiculer des valeurs différentes. Un tel processus ne peut être considéré comme valable qu'à la condition que la spécification des valeurs sous-jacentes soit intégrée dans celui-ci (Guba et Lincoln, 1982, p.17). A cet égard Guba et Lincoln (1982) ont introduit les valeurs dans au moins six endroits dans leur processus d'évaluation des besoins: 1) lors de l'identification du domaine de l'état cible; 2) lors de la désignation de l'état cible particulier qui sera utilisé pour déterminer l'écart entre l'état cible (T) et l'état actuel (A); 3) lors de l'opérationnalisation de T et A; 4) lors de la désignation de la différence entre T et A qui sera considérée comme significative; 5) lors de la détermination de ce qui constitue un bénéfice; et 6) lors de la détermination de ce qui constitue un état insatisfaisant. Ces auteurs sont cependant conscients que toutes les décisions prises au cours de l'évaluation des besoins doivent aussi tenir compte du contexte.

II. ANALYSE DES PROCESSUS D'ÉVALUATION DES BESOINS

Cette section regroupe trois types de processus d'évaluation des besoins: le premier est axé sur les écarts; le deuxième, sur le bénéfice significatif ou l'état insatisfaisant et le troisième, sur les écarts, le bénéfice significatif et l'état insatisfaisant.

II.A. Processus axés uniquement sur les écarts

Kaufman (1988, p.15) a défini l'évaluation de besoins comme un processus permettant d'identifier, d'estimer l'ampleur, de documenter et de justifier les besoins, de les placer en ordre de priorité et choisir ceux qui doivent être modifiés ou éliminés. Ce processus permet de sélectionner d'importants problèmes à partir des besoins identifiés au lieu de tenter de les résoudre sans être certain de leur existence au départ. Il existe plusieurs façons de procéder pour identifier les besoins; Kaufman et English (1979) suggèrent d'utiliser une approche qui favorise la sélection d'intervenants autres que ceux qui auront à opérer les changements, par conséquent, ceux qui sont à l'extérieur de l'institution éducationnelle. Ces divers partenaires devront déterminer si ce qui est enseigné dans l'institution est valide et utile pour la société, c'est-à-dire, est-ce que cela répond aux besoins actuels et futurs. Dans ce contexte, les buts et les objectifs n'étant pas pré-déterminés, il est alors possible d'en formuler de nouveaux qui pourront répondre aux besoins changeants de la société. Une évaluation des besoins externes s'intéresse plus aux produits ou fins de l'éducation qu'aux moyens et méthodes pour atteindre les buts et objectifs visés. L'identification des besoins est effectuée à partir des écarts entre les comportements actuels des étudiants (performance) et les buts et objectifs fixés au départ par l'institution. Les changements recommandés devront être effectués au sein de l'institution éliminant ainsi la possibilité de formuler de nouveaux buts ou objectifs.

Kaufman (1988) a identifié neuf étapes de base dans l'évaluation des besoins:

- 1) Décider de planifier en utilisant les données d'une évaluation des besoins: élaborer avec les principaux partenaires impliqués (les apprenants, les éducateurs et la communauté) un plan qui spécifie les fonctions qui devront être effectuées pour obtenir les résultats actuels et les résultats désirés. Les partenaires ne doivent pas tenir compte des listes pré-établies de buts et d'objectifs élaborées par les institutions scolaires s'ils veulent prendre en considération le contexte et les valeurs véhiculées par ceux ou celles qui expriment les besoins.
- 2) Sélectionner le niveau d'évaluation des besoins et de planification: Intermédiaire, polyvalent (compréhensif) ou holistique (ou stratégique). Le niveau intermédiaire fait référence aux ressources éducationnelles (intrants), aux procédures et méthodes utilisées dans les activités (processus) ainsi qu'aux résultats immédiats accomplis (produits). Le niveau polyvalent (compréhensif) inclut le milieu intermédiaire en plus des réalisations des apprenants au niveau de l'ensemble du curriculum ou du programme éducationnel (extrants en termes de performance). Le niveau holistique regroupe le niveau polyvalent (compréhensif) et l'utilité de la contribution des apprenants et de l'organisation dans la société (effets).
- 3) Identifier les

incluant: les apprenants, les éducateurs, les représentants de la communauté (ex. employeur). A cette étape, les énoncés qui serviront de base pour la collecte des données devront être élaborés selon les mêmes spécifications que celles requises pour un objectif mesurable. 4) Obtenir l'engagement de ces partenaires. 5) Obtenir l'accord des partenaires sur le niveau d'évaluation des besoins et de planification sélectionné. 6) Recueillir les données subjectives et objectives relatives aux besoins (interne et externe): les données subjectives font référence aux besoins perçus, aux valeurs des personnes qui sont consultées lors de cette étape, alors que les données objectives sont les observations contrôlées des performances des individus et de l'organisation et des conséquences de celles-ci sur la société. Les résultats actuels et désirés sont recueillis. 7) Identifier et documenter les besoins: utiliser une matrice de besoins (ce qui est et ce qui devrait être) en fonction des partenaires pour produire une liste des besoins et obtenir l'accord de ceux-ci avant de passer à la seconde étape. 8) Mise en priorité des besoins à l'aide d'un consensus entre les différents partenaires: en termes de ce qu'il en coûte pour ignorer ou éliminer le besoin. 9) Établir une liste des besoins en termes de problèmes qui ont été retenus pour être solutionnés en accord avec les différents partenaires concernés.

Pour Kaufman (1979, 1988), il n'y a pas de bonne façon de procéder à une évaluation des besoins, car chaque situation est différente l'une de l'autre. Il est rare qu'un ensemble de règles ou de procédures uniques puisse s'appliquer exactement à tous les contextes. Il devient donc nécessaire d'avoir recours à une procédure fonctionnelle d'évaluation des besoins qui tienne compte du contexte particulier où celle-ci sera effectuée.

Un grand nombre d'auteurs se sont inspirés de la définition du concept de besoin en termes d'écart pour élaborer leur processus d'évaluation des besoins. L'état désiré est défini en termes de "ce qui devrait être" (Lee, 1973; Coffing, 1977), de déficience (Harless, 1975) et en termes de standard acceptable (Yuskiewicz, 1980; Witkin, 1984). Dans plusieurs autres processus tels que le Battelle Survey of Educational Needs (Hamilton, 1972), l'Institutional Goals Inventory (Peterson et Uhl, 1972) et le Westinghouse Learning Corporation (1973), les buts sont considérés comme des états désirés. Le CSE/Elementary School Evaluation Kit (Hoepfner et al, 1972), le Phi Delta Kappa (1972) et le Alamada County Needs Assessment Model (Witkin, 1975) définissent l'état désiré à partir d'une liste pré-déterminée de buts auxquels on assigne un ordre d'importance. L'utilisation d'une liste pré-établie ou de questionnaires standardisés dans ces processus rend impossible l'identification de nouveaux besoins tout en ne tenant pas compte du contexte local et des valeurs des auditoires concernés par l'évaluation des besoins.

Contrairement à Kaufman, le processus d'évaluation des besoins de Stufflebeam (1985) est plus orienté vers les besoins des planificateurs et des administrateurs que vers ceux qui en bénéficieraient plus directement (ex. les étudiants). Comme le souligne Worthen et Sanders (1973) et Guba (1987), bien que Stufflebeam (1985) insiste sur le fait que l'on doive tout au long du processus tenir compte des valeurs des principaux groupes consultés, il ne semble pas accorder d'importance à ces dernières lors de l'opérationnalisation. Par ailleurs, le processus d'évaluation des besoins de Witkin (1984) est basé sur la notion d'écart; cette dernière considère cependant que pour être complet, tout processus doit contenir une analyse des causes de l'écart. Dans son processus d'évaluation des besoins, le Cyclical Needs assessment for Management Information System, on constate une lacune qui peut inciter les évaluateurs à ne pas l'utiliser ou du moins à lui faire subir certaines modifications lors de son utilisation. Les besoins ne sont identifiés que par les professeurs et les administrateurs; les étudiants et les représentants de la communauté ne sont nullement impliqués dans le processus. Lorsqu'elle recommande de ne pas demander directement aux individus d'exprimer leurs besoins ou ceux des autres, Witkin (1984) ne leur reconnaît pas ce droit fondamental car il est probable que ces besoins ne seraient que le reflet de leurs préférences, de leurs désirs, de leurs manques et de leurs buts.

II.B. Processus axé sur "les bénéfices significatifs" ou "les états insatisfaisants"

L'étude approfondie de la littérature en évaluation des besoins a permis de constater qu'aucun auteur ne s'est attardé à l'opérationnalisation du concept de besoin de Scriven et Roth axé sur les bénéfices significatifs ou les états insatisfaisants.

II.C. Processus axé sur les 2 composantes majeures: l'écart, le bénéfice significatif et l'état insatisfaisant

Guba et Lincoln (1982) ont élaboré les grandes lignes d'un processus d'évaluation des besoins qui incorpore la notion d'écart et les notions de bénéfice significatif et d'état insatisfaisant. Les huit étapes suivantes qui le composent sont suggérées comme pistes de recherche par ces auteurs:

Première étape: L'identification du domaine.

Les auditoires sont informés de la possibilité d'identifier plusieurs domaines

cibles. L'identification et la priorisation de ces domaines cibles (service de santé, de counselling, connaissances techniques) par les auditoires seront effectuées à partir des critères suivants: tenir compte de ce que l'institution est capable de faire et considérer la disponibilité des ressources humaines et matérielles. L'évaluateur est confronté aux valeurs véhiculées par les différents auditoires cibles.

Deuxième étape: L'identification de ou des états cibles particuliers.

L'évaluateur informe les auditoires de l'existence de plusieurs états cibles, des possibilités d'en choisir un ou plusieurs et des conséquences que chacun peut entraîner. Ces auditoires dépendamment de leurs valeurs ou de leurs intérêts sélectionnent un ou des niveaux appropriés (idéal, norme, minimum). Les perspectives individuelles et institutionnelles doivent être conservées afin de différencier les besoins des désirs.

Guba et Lincoln (1982, p. 314) considèrent que le choix des niveaux est plus important pour l'évaluateur que les perspectives, car l'institution peut être avantagée ou désavantagée politiquement par ce choix; l'école qui a sélectionné un minimum comme état cible et qui l'a dépassé sera mieux perçu par les administrateurs des conseils scolaires que celle qui a choisi la norme et qui n'a pu l'atteindre (les besoins identifiés ne sont pas satisfaits).

Troisième étape: L'opérationnalisation des états cibles.

L'évaluateur doit discuter avec les auditoires concernés des instruments ou méthodes qui seront utilisés pour recueillir les données afin qu'ils reflètent leurs valeurs. Cette étape détermine la nature des besoins qui seront identifiés. Si l'écart désiré est défini en fonction d'une norme, les auditoires doivent spécifier les normes en termes de performance à atteindre.

Quatrième étape: La détermination de la grandeur de la différence entre l'état cible et l'état actuel qui sera considérée comme significative.

La différence qui sera considérée comme significative si l'état cible est une norme peut être purement technique comme, par exemple, l'erreur standard de mesure. Cette décision doit cependant recevoir l'assentiment de tous les auditoires concernés. Comme le souligne Guba et Lincoln (1982), elle peut être

déterminée entièrement par les auditoires, surtout si l'état cible est défini dans une perspective individuelle. Il est important que les auditoires soient conscients de l'impact de leur décision. Assigner une trop petite différence entre l'état cible et l'état actuel peut nécessiter des efforts et des ressources qui auraient très peu de signification dans la pratique par rapport au gain obtenu (1982, p.317).

Cinquième étape: La détermination des bénéfices significatifs et des états insatisfaisants possibles.

La détermination des bénéfices est liée à l'identification des états cibles par les auditoires concernés; ceux-ci, d'après Guba et Lincoln (1982), sélectionnent l'état cible en fonction des bénéfices que leur apportera (pour eux et pour d'autres) l'atteinte de celui-ci. Ces bénéfices pourraient dans certains cas ne pas être significatifs: les auteurs recommandent de procéder à une investigation de type empirique afin de vérifier s'ils sont effectivement significatifs pour les individus concernés. Lorsque tous les auditoires auront été consultés, l'évaluateur peut les rencontrer à nouveau pour discuter de la validité de l'ensemble des informations recueillies. Toutefois, la détermination d'un état insatisfaisant n'est pas liée implicitement à la phase de la sélection des états cibles; elle nécessite une investigation plus approfondie de la part de l'évaluateur. De plus, ce dernier doit vérifier si l'état d'insatisfaction dans lequel les auditoires pourraient se retrouver leur occasionne effectivement une contrainte, une indisposition ou une blessure.

Sixième étape: Effectuer les investigations empiriques.

Différentes méthodologies peuvent être utilisées pour recueillir les données relatives à l'état cible et à l'état actuel; elles peuvent être de type qualitatif et/ou quantitatif. Le choix de l'état cible priorisé orientera l'évaluateur dans le choix des méthodes privilégiées: par exemple, si "la norme" est retenue, un questionnaire sera élaboré à partir de cette norme alors que si "l'idéal" est sélectionné, cela peut nécessiter des méthodes de collecte de données de type qualitatif et quantitatif.

Septième étape: L'identification des besoins potentiels ("Need candidates").

Les écarts obtenus entre l'état cible et l'état actuel sont comparés avec la grandeur de l'écart considérée comme significative afin d'identifier la présence

d'un besoin.

Huitième étape: La vérification des besoins identifiés.

Les besoins identifiés lors de l'étape précédente doivent être confrontés avec les bénéfices significatifs et les états insatisfaisants identifiés à l'étape 5 afin d'en vérifier l'authenticité. Lorsqu'un besoin n'apporte aucun bénéfice significatif pour le sujet, Scriven et Roth (1977), Guba et Lincoln (1982) considèrent que le besoin identifié est plus l'expression d'un désir qu'un besoin; lorsque l'absence d'un besoin ne place pas le sujet dans un état d'insatisfaction, Scriven, Guba et Lincoln considèrent que ce besoin représente plus un luxe qu'une chose nécessaire pour le sujet.

Ce processus théorique de Guba et Lincoln présente un net avantage sur celui de Kaufman: en plus d'identifier les besoins (en termes d'écart) i.e. les éléments que l'individu peut avoir besoin, il permet de vérifier si les besoins identifiés sont effectivement des besoins potentiels et non de simples désirs. De plus, chaque auditoire est consulté directement tout au long du processus; les besoins identifiés sont donc le reflet du système de valeurs des répondants et non le résultat d'instrumentations qui ont été élaborées à priori. Lors de l'opérationnalisation du processus, l'évaluateur doit donc toujours tenir compte du contexte local où se déroule la recherche. Les auteurs insistent également sur l'importance de consulter tous les auditoires concernés par l'évaluation des besoins.

II.D. Études empiriques portant sur l'évaluation des besoins

L'analyse des études portant sur l'évaluation des besoins a permis de constater que plusieurs auteurs ont utilisé ou se sont inspirés du modèle d'écart de Kaufman pour effectuer une évaluation des besoins. Lapointe (1981) a effectué une évaluation des besoins de formation et de perfectionnement des maîtres et du personnel dans le domaine de la technologie éducative d'une université québécoise en se basant sur la définition d'écart entre une situation idéale et une situation actuelle. Bien que la triangulation ait été utilisée pour élaborer la liste des besoins potentiels, l'auteur n'a pas tenu compte des valeurs de tous les auditoires concernés lors de cette étape puisque seul les gradués et les professeurs ont été consultés. De plus, le contexte local n'a pas été considéré puisque des professeurs-chercheurs et des professionnels en technologie éducative oeuvrant dans l'ensemble de la province ont été consultés lors de l'évaluation des besoins. Huot (1982) dans son étude sur l'identification des besoins de formation en techniques de réadaptation a adapté le modèle d'évaluation des

besoins de Marshkowitz (1973) lequel permet de déterminer différents ordres de besoins à partir des moyennes des situations désirables et actuelles. Les besoins ont été élaborés selon une approche déductive à partir du profil professionnel des techniciens en réadaptation développé par le G.I.P.E.X. dans la description des fonctions-types de ces derniers. Long (1983) a procédé à une évaluation des besoins de perfectionnement des enseignants du primaire et du secondaire travaillant au Nouveau Brunswick. L'approche systémique modifiée de Kaufman basée sur les éléments d'une stratégie de changement planifié ainsi que la définition du besoin en termes d'écart ont servi de cadre de référence à cette étude. Les besoins ont été identifiés à l'aide d'un questionnaire dont les énoncés ont été puisés dans une liste pré-déterminée de compétences requises de la part des professeurs. Ce questionnaire a été élaboré aux États-Unis. L'auteur n'a donc pas tenu compte du contexte et des valeurs véhiculées par les enseignants du Nouveau Brunswick. De plus, aucune étude n'a été effectuée pour vérifier la validité du questionnaire. Contrairement à ce que Kaufman préconise, un seul auditoire, les enseignants, a été consulté pour l'identification des compétences et/ou habiletés requises pour l'exercice de leur profession.

Lors de l'évaluation d'un programme universitaire en relations industrielles, Hurteau (1984) a procédé à une évaluation des besoins en s'inspirant du modèle d'écart de Kaufman. Bien qu'elle ait utilisé le modèle conjoncturel de Stake (1973) pour évaluer le programme, elle mentionne que la définition du concept de besoin de Guba et Lincoln a servi de base pour l'étape de l'évaluation des besoins. On constate cependant qu'elle n'a utilisé que la première partie de la définition, soit celle de l'écart en délaissant complètement la deuxième partie qui fait référence aux bénéfices significatifs et à l'état insatisfaisant. Certaines faiblesses méthodologiques sont présentes dans son étude: biais dans la sélection des répondants, car ils ont été choisis par les responsables du programme; les besoins de l'inventaire initial n'ont été identifiés que par les gradués (qui s'échelonnent sur une période de 13 ans) lors d'entrevues individuelles alors que l'inventaire final a été complété par les responsables à l'aide des objectifs contenus dans les plans de cours. Un questionnaire a ensuite été envoyé à un petit nombre de chargés de cours et de gradués (n=32) afin d'évaluer l'importance accordée et celle qui devrait être accordée par le certificat à chacun des énoncés de l'inventaire des besoins. Pour l'auteure, l'utilisation d'un questionnaire constitue une forme de vérification des besoins énumérés lors de entrevues. Cette étape ne représente pas une vérification de l'authenticité des besoins identifiés tel que préconisé par Guba et Lincoln, car les répondants ne se prononcent que sur l'importance accordée à des énoncés de besoin au sein du programme. On peut constater que l'auteure était plus centrée sur les besoins d'information des responsables du programme que sur ceux de la clientèle visée par ce dernier. De plus, tous les auditoires n'ont pas été

impliqués à chaque étape du processus comme le recommande Stake, Guba et Lincoln ainsi que Kaufman.

Dans l'étude de Grenier (1988), cinq méthodes de mise en priorité des besoins ont été comparées afin de vérifier si l'utilisation de différentes méthodes (unidimensionnelles et multidimensionnelles) de mise en priorité des besoins conduit à des listes similaires de besoins. Les habiletés requises d'une infirmière québécoise oeuvrant en santé et sécurité au travail représentaient les énoncés de besoin retenus pour l'analyse. L'auteur a utilisé trois définitions du concept de besoin: 1) un écart absolu entre un statut désiré et un statut actuel; 2) un statut désiré pour des énoncés d'habileté; et 3) un énoncé dont la valeur est telle qu'il importe de s'en préoccuper (p. 17). Les résultats ont montré l'existence d'un niveau de concordance modérément élevé et significatif entre les listes de besoins identifiés, ce qui est assez surprenant puisque le concept de besoin était différent dépendamment de la méthode utilisée. Certaines faiblesses méthodologiques nous permettent de remettre en question la validité de ces résultats: bien que l'auteur mentionne qu'il a utilisé trois différentes définitions du concept de besoin pour procéder à l'évaluation des besoins, il a élaboré deux questionnaires en se basant sur un instrument déjà existant qu'il a traduit et dont seule la validité de contenu a été établie. Il semble que les trois définitions du concept de besoin aient été choisies en fonction des méthodes privilégiées et non l'inverse. De plus, l'auteur n'a effectué aucune étude de validité sur l'ensemble des méthodes utilisées. Il n'a également pas tenu compte du contexte et des valeurs des principaux auditoires puisqu'il a effectué l'étude au niveau provincial et que seul quelques experts se sont prononcés sur une liste de besoins pré-déterminée.

Hamdane (1990) a effectué le même genre d'étude que Grenier (1988); les résultats obtenus (à l'aide de questionnaires) vont à l'encontre de ceux de Grenier: les trois méthodes d'évaluation des besoins expérimentées ne convergent pas vers les mêmes besoins. Les études de validité (concourante et discriminante) effectuées sur les trois méthodes ont montré que celles-ci possédaient de faibles coefficients de validité. Le fait que l'auteur ait utilisé une liste de besoins potentiels à partir d'instruments déjà existants ne permet pas aux répondants (enseignants) d'identifier de nouveaux besoins qui refléteraient leurs valeurs et qui tiendraient compte du contexte où se déroule l'étude. Comment Hamdane pouvait-il espérer obtenir une convergence au niveau des besoins si, au départ, ceux-ci étaient définis différemment (en termes de désir, en termes d'écart et en termes de nécessité et de but à atteindre) et qu'en plus les répondants n'étaient pas les mêmes pour la méthode basée sur l'écart (les collègues des enseignants) que ceux des deux autres méthodes (les enseignants).

En 1993, Vaillancourt a procédé à l'évaluation des besoins éducationnels en ergonomie des étudiants en physiothérapie en se basant sur la définition de besoin en termes d'écart entre la situation idéale et l'état actuel. L'auteur souligne qu'il n'a pu se prononcer sur la situation actuelle puisqu'il n'existe présentement au Québec aucun programme qui dispense cette formation. Comment peut-il, dans ce cas, mentionner qu'il a identifié des besoins éducationnels en se basant sur la notion d'écart? En 1988, Smith a identifié les besoins d'apprentissage en anglais des immigrants adultes à l'échelle nationale, régionale et à l'intérieur des salles de cours. Bien qu'il ait utilisé la définition du concept de besoin basé sur l'écart, il n'a pas essayé de vérifier l'authenticité des besoins (ressentis) identifiés par les immigrants ni celle des besoins qu'il a catégorisés comme "potentiels" et qui étaient identifiés par d'autres personnes que les immigrants. Dans l'ensemble ces auteurs n'ont effectué aucune vérification de l'authenticité des besoins qu'ils ont identifiés au cours de leur étude.

A notre connaissance, aucun auteur n'a tenté d'opérationnaliser l'approche de Guba et Lincoln dans le contexte d'une évaluation des besoins. Lors d'une rencontre avec Yvonna Lincoln en avril 1992, cette dernière a confirmé l'absence de toute opérationnalisation de leur approche. Ces deux auteurs suggèrent par contre de l'opérationnaliser en s'inspirant de l'approche dialectique herméneutique qu'ils considèrent nécessaire pour effectuer une évaluation des besoins parallèlement à une évaluation de programme basée sur le paradigme naturaliste (appendice A).

III. DESCRIPTION DU MODELE D'ÉVALUATION DES BESOINS DES DÉTENTEURS D'ENJEUX

A la lumière des limites du processus de Guba et Lincoln (inclusion d'un état cible "minimal", absence de définition opérationnelle du "bénéfice significatif" et de "l'état insatisfaisant", possibilité de modifier la séquence du processus, aucune étape de priorisation des besoins), il nous apparaît important d'adapter un modèle d'évaluation des besoins des différents détenteurs d'enjeux concernés ou visés par le programme. Ce modèle comprend quatre étapes principales:

- 1) l'identification du ou des domaines cibles par les détenteurs d'enjeux;
- 2) l'identification des besoins potentiels par les détenteurs d'enjeux;
- 3) la vérification de l'authenticité des besoins par les détenteurs d'enjeux et
- 4) la mise en priorité des besoins authentiques par les détenteurs d'enjeux.

Étape I: Identification du ou des domaines cibles par les détenteurs d'enjeux

Dans cette étape, les détenteurs d'enjeux sont informés de la possibilité de choisir un ou des domaines cibles (ex. habiletés cliniques). Lors de leur sélection, ces derniers devraient tenir compte des ressources humaines et matérielles disponibles.

Étape II. Identification des besoins potentiels par les détenteurs d'enjeux

L'identification des besoins potentiels par les détenteurs d'enjeux comprend quatre phases: 1) la définition du niveau "minimum" par les participantes en fonction des perspectives idiographique et nomothétique; 2) la détermination de la grandeur de l'écart entre l'état cible et l'état actuel que les participantes considèrent comme significative; 3) l'identification des états cibles en termes de performance; et 4) l'identification des écarts. Le but de cette évaluation des besoins étant d'obtenir de l'information de tous les partenaires impliqués ou visés par un programme, il est primordial que les graduées, les professeures, les administratrices ainsi que les représentantes du milieu soient incluses dans le processus. Les quatre phases ont été effectuées en fonction des perspectives idiographique et nomothétique. Les graduées représentent la perspective idiographique et les professeures, les administratrices et les représentantes des milieux hospitaliers et communautaires représentent la perspective nomothétique.

Phase 1: Définition du niveau "minimum" par les participantes en fonction des perspectives idiographique et nomothétique

Dans son processus d'évaluation des besoins, Guba et Lincoln offrent la possibilité aux détenteurs d'enjeux, de choisir un ou plusieurs niveaux: le minimum, la norme, l'idéal. Le minimum représente un niveau de performance nécessaire ou essentiel pour survivre, la norme est en fait une performance moyenne ou typique, alors que l'idéal représente un but ultime à atteindre. Bien qu'ils l'aient inclus dans leur processus, Guba et Lincoln (1982) considèrent qu'à toute fin pratique, l'idéal est impossible à identifier. Cet énoncé rejoint la position de Scriven et Roth (1978) qui croient qu'il est impensable d'obtenir un degré d'accord certain sur la façon dont l'idéal pourrait être défini puisque ce dernier est un concept difficile à identifier avec assurance. Puisque l'idéal semble pratiquement impossible à définir avec certitude et à atteindre, il est difficile de concevoir qu'il puisse être inclus dans un processus d'évaluation des besoins. Concernant les deux autres niveaux, il nous est apparu important de ne retenir que le minimum afin d'éviter toute ambiguïté. Au sein d'un

programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières, on vise à former des professionnelles qui seront capables d'atteindre un niveau de performance minimal nécessaire ou essentiel pour dispenser des soins de qualité dans leur milieu de travail. Les détenteurs d'enjeux doivent à cette étape, préciser ce que signifie pour eux le niveau minimum; l'atteinte d'un consensus devrait être possible à obtenir par la négociation.

Phase 2: Détermination de la grandeur de l'écart entre l'état cible et l'état actuel que les participantes considèrent comme significative

Dans cette phase, les détenteurs d'enjeux déterminent la grandeur de l'écart entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) qu'ils considèrent comme significative. Ces derniers seront sensibilisés au fait que l'attribution d'une trop petite différence entre l'état cible et l'état actuel pourrait nécessiter des efforts d'énergie et des ressources qui auraient très peu de signification dans la pratique par rapport au gain obtenu. A ce stade, il est important que les différents détenteurs d'enjeux en arrivent à un consensus par la négociation.

Phase 3: Identification des états cibles en termes de performance

A cette phase, les énoncés (en termes de performance) qui serviront de base pour la collecte des données devront être formulés selon les mêmes spécifications que celles requises pour un objectif mesurable. Le nombre maximal d'états cibles à identifier par les détenteurs d'enjeux est de deux: EC1 (dans une perspective idiographique) et EC2 (dans une perspective nomothétique).

Phase 4: Identification des écarts par les détenteurs d'enjeux

Au cours de cette phase, les écarts entre l'état cible et l'état actuel sont identifiés en fonction des perspectives nomothétique et idiographique. Ces écarts sont ensuite comparés à la valeur obtenue pour l'écart significatif afin d'identifier les besoins potentiels. A cette étape, les besoins potentiels identifiés émergent des données et reflètent les valeurs des détenteurs d'enjeux engagés dans le processus d'évaluation des besoins.

Étape III. Vérification de l'authenticité des besoins par les détenteurs d'enjeux

La troisième étape du modèle consiste à vérifier l'authenticité des besoins.

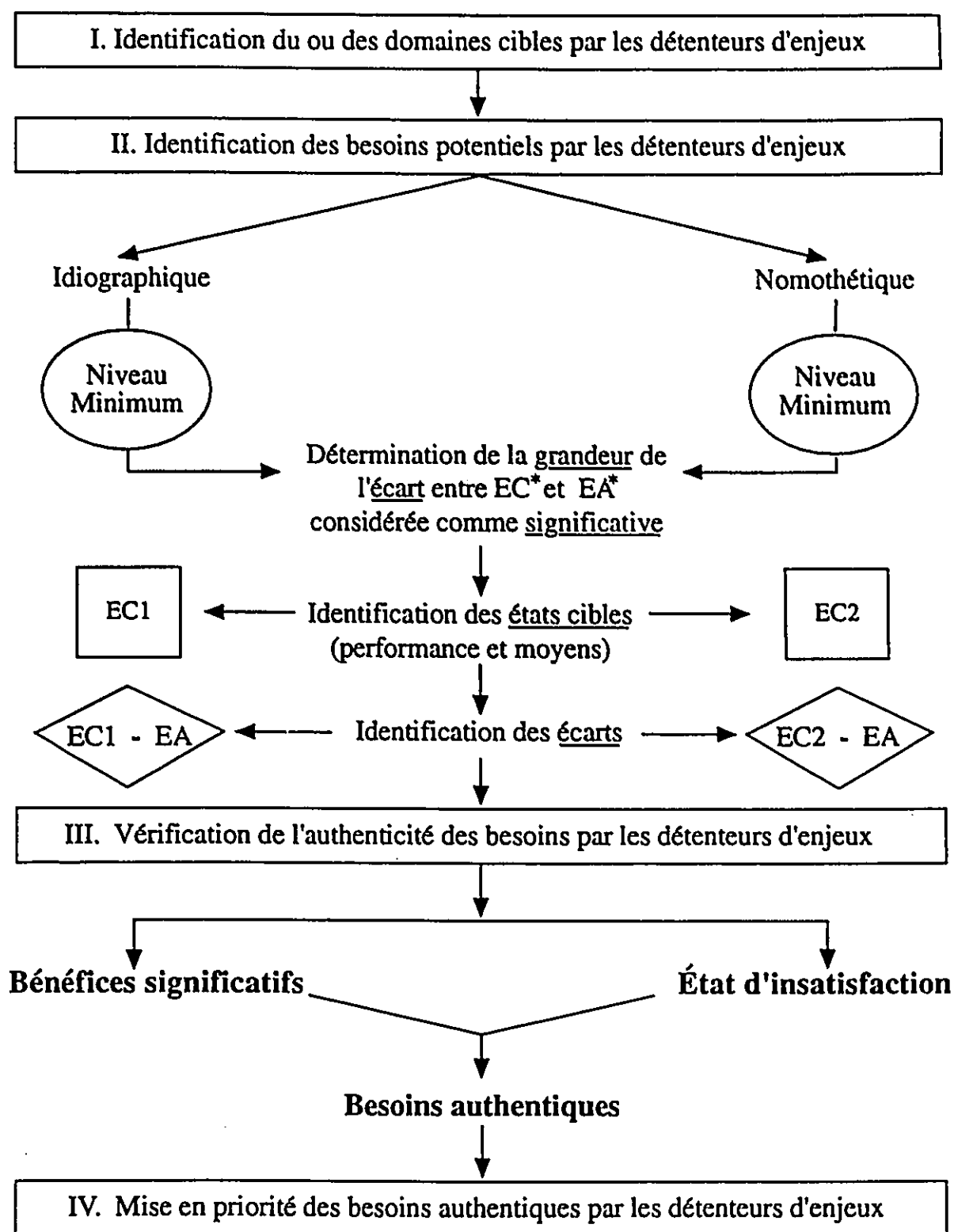
Pour que cette identification soit possible, il est nécessaire que deux conditions soient présentes: 1) le besoin potentiel identifié doit représenter un **bénéfice significatif** pour le sujet; 2) la **non satisfaction** de ce besoin blesse, indispose ou impose une contrainte au sujet. L'utilisation de l'approche herméneutique devrait permettre aux détenteurs d'enjeux de déterminer ce que ces deux conditions signifient pour eux. L'atteinte d'un consensus est recherchée ici; si cela s'avère impossible l'évaluateur expose et clarifie les différents points de vue et élabore un agenda de négociation avec les représentantes des différents groupes de détenteurs d'enjeux. Par la suite, les besoins potentiels seront confrontés avec les interprétations améliorées ("joint constructions") qui refléteront les deux conditions afin d'en vérifier l'authenticité. Lorsque le besoin identifié n'apporte aucun bénéfice significatif pour le sujet, celui-ci est considéré plus comme un désir qu'un besoin authentique; lorsque l'absence de ce dernier ne laisse pas le sujet dans un état d'insatisfaction, il représente alors plus un luxe qu'une nécessité ou un besoin authentique.

Étape IV: Mise en priorité des besoins authentiques par les détenteurs d'enjeux

Cette dernière étape du modèle fait référence à la mise en priorité des besoins potentiels. L'analyse du processus théorique d'évaluation préconisé par Guba et Lincoln démontre qu'ils n'ont pas inclus la mise en priorité des besoins dans le processus. Lors d'un échange de correspondance avec Guba et Lincoln, ces derniers ont souligné que bien que personnellement ils ne priorisent pas les besoins, ils voient la priorisation comme étant une étape critique et proposent une façon de procéder: inclure tous les besoins identifiés dans un questionnaire (format - enquête) et le distribuer à tous les détenteurs d'enjeux et les groupes visés par l'évaluation des besoins afin de permettre à ceux-ci d'indiquer leur propre priorité (assumant que les ressources sont limitées et que certains besoins ne seraient pas satisfaits) (appendice A).

III.A. Présentation du modèle d'évaluation des besoins des détenteurs d'enjeux.

Le modèle présenté dans la figure 2 permet de visualiser toutes les étapes à suivre lors de l'identification des besoins potentiels des détenteurs d'enjeux et leur mise en priorité.



* EC = État cible

* EA = État actuel

Figure 2. Modèle d'évaluation des besoins des détenteurs d'enjeux

Labrecque, Monique (1995). Adaptation et validation d'un modèle d'évaluation des besoins auprès des détenteurs d'enjeux concernés par un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières.

IV. QUESTIONS DE RECHERCHE

La recension des études empiriques en sciences infirmières et en éducation a montré qu'aucun auteur n'a tenté jusqu'à présent d'identifier des besoins à partir de la définition du concept de besoin de Guba et Lincoln basée sur la notion d'écart, du bénéfice significatif et de l'état insatisfaisant, et d'en vérifier l'authenticité en s'assurant que la présence des conditions définies au niveau de l'état cible soit significativement bénéfique au sujet et que leur absence le blesse, l'indispose ou lui impose une contrainte. Lorsque la présence des conditions définies au niveau de l'état cible ne représente aucun bénéfice significatif pour le sujet, Scriven et Roth (1977) ainsi que Guba et Lincoln (1982) considèrent que les besoins identifiés sont plus l'expression d'un désir que d'un besoin. Lorsque l'absence des conditions définies au niveau des états cibles ne place pas le sujet dans un état d'insatisfaction ou ne l'indispose d'aucune façon, ces auteurs considèrent que les besoins identifiés représentent plus un luxe ou un superflu pour le sujet qu'une nécessité en soi. Ce modèle d'évaluation des besoins prend donc en considération les valeurs des détenteurs d'enjeux et tient compte du contexte dans lequel se déroule l'évaluation des besoins.

Dans un premier temps, après avoir identifié les domaines cibles, ce modèle permet d'identifier les besoins potentiels des détenteurs d'enjeux et de répondre aux deux questions de recherche suivantes:

1. Est-ce que le modèle tel que modifié permet d'identifier, dans une perspective idiographique les besoins potentiels (EC1 - EA) des détenteurs d'enjeux concernés ou visés par le programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières?
2. Est-ce que le modèle tel que modifié permet d'identifier, dans une perspective nomothétique les besoins potentiels (EC2 - EA) des détenteurs d'enjeux concernés ou visés par le programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières?

Dans un deuxième temps, ce modèle permet de vérifier l'authenticité des besoins potentiels par les détenteurs d'enjeux et de répondre à la question de recherche suivante:

3. Est-ce que le modèle tel que modifié permet de discerner les besoins potentiels des besoins authentiques en fonction des deux éléments suivants: le bénéfice significatif et l'état d'insatisfaction?

Dans un troisième temps, ce modèle permet de placer les besoins authentiques par ordre de priorité et de répondre à la question de recherche suivante:

4. Le modèle d'évaluation des besoins tel que modifié favorise -t- il la mise en priorité des besoins authentiques par les détenteurs d'enjeux concernés ou visés par le programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières?

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Dans le chapitre précédent, nous avons pu constater que dans les évaluations des besoins effectuées jusqu'à présent, la majorité des auteurs ont omis de clarifier le concept de besoin. De plus, ces évaluations des besoins tiennent peu compte des valeurs des auditoires concernés ainsi que du contexte socio-économique dans lequel celles-ci se déroulaient. La recension des écrits a révélé l'importance de tenir compte de ces facteurs et a mis en évidence la nécessité de vérifier l'authenticité des besoins identifiés. Dans le présent chapitre, nous décrivons la population, les stratégies d'échantillonnage ainsi que les procédures et étapes de la collecte des données. L'analyse des données et la crédibilité de la recherche sont discutées à la fin du chapitre.

I.A. Description de la population et de l'échantillon:

La population est constituée de cinq groupes de détenteurs d'enjeux qui sont directement concernés par le programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières: des graduées du programme ayant un an d'expérience de travail comme infirmières, des professeures, des administratrices et des représentantes des milieux hospitaliers et des milieux communautaires qui engagent les graduées du programme. L'objectif de l'étude étant de connaître les exigences requises pour pratiquer à titre d'infirmières professionnelles, les étudiantes en cours de formation n'ont pas été incluses dans l'échantillon, car n'ayant jamais travaillé comme infirmières, elles n'auraient pas été en mesure de se prononcer sur l'ensemble des habiletés requises. Une université francophone de la région de Montréal a été choisie en raison de l'enseignement qui est dispensé en français et de sa proximité.

Dans cette recherche, l'échantillonnage des répondantes se poursuit au cours des différentes phases du modèle d'évaluation des besoins. En d'autres termes, il n'est pas arrêté dès le début de la recherche en raison des approches de type qualitatif. L'échantillonnage par choix raisonné (purposive sampling) a été utilisé dans cette étude afin de maximiser l'étendue des informations recueillies. Plus précisément, les répondantes ont été sélectionnées en fonction de la qualité des informations qu'elles pourraient communiquer; ce type de sélection permet d'étudier en profondeur les questions qui ont une importance primordiale pour la recherche (Patton, 1990). Puisque nous nous intéressons aux besoins futurs d'un

programme de formation, nous désirons obtenir les opinions les plus diversifiées.

Deux stratégies d'échantillonnage par choix raisonné sont choisies: 1) l'homogénéité des répondantes et 2) la variation maximale dans l'échantillon. En ce qui concerne l'homogénéité des répondantes, des entrevues de groupe (focus group) ont été privilégiées. Ces dernières nécessitent que les répondantes dans chaque groupe aient une formation et des expériences similaires pour participer aux décisions sur des thèmes qui pourraient les affecter (Patton, 1987; Krueger, 1988). Les critères suivants ont été retenus pour sélectionner les répondantes dans chaque groupe: 1) sexe féminin; 2) professeure, ayant au moins une année d'expérience d'enseignement au sein du programme et détenant au moins un statut de professeure adjointe ou un statut supérieur; 3) graduée ayant une année d'expérience de travail comme infirmière; 4) administratrice impliquée au sein du programme; 5) responsables de la formation des graduées dans les milieux communautaires (CLSC) et dans les centres hospitaliers (CH) francophones de soins aigus de la région de Montréal.

Afin d'obtenir un échantillon le plus varié possible, nous avons rencontré la vice-doyenne des études de premier cycle. Celle-ci nous a fourni la liste des professeures et des administratrices qui rencontraient les critères ainsi que la liste des graduées de l'année précédente qui se sont impliquées au sein des divers comités de l'association des étudiants (tes) en sciences infirmières et de la faculté. Une liste préliminaire des responsables de la formation dans les CLSC et les CH (cliniciennes spécialisées) a été obtenue auprès de la responsable des stages de l'université. Des appels téléphoniques ont été effectués dans les CLSC et dans les CH de la région de Montréal pour contacter les responsables de la formation qui ne figuraient pas sur la liste. Toutes les personnes figurant sur les listes ont été contactées par téléphone ou en personne afin de leur expliquer les objectifs visés par la recherche et solliciter leur participation. Celles qui ont accepté de participer au projet ont reçu par la poste une lettre leur expliquant ce qu'on attendait d'elles ainsi qu'un formulaire de consentement qu'elles devaient retourner à la chercheure pour confirmer leur acceptation. Au total, 27 répondantes parmi les 47 sollicitées, ont accepté de participer à l'étude. La répartition dans les cinq groupes est la suivante: sept dans les centres hospitaliers de soins aigus, six dans les CLSC, sept graduées, quatre administratrices et quatre professeures. Les domaines d'intervention des répondantes couvraient la psychiatrie, la santé mentale, la santé communautaire (services courants, soins à domicile, programme jeunesse-famille), la pédiatrie, les soins maternels et infantiles, la médecine-chirurgie, les soins intensifs, l'urgence et la gériatrie.

Au cours de la collecte des données qui s'est déroulée sur une période de 12

mois, plusieurs répondantes se sont désistées à une étape ou l'autre du processus comme on peut le constater dans le tableau 2. Bien qu'au départ le nombre de personnes dans certains groupes était plus élevé comparativement à d'autres, le nombre de répondantes dans chaque groupe est devenu quasi identique lors de la troisième étape jusqu'à la fin du processus de collecte des données. Nous croyons important de souligner qu'une des professeures s'est désistée dès le début parce qu'elle a quitté l'institution. Bien que le nombre des professeures présentes ne soit que de trois, ceci représente en fait 60% des effectifs du corps professoral disponibles lors de l'étude; les autres étant absentes pour des raisons de santé ou pour des congés d'étude. Soixante-dix pourcent des répondantes ont persévéré jusqu'à la fin de l'étude. Considérant le fait que l'étude s'est déroulée sur une période de 12 mois, nous constatons qu'un peu moins du tiers des répondantes ont abandonné. Les diverses raisons invoquées étaient soient des problèmes de santé, un changement de travail à l'extérieur de la région, des réunions prévues à la dernière minute, une session intensive de formation à l'hôpital ou des horaires trop chargés. On peut présumer que le thème de recherche préoccupe les répondantes au plus au point. Il va sans dire que le fait que l'université soit en période de révision de programme a sûrement eu un effet positif sur la motivation des répondantes à participer jusqu'à la fin du projet de recherche.

La dernière stratégie d'échantillonnage par choix raisonné, c'est-à-dire la variation maximale entre les répondantes, a été utilisée pour sélectionner les répondantes qui ont participé à l'identification des besoins authentiques à l'aide de l'approche herméneutique. Cette stratégie d'échantillonnage est recommandée par Guba & Lincoln (1989) et Kuzel (1992) lorsque l'on cherche à obtenir une plus grande variété d'information et de points de vue. Le but de cette stratégie étant de documenter les variations uniques et diversifiées qui ressortent en s'adaptant aux différentes conditions et d'identifier les tendances communes importantes qui émergent des variations multiples (Patton, 1990, p. 182), il pourrait alors être possible de formuler une interprétation améliorée du "bénéfice significatif" et de "l'état d'insatisfaction".

Au début du cercle herméneutique la première répondante de chaque groupe a été choisie en fonction de sa disponibilité, car comme le souligne Guba et Lincoln (1989), celle-ci peut être sélectionnée pour n'importe quelle raison d'ordre pratique. A la fin de l'entrevue individuelle, cette première répondante fournit le nom d'une autre répondante qui possède des idées opposées aux siennes relativement aux thèmes proposés. Les autres répondantes procéderont de la même façon. Graduellement, les interprétations deviennent plus structurées et plus saillantes, obligeant l'investigatrice à sélectionner des répondantes non plus en fonction de leurs points de vue divergents, mais en fonction de leur capacité

Tableau 2

Répartition des répondantes dans chaque groupe, en fonction des cinq étapes du processus de collecte des données

GROUPES	ÉTAPES					
	Domaine (s)	Niveau minimal et Écart significatif	États cibles	Écart	Authenticité des besoins	Mise en priorité
RÉPONDANTE	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n*	n (%)
CLSC	6 (100)	5 (83)	4 (67)	4 (67)	2*	4 (67)
CH	7 (100)	6 (86)	4 (57)	4 (57)	2*	4 (57)
GRADUÉE	7 (100)	5 (71)	4 (57)	4 (57)	2*	4 (57)
PROFESSEURE	3 (100)	3 (100)	3 (100)	3 (100)	2*	3 (100)
ADMINISTRATRICE	4 (100)	4 (100)	4 (100)	4 (100)	2*	4 (100)
Total	27 (100)	23 (85)	19 (70)	19 (70)	10*	19 (70)

* La saturation des données dans chaque groupe a été obtenue après la deuxième entrevue.

à articuler leurs points de vue par rapport aux thèmes saillants qui émergeront (Guba et Lincoln, 1989).

La sélection des répondantes est terminée lorsqu'il y a saturation des données i.e. lorsqu'un consensus est atteint sur l'interprétation du bénéfice significatif et de l'état d'insatisfaction ou lorsque l'information recueillie peut être classée sous deux interprétations ou plus, reflétant ainsi la présence de conflits entre les valeurs des répondantes (Guba et Lincoln, 1989). Dans notre recherche, il y a eu saturation des données après la deuxième série d'entrevues. Un total de 10 personnes ont participé aux entrevues individuelles.

I.B. Procédures de la collecte des données:

Quatre méthodes de collecte de données ont été utilisées: l'entrevue de groupe (focus group), le questionnaire, l'approche herméneutique et l'estimation de l'amplitude lors de la mise en priorité des besoins authentiques. L'entrevue de groupe (focus group) est une entrevue semi-structurée d'une durée de 30 minutes à 2 heures et effectuée auprès d'un groupe homogène d'environ six à huit personnes sur un sujet particulier (Krueger, 1988; Morgan, 1988; Patton, 1990). Bien que Morgan (1988) mentionne que le nombre minimal ne doit pas être inférieur à quatre personnes, Stewart et Shamdasani (1990) souligne que le nombre de personnes présent dans l'échantillon doit être une bonne approximation de la population d'intérêt. Contrairement aux techniques de Groupe nominal et Delphi qui nécessitent des experts, l'entrevue de groupe (focus group) s'adresse à tous les détenteurs d'enjeux concernés par l'évaluation des besoins et recueille toutes les idées qui émergent des discussions entre les participants sur un thème précis. Ce type d'entrevue présente plusieurs avantages: en plus d'obtenir des résultats rapides à des coûts moindres, il permet d'approfondir les sentiments et les perceptions des gens sans que cela représente une menace pour eux. De plus, l'interaction entre les participantes permet de faire ressortir certains points de vue qu'il n'aurait pas été possible d'obtenir lors d'entrevues individuelles (Patton, 1987; Krueger, 1988; Morgan, 1988; Stewart & Shamdasani, 1990). L'utilisation de cette méthode par Buttram (1990) dans le cadre d'une évaluation des besoins a permis d'améliorer grandement la connaissance et la compréhension des besoins des détenteurs d'enjeux et d'identifier des besoins qui différaient significativement de ceux qui avaient été identifiés en utilisant une liste pré-établie basée sur la littérature. Pour chaque entrevue, la chercheuse a inscrit dans un journal de bord, ses impressions, des anecdotes et le contexte dans lequel celle-ci s'est déroulée.

Le questionnaire comprend des énoncés de besoins formulés en termes d'objectifs

(de performance et de moyens) qui identifient les états cibles et les états actuels. Le premier questionnaire (Q1) est composé d'énoncés relatifs aux états cibles (EC1) qui émergent de la discussion de groupe entre les graduées (perspective idiographique). Le deuxième questionnaire (Q2) inclut les énoncés relatifs aux états cibles (EC2) formulés par les quatre autres groupes de détenteurs d'enjeux (perspective nomothétique). En ce qui concerne les états cibles, il y a deux types d'énoncé: certains sont considérés par les détenteurs d'enjeux comme des habiletés que chaque étudiant devrait maîtriser à la fin du programme, alors que d'autres sont considérés comme des moyens qui devraient exister pour favoriser l'atteinte d'un niveau de performance minimal. Une valeur de 5 a été attribuée à tous les énoncés (habiletés et moyens), évitant ainsi de prioriser un énoncé par rapport à l'autre. Par la suite, la dimension "état actuel" a été ajoutée aux deux questionnaires (Q1 et Q2). Les détenteurs d'enjeux émettent leurs opinions sur une échelle à catégories prédéterminées en cinq points et sur ce qui existe actuellement par rapport à ce qui devrait exister (en terme d'habiletés et de moyens).

L'approche herméneutique est de nature interprétative; elle conduit à une meilleure compréhension en donnant un sens à l'interaction dans laquelle un individu s'est engagé avec d'autres individus (Guba et Lincoln, 1982, 1989; Ödman, 1988) tout en prenant en considération le contexte et l'intention originale (Patton, 1990, p.84). L'interprétation de la signification est caractérisée par un cercle herméneutique (Kvale, 1983). En d'autres termes, le processus est dialectique parce qu'il implique la juxtaposition d'idées conflictuelles, obligeant ainsi à reconsidérer les positions précédentes (Guba et Lincoln, 1989). L'approche dialectique selon Pourtois et Desmet (1988, p. 24) suggère:

"une relation dynamique entre le sujet et l'objet, c'est-à-dire entre la subjectivité de l'acteur et le fait concret, entre le monde et la culture et le monde de la nature. Il y a constamment un va-et-vient entre ces deux pôles - contrairement à l'interactionnisme symbolique qui n'appréhende que le vécu et les significations des acteurs. L'approche reconnaît à la fois la valeur du fait observé et le rôle créateur du sujet et fait en sorte de les placer en interaction perpétuelle".

L'approche dialectique représente en fait une comparaison et un contraste de vues divergentes qui sont inséparables et que l'on cherche à unir dans ce que Hegel appelle une catégorie supérieure. Elle est en fait orientée vers le développement d'interprétations améliorées (jointes constructions) qui refléteraient la réalité telle qu'elle est perçue par les principaux acteurs. L'objet de ce

processus n'est pas de justifier sa propre interprétation ou d'attaquer les faiblesses des interprétations des autres personnes, mais de développer un rapport entre celles-ci qui permettra l'exploration mutuelle par tous les détenteurs d'enjeux engagés dans le processus (Guba et Lincoln, 1989, p.149). Le but de ce processus est de tenter d'atteindre un consensus lorsque c'est possible; si cela s'avère impossible, l'évaluateur expose et clarifie les différents points de vues et élabore un agenda de négociation avec les représentantes des différents groupes de détenteurs d'enjeux.

Dans cette approche, tous les détenteurs d'enjeux atteignent le même niveau d'information et de sophistication; ils ont aussi plus de contrôle sur le processus, car leurs interprétations initiales sont considérées au maximum et chacun a l'opportunité de formuler une critique ou d'amender toutes les interprétations des autres parties (Guba et Lincoln, 1989). L'utilisation de cette approche permet donc de tenir compte de la réalité des différents détenteurs d'enjeux (Hill et Zitney, 1992) tout en favorisant l'émergence des données.

La mise en priorité des besoins authentiques a été effectuée à l'aide de la méthode d'estimation de l'amplitude appliquée par Dell (1974) et Lodge (1981) dans le domaine de l'éducation pour le calibrage d'objectifs éducatifs. Cette méthode permet d'établir une liste des besoins authentiques selon leur importance en plus de fournir une estimation de la distance relative existant entre chacun d'eux. Selon cette méthode, chaque détenteur d'enjeux doit comparer chaque besoin à un référent auquel est assigné une valeur arbitraire de 50 et indiquer combien de fois il juge l'énoncé plus ou moins important (Nadeau, 1988). La valeur minimale qu'il peut attribuer au besoin est de 1 alors que la valeur maximale n'a pas de limite. Cette méthode permet à chaque détenteur d'enjeux d'attribuer à chaque énoncé une valeur correspondant exactement à sa perception de l'objet évalué (Lodge, 1981). Cette méthode unidimensionnelle utilise une échelle de proportion et peut être utilisée avec un nombre illimité d'énoncés de besoins contrairement aux méthodes d'allocation budgétaire, du tri de cartes et des comparaisons par paire qui supposent un nombre restreint d'énoncés, de 15 à 30 (Witkin, 1984; Nadeau, 1988). Elle est supérieure au questionnaire à une dimension qui impose un nombre limité de catégories pré-déterminées, obligeant ainsi le détenteur d'enjeux à sélectionner une catégorie sans qu'il puisse y apporter de nuance (Lodge, 1981; Nadeau, 1988). Cette méthode permet également de comparer les résultats des différents groupes de détenteurs d'enjeux par rapport à un ou plusieurs besoins.

I.C. Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée sur une période de 12 mois, soit du 30 juin 1993 au 30 juin 1994. Dès le début du mois de juin jusqu'à la mi-septembre 1993, les répondantes ont été contactées par téléphone afin de leur expliquer l'objectif de la recherche et solliciter leur participation. Il a été nécessaire de rappeler, en moyenne trois fois, chaque répondante au cours de l'été pour confirmer leur participation à une date qui leur convenait.

Une lettre d'introduction ainsi qu'un formulaire de consentement ont été envoyés à chaque répondante afin de leur assurer l'anonymat et la confidentialité des résultats en plus de leur demander la permission d'enregistrer les entrevues (appendice B). Trois semaines avant chaque entrevue de groupe (focus group), une lettre a été envoyée à chaque répondante pour confirmer la date et le lieu de la rencontre. La collecte des données s'est déroulée en quatre étapes (voir la figure 2: modèle d'évaluation des besoins authentiques des détenteurs d'enjeux):

Étape I: Identification du ou des domaines cibles par les détenteurs d'enjeux

Le but de cette première étape est d'identifier le ou les domaines cibles sur lesquels portera l'évaluation des besoins. Les cinq premières entrevues de groupe (focus group) se sont déroulées sur une période de 13 semaines, soit du début du mois de juin jusqu'à la fin du mois d'août 1993. Les entrevues avec les professeures, les administratrices et les graduées se sont déroulées dans un local situé à l'université. En ce qui a trait aux répondantes des milieux communautaires et hospitaliers, les entrevues ont eu lieu dans une salle de réunion d'un CLSC et d'un CH. Les deux autres séries d'entrevues de groupe se sont déroulées aux mêmes endroits. Chaque entrevue a été enregistrée avec le consentement des participantes et a duré en moyenne une heure. Au début de l'entrevue, chaque participante a été invitée à se présenter en indiquant son prénom tout en précisant le genre de travail qu'elle effectuait. Ceci a eu pour effet d'ouvrir le dialogue et d'établir un climat de confiance nécessaire à l'entrevue. Avant de commencer l'entrevue avec les graduées, ces dernières ont exprimé le désir d'échanger une dizaine de minutes sur leurs expériences de travail car, pour la plupart, elles ne s'étaient pas revues depuis la fin de leur programme d'étude.

Le guide d'entrevue non-structurée comportait une question générale et une question centrée sur le thème de la rencontre (appendice C). Les participantes ont manifesté beaucoup d'enthousiasme par rapport à la recherche du fait que celle-ci se situait dans une période de restrictions budgétaires et de

réorganisation des services de santé offerts à la population en général. A la fin de l'entrevue, chaque groupe a désigné un membre pour les représenter lors d'éventuelles entrevues de groupe pour lesquelles l'obtention d'un consensus serait nécessaire. Il s'est avéré qu'aucune entrevue additionnelle n'a été nécessaire puisqu'un consensus inter-groupe a été atteint lors de l'identification des domaines cibles. La date de la prochaine rencontre a été prévue pour tous les groupes à l'exception des graduées qui n'avaient pas encore leur horaire de travail pour le mois suivant. Il a donc été nécessaire de rappeler chacune d'entre elles afin de fixer une date de rencontre.

Étape II: Identification des besoins potentiels par les détenteurs d'enjeux.

L'identification des besoins potentiels comprend quatre phases: 1) la définition du niveau "minimum" par les participantes en fonction des perspectives idiographique et nomothétique; 2) la détermination de la grandeur de l'écart entre l'état cible et l'état actuel que les participantes considèrent comme significative; 3) l'identification des états cibles au niveau des habiletés de performance et des moyens requis pour les atteindre; et 4) l'identification des écarts.

Phase 1: Définition du niveau "minimum" par les participantes en fonction des perspectives idiographique et nomothétique

La collecte des données pour la première et la deuxième phase a été effectuée en même temps. Le but de la première phase est de définir le niveau "minimum" de performance en fonction de la perspective idiographique et nomothétique. Cette phase s'est déroulée sur une période de trois semaines, soit du 15 octobre jusqu'au 1er novembre 1993. Les entrevues de groupes relatives aux deux premières phases ont duré en moyenne 75 minutes. Les graduées représentent la perspective idiographique alors que les professeures, les administratrices et les représentantes des milieux hospitaliers et communautaires représentent la perspective nomothétique. Une lettre de confirmation a été envoyée à chaque participante et des appels téléphoniques ont été effectués 2 à 3 jours avant la rencontre afin de s'assurer de leur présence. La première partie de l'entrevue de groupe (focus group) a porté sur la définition de l'état cible "minimum". Il est important à ce stade que les détenteurs d'enjeux parviennent à un consensus sur la conception d'un niveau "minimum" tant au point de vue idiographique que nomothétique.

Avant de commencer l'entrevue, la chercheure a présenté les domaines cibles qui ont été identifiés dans tous les groupes lors de l'étape précédente. A l'aide

d'un guide d'entrevue non-structurée (appendice D), les participantes ont exprimé leurs opinions sur le niveau "minimum". Dans tous les groupes, les participantes éprouvaient de la difficulté à définir le niveau "minimum" qu'elles considéraient comme très abstrait. Elles avaient plutôt tendance à exprimer des énoncés de besoins qu'à définir le concept lui-même. Pour des fins de clarification, il a été nécessaire de leur donner un exemple d'une définition d'un certain niveau qui s'appliquait dans un secteur autre que l'éducation afin de ne pas orienter leurs réponses.

Phase 2: Détermination de la grandeur de l'écart entre l'état cible et l'état actuel que les participantes considèrent comme significative

Au cours de cette phase, la chercheuse a demandé aux participantes de déterminer la grandeur d'un écart entre l'état cible et l'état actuel qu'elles considèrent comme significative (ES). La valeur obtenue pour l'écart significatif (ES) sera par la suite, lors de la phase 4, confrontée à l'écart obtenu entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) afin d'identifier les besoins potentiels tant au niveau des besoins de base qu'au niveau des besoins supplémentaires. Il a été nécessaire à cette étape de rappeler aux participantes de tenir compte de la façon dont elles ont défini le niveau "minimum", tout en leur soulignant que l'attribution d'une trop petite différence entre l'état cible et l'état actuel pourrait nécessiter des efforts et des ressources qui auraient très peu de signification dans la pratique par rapport au gain obtenu.

Devant la difficulté des répondantes du premier groupe de détenteurs d'enjeux à comprendre le rôle que l'écart significatif jouera lors de la phase 4, nous avons procédé par mises en situation à l'aide d'énoncés de besoin fictifs (voir figure 3). Au préalable elles devaient déterminer une valeur entre 1 à 5 pour l'écart significatif. Cette valeur ($ES = 2$) était assignée dès le début afin de ne pas influencer leur choix au niveau de l'attribution de la valeur de l'état actuel. Une valeur moyenne de 5 était attribuée à chaque énoncé de l'état cible; par la suite, chaque répondante devait attribuer une valeur de 1 à 5 pour l'état actuel allant de très faible à très élevée. La moyenne obtenue au niveau de l'état actuel était par la suite soustraite de la valeur moyenne de l'état cible ce qui nous donnait la valeur de l'écart entre les deux états. Par la suite, l'écart obtenu (E) entre l'état cible et l'état actuel était comparé à la valeur de l'écart significatif ($ES=2$) qui avait été assignée au départ. Si la valeur de E est plus petite que la valeur de $ES = 2$, nous sommes alors en présence d'un besoin déjà satisfait; cela signifie que si la valeur de l'écart est inférieure à 2, le niveau de maîtrise actuel des habiletés est considéré comme étant très élevé à élevé et doit être maintenu comme besoin de base dans le programme. Si

État cible (EC)	État actuel (EA)	Écart (E)	Écart significatif (ES)
Énoncé de besoin	Situer le niveau de maîtrise actuel des habiletés sur une échelle de 1 à 5	EC - EA = E Moyenne EC - Moyenne EA = E Exemple: 5 - 3.5 = 1.5 Écart = 1.5	Si E est plus petit que la valeur de ES qui est égale à 2 ($1.5 < 2$), on considère alors que c'est un besoin satisfait par le programme. Ce besoin représente un besoin de base qui doit être maintenu (aucun changement requis)
Valeur de 5	Très.....Très élevé.....faible		
	5.....1		Si E est égal ou supérieur à ES=2 ($E \geq 2$), on considère alors que c'est un besoin non satisfait par le programme. Ce besoin représente un besoin supplémentaire qui doit être satisfait dans le futur (i.e. que des changements sont nécessaires au sein du programme)

Figure 3. Exemple du processus de détermination de l'écart significatif entre l'état cible et l'état actuel

la valeur de E est égale ou plus grande que la valeur de $ES = 2$, le niveau de maîtrise actuel des habiletés est considéré comme étant moyen à très faible. Nous sommes alors en présence d'un besoin qui doit être satisfait dans le futur et qui impliquera à titre de besoin supplémentaire, des changements au sein du programme.

La date de la prochaine entrevue a été prévue à la fin de la rencontre. De plus, la chercheure a demandé aux répondantes de se préparer pour la prochaine rencontre en leur expliquant ce qu'elle attendait d'elles.

Phase 3: Identification des états cibles au niveau des habiletés de performance et des moyens requis pour les atteindre

Après avoir identifié le niveau minimum et l'écart considéré comme significatif entre l'état cible et l'état actuel, il importe de préciser les états cibles i.e. de les formuler en termes d'énoncés portant sur la performance et les moyens. Cette opérationnalisation des états cibles nous permettra d'établir l'écart entre ceux-ci et l'état actuel d'une part, et de le comparer par la suite à l'écart considéré comme significatif afin de déterminer les besoins potentiels.

La collecte des données s'est déroulée sur une période de cinq semaines, soit du 15 novembre jusqu'au 23 décembre 1993. Une lettre a été envoyée à chaque répondante pour confirmer à nouveau la date de l'entrevue. Les entrevues ont duré en moyenne 2 heures. Au début de l'entrevue, la chercheure a présenté les résultats qui avaient été obtenus dans tous les groupes lors de la première et de la deuxième phase. La définition opérationnelle de l'état cible "minimum" qui a été retenue par tous les groupes de détenteurs d'enjeux a été utilisée lors de la formulation des énoncés (en termes de performance et de moyen) qui représentent l'état cible. A l'aide d'un guide d'entrevue (appendice E), la chercheure a présenté les questions relatives à la performance et aux moyens. A la fin des entrevues, la chercheure a exposé le déroulement de la prochaine étape, soit l'envoi du questionnaire d'identification des états cibles.

Phase 4: Identification des écarts

Le but de la phase 4 est d'identifier les écarts entre l'état cible et l'état actuel en fonction des perspectives nomothétique et idiographique. Ces écarts sont ensuite comparés à la valeur obtenue pour l'écart significatif afin d'identifier les besoins potentiels. Cette phase s'est déroulée sur une période de deux mois, soit du début de mars jusqu'à la fin d'avril 1994. Un premier questionnaire (appendice F) a été envoyé par la poste aux quatre graduées (perspective idiographique) et un second (appendice G) aux quinze autres répondantes

réparties dans les autres groupes de détenteurs d'enjeux (perspective nomothétique). Ces deux questionnaires regroupent les énoncés des états cibles qui ont émergés des discussions lors des entrevues de groupe de la phase 3. Chacun des questionnaires comprend les habiletés et les moyens dans les quatre domaines qui avaient été identifiés dans tous les groupes: le domaine cognitif, le domaine moteur, le domaine affectif et le domaine des moyens.

Le premier questionnaire qui s'adressait aux graduées (appendice F) était composé de 101 énoncés: 35 énoncés au niveau du domaine cognitif; sept énoncés au niveau du domaine moteur; 13 énoncés au niveau du domaine affectif; et 46 énoncés au niveau des moyens. Une section relative aux données socio-démographiques a été incluse à la fin des deux questionnaires. Le deuxième questionnaire qui s'adressait aux représentantes des quatre autres groupes (appendice G) comprenait 184 énoncés: 77 énoncés dans le domaine cognitif; 22 énoncés au niveau du domaine moteur; 25 énoncés au niveau du domaine affectif; et 60 énoncés au niveau des moyens.

Un rappel téléphonique a été effectué par la chercheure auprès de chacune des répondantes deux semaines après l'envoi des questionnaires. Le nombre de répondantes dans l'étude étant peu élevé, nous avons décidé d'effectuer un troisième rappel téléphonique auprès de trois candidates. Cette opération a porté fruit, puisque 100% des répondantes ont retourné le questionnaire.

Étape III. Vérification de l'authenticité des besoins par les détenteurs d'enjeux

Le but de cette étape est de demander aux détenteurs d'enjeux d'exprimer ce qu'ils conçoivent comme étant un bénéfice significatif et un état d'insatisfaction afin de permettre d'identifier les besoins authentiques par la suite. Cette étape a duré deux mois, soit du 23 février au 18 avril 1994. Une répondante de chaque groupe de détenteurs d'enjeux a été sélectionnée pour des raisons pratiques tel que suggéré par Guba et Lincoln (1982). Ces répondantes ont été contactées par téléphone par la chercheure. Un deuxième appel téléphonique a été effectué deux jours avant chaque entrevue individuelle pour confirmer la date de la rencontre.

L'identification des besoins authentiques a été effectuée à l'aide d'une entrevue non structurée d'une durée moyenne de 45 minutes. L'entrevue s'est déroulée dans le bureau des répondantes à l'exception du groupe des graduées dont une entrevue a eu lieu dans un local de l'université tandis que l'autre s'est tenue à la résidence de la graduée. Au début de l'entrevue, la chercheure a situé chaque participante dans le processus de collecte des données afin de lui permettre de

suivre le déroulement de l'étude. Cette opération avait pour effet de motiver les participantes car celles-ci sentaient que leur participation pourrait avoir un impact sur l'orientation future des soins dispensés à la population ainsi que sur la profession infirmière. De plus, les répondantes ont été informées que la présence des deux conditions suivantes est nécessaire pour que les besoins potentiels identifiés précédemment soient considérés comme des besoins authentiques: 1) les besoins potentiels représentent un bénéfice significatif pour les détenteurs d'enjeux; 2) l'absence de ces besoins potentiels placent les détenteurs d'enjeux dans un état d'insatisfaction.

A l'aide d'un guide d'entrevue (appendice H), la chercheure a présenté les deux questions relatives aux thèmes choisis. Devant la complexité de la tâche à accomplir, il avait été décidé, suite à des consultations auprès de deux professeurs en sciences infirmières et en méthode qualitative, de commencer l'entrevue en présentant une situation fictive dans un domaine autre que celui visé par la recherche. Les répondantes ont apprécié l'exemple qui selon elle leur a permis de comprendre ce qu'on attendait d'elle.

Lors de l'entrevue, la première participante décrit ce qu'elle conçoit comme étant un bénéfice significatif pour le sujet et un état d'insatisfaction; elle exprime en fait son point de vue, ses valeurs par rapport à ces deux thèmes. A la fin de l'entrevue, elle identifie une autre personne de son groupe qui a des points de vue totalement opposés aux siens. Elle a également été informée que suite à une première analyse des données, la chercheure formulera une interprétation initiale (I1) (Guba et Lincoln, 1989) et la lui fera parvenir par télécopieur. Trois jours après l'envoi du texte, la chercheure a contacté par téléphone chacune des répondantes pour vérifier la validité de son interprétation initiale. La même procédure a été effectuée avec la seconde répondante, en plus de l'inviter à commenter l'interprétation initiale qui a résulté de la première entrevue. Cette opération s'est poursuivie jusqu'à ce qu'on ait atteint une saturation des données. A ce stade, les détenteurs d'enjeux en sont arrivés à un consensus sur l'interprétation du "bénéfice significatif" et de "l'état d'insatisfaction".

Étape IV: Mise en priorité des besoins authentiques par les détenteurs d'enjeux.

Le but de cette étape est de prioriser les besoins authentiques. Cette étape s'est déroulée sur une période de deux mois, soit du début de mai à la fin de juin 1994. Toutes les répondantes (n=19) ont reçu par la poste, un questionnaire (appendice I) qui visait en premier lieu, à recueillir leurs opinions sur le

degré d'importance qu'elles attribuaient aux différentes habiletés requises des infirmières graduées d'un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières pour travailler à titre d'infirmières professionnelles. Le questionnaire ne comportait que les habiletés (en termes de besoins futurs) qui avaient été considérées par les répondantes comme étant non maîtrisées par les graduées. En second lieu, il visait à recueillir leurs opinions sur le degré d'importance qu'elles attribuaient aux moyens requis à la maîtrise de ces habiletés.

Ce questionnaire est composé de 144 énoncés: 53 énoncés au niveau des domaines cognitif, moteur et affectif et 91 au niveau du domaine des moyens. Toutes les participantes ont été appelées à comparer, à l'aide d'une échelle de proportion, chaque besoin réel à un référent, en indiquant combien de fois elles jugent l'énoncé plus ou moins important. Un rappel téléphonique a été effectué auprès de toutes les répondantes trois semaines après l'envoi initial. Le taux de réponses a été de 100%.

I.D. L'analyse des données

Les entrevues de groupe et les entrevues individuelles ont été transcrites verbatim par la chercheure, à l'aide d'un transcripteur à pédales avec écouteur. L'utilisation de cet appareil permet de revenir en arrière plus facilement et de taper le contenu des conversations des répondantes directement à l'ordinateur. La transcription complète des entrevues permet de tenir compte de tous les incidents qui se sont déroulés lors des entrevues et qui pourraient s'avérer importants lors de l'analyse (Strauss et Corbin, 1990, p.30). Une première saisie des données a été effectuée à l'aide du logiciel WordPerfect, version 5.1. Par la suite, ces données ont été transférées sur le logiciel "Textbase Alpha" afin d'en faciliter le traitement. Ce logiciel permet de traiter des données non structurées en identifiant des segments de texte qui sont pertinents aux thèmes présentés et en leur attribuant un code spécifique. Les passages qui traitaient de l'unité de sens ont été ressortis du texte, codés et classés dans des catégories tels que suggérés par l'Ecuyer (1988), Pourtois et Desmet (1988). Ce type de programme permet de libérer le chercheur des tâches cléricales telles que le découpage, le collage et le classement des unités de sens, en lui permettant de consacrer plus de temps à l'analyse des données (Tesch, 1993).

Nous avons lu à plusieurs reprises la première version du texte codé dans les cinq groupes afin de vérifier si toutes les unités de sens pertinentes au thème choisi avaient été ressorties. Ces unités sont le plus souvent des phrases uniques ou consécutives. Par la suite, nous avons procédé à l'attribution des caté-

catégories qui représentaient les domaines cibles identifiés par toutes les participantes. Afin de s'assurer de la validité de notre interprétation, ce que Guba et Lincoln (1989, p. 243) appellent la "confirmability", nous avons soumis les données brutes à une professeure en sciences infirmières ainsi qu'à un professeur spécialiste en méthode qualitative. Lors de la première étape, les domaines cibles regroupés en quatre catégories représentaient bien les unités de sens qui avaient été ressorties du texte. Le critère de crédibilité qui se traduit par l'exactitude de la correspondance qui existe entre la perception des répondantes et leur reconstruction par la chercheure (Guba et Lincoln, 1989, pp. 236-243), a été appliqué. Lors de la deuxième série d'entrevues de groupe, la chercheure a présenté les résultats de l'analyse aux participantes afin de vérifier ses interprétations (member checks) (Pourtois & Desmet, 1988, p. 120; Guba & Lincoln, 1989, p. 238).

Au cours de la deuxième étape, la même procédure a été utilisée pour identifier le sens que les participantes ont donné au niveau "minimum" et identifier la grandeur de l'écart entre l'état cible et l'état actuel qu'elles considèrent comme significative. Au début de la troisième entrevue de groupe (focus group), la chercheure a présenté les résultats de son analyse aux participantes de chaque groupe afin de vérifier la crédibilité de ses interprétations. Le même type d'analyse a été effectué lors de la troisième phase, soit l'identification des états cibles. Les unités de sens qui représentaient les états cibles étaient regroupés dans chacune des catégories selon les domaines. Les données brutes et leurs interprétations ont été soumises à une professeure en sciences infirmières afin de vérifier la validité de signifiante des interprétations (Pourtois & Desmet, 1988, p. 120) ou la "confirmability". Les états cibles identifiés ont été formulés sous forme d'objectifs opérationnels et inclus dans deux questionnaires qui s'adressaient respectivement aux graduées (perspective idiographique) et aux participantes des quatre autres groupes (perspective nomothétique).

Lors de la phase 4, nous avons identifié les écarts afin de déterminer les besoins potentiels. L'analyse consistait à soustraire de la valeur de 5, attribuée à chaque énoncé de l'état cible (EC), la valeur moyenne accordée pour l'état actuel (EA) correspondant. Chaque écart obtenu a par la suite été comparé à la grandeur de l'écart qui a été retenue comme significative par l'ensemble des participantes. Lorsque la différence obtenue était inférieure à la valeur de l'écart significatif (ES), les énoncés étaient considérés comme des besoins de base auxquels le programme doit continuer à répondre. Lorsque la différence était égale ou supérieure à l'écart significatif (ES), les énoncés étaient considérés comme des besoins supplémentaires potentiels (incremental needs) auxquels le programme devrait tenter de répondre dans le futur (voir figure 3).

Au cours de l'étape d'identification des besoins authentiques à l'aide de l'approche herméneutique, la collecte et l'analyse des données sont constamment en interaction (Guba & Lincoln, 1989). Les entrevues individuelles ont été transcrites verbatim par la chercheure; la saisie et le traitement des données ont été effectués de la même façon que pour les entrevues de groupe. Les unités de sens relatives aux deux thèmes présentés, à savoir le bénéfice significatif et l'état d'insatisfaction, ont été ressorties. Par la suite, la chercheure a formulé une interprétation initiale pour chacun des concepts. Une première **vérification de l'interprétation** a été effectuée auprès d'un spécialiste en méthode qualitative. Chaque personne qui a participé à l'entrevue a reçu une copie de l'interprétation initiale afin de vérifier si celle-ci représentait ce qu'elle avait exprimée lors de l'entrevue (**member checks**). Des modifications ont été effectuées à la demande de certaines participantes. Lors de la deuxième série d'entrevues individuelles, la même procédure a été utilisée pour la formulation des interprétations subséquentes que Guba et Lincoln (1988, p. 149) appellent des interprétations améliorées. La saturation des données a été obtenue après la deuxième série d'entrevues individuelles.

Au cours de la dernière étape, la mise en priorité des besoins authentiques et les estimations obtenues à l'aide de la méthode d'estimation de l'amplitude ont été transformées en logarithmes. Par la suite, les moyennes logarithmiques et les moyennes géométriques ont été calculées. Puisque les résultats peuvent prendre n'importe quelle valeur entre 1 et l'infini, la moyenne géométrique a été privilégiée car elle est très peu affectée par les valeurs extrêmes. Le besoin authentique qui est le plus prioritaire est celui dont la moyenne géométrique est la plus élevée.

Nous croyons important de souligner aux lecteurs que le petit nombre de répondantes dans chaque groupe de détenteurs d'enjeux occasionnera une perte de précision lors de l'analyse des données de la phase d'identification des écarts et de l'étape de priorisation des besoins authentiques. Pour des fins de présentation, les valeurs des moyennes qui étaient égales ou supérieures à 0.005 ont été arrondies au centième supérieur. Le même procédé a été utilisé pour les écart-types sauf que trois décimales ont été conservées après le point.

CHAPITRE IV

L'ANALYSE DES RÉSULTATS

Dans le chapitre précédent, nous avons décrit la population et les différentes méthodes d'échantillonnage qui ont été utilisées tout au long du processus de la collecte des données. Les différents types de méthodologie privilégiés pour la collecte, le traitement des données et la validation du modèle d'évaluation des besoins authentiques des détenteurs d'enjeux ont également été exposés. Dans le présent chapitre, l'analyse des résultats est présentée à partir des quatre étapes du modèle d'évaluation des besoins, soit l'identification du ou des domaines cibles par les détenteurs d'enjeux, l'identification des besoins potentiels par ces derniers, la vérification de l'authenticité des besoins potentiels et la mise en priorité des besoins authentiques par les détenteurs d'enjeux concernés ou visés par un programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières.

I.A. Étape I: Identification du ou des domaines cibles par les détenteurs d'enjeux

Lors de cette première étape, l'ensemble des répondantes ont identifié quatre domaines sur lesquels a porté l'évaluation des besoins: le domaine cognitif, le domaine moteur, le domaine affectif et le domaine des moyens. Le domaine cognitif représente l'acquisition des connaissances ainsi que l'acquisition des habiletés et des capacités intellectuelles qui permettent l'utilisation des connaissances. Une des répondantes considère que l'acquisition des bases scientifiques est un élément important qui peut aider la graduée à se sentir capable d'intervenir auprès de d'autres professionnels (les) de la santé au nom des bénéficiaires; pour d'autres répondantes, la capacité de faire des liens entre la théorie et la pratique, de critiquer de façon constructive et d'émettre des jugements cliniques adéquats est aussi essentielle.

Le domaine moteur représente les habiletés cliniques, la capacité d'effectuer des techniques de soins basées sur des principes scientifiques qui demandent une certaine dextérité manuelle. Pour plusieurs répondantes, l'application des principes d'asepsie lors du changement d'un pansement, l'utilisation des principes scientifiques lors de la mobilisation des clients alités ainsi que la capacité d'expliquer les interventions infirmières au client sont des exemples d'habiletés

motrices que la graduée doit développer.

Le domaine affectif englobe les sentiments, les attitudes, les valeurs, le jugement et la capacité d'adaptation. La capacité de s'affirmer, de prendre sa place, de reconnaître ses limites, de conserver son honnêteté et son intégrité personnelle, d'être autonome et de s'adapter à diverses situations sont différentes habiletés affectives qui ont été mentionnées par les répondantes.

Les répondantes considèrent que la graduée d'un programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières doit acquérir l'ensemble de ces habiletés pour pouvoir travailler à titre d'infirmière professionnelle.

Le domaine des moyens regroupe toutes les solutions ou les interventions requises pour atteindre ces habiletés de performance. Les activités pédagogiques en salle de cours, la structure du programme et des cours, le soutien dans les milieux cliniques, l'organisation des stages, l'augmentation des heures de laboratoire, les critères d'évaluation des apprentissages, la durée du programme et la mise sur pied d'un groupe d'entraide sont autant de moyens qui ont été soulignés par les répondantes.

I.B. Étape II: Identification des besoins potentiels par les détenteurs d'enjeux

L'analyse de cette étape sera effectuée en quatre phases: 1) la définition du niveau "minimum" par les participantes en fonction des perspectives idiographique et nomothétique; 2) la détermination de la grandeur de l'écart entre l'état cible et l'état actuel que les participantes considèrent comme significative; 3) l'identification des états cibles au niveau des habiletés de performance et des moyens requis pour les atteindre; 4) l'identification des écarts.

Phase 1: Définition du niveau "minimum" par les participantes en fonction des perspectives idiographique et nomothétique

En tenant compte des quatre domaines identifiés, la définition du niveau "minimum" qui a été retenue par les répondantes de tous les groupes de détenteurs d'enjeux est la suivante:

c'est un niveau de performance essentiel que toute infirmière graduée d'un programme universitaire de formation initiale en

sciences infirmières devrait acquérir pour être capable de travailler à titre d'infirmière professionnelle et dispenser des soins de qualité. La présence des moyens requis pour atteindre ce niveau de performance doit être considérée comme essentielle.

Dans le groupe des administratrices, toutes considèrent que l'acquisition des habiletés de base sont essentielles pour pouvoir graduer et pratiquer comme infirmière professionnelle. Une répondante a souligné que l'infirmière graduée d'un programme universitaire de formation initiale

doit être autonome et être capable de prodiguer les soins dans son ensemble...donc de reconnaître les besoins des clients et de dispenser les services essentiels.

Une autre répondante considère comme

essentiel que l'étudiante démontre un sens éthique. Il est nécessaire que celle-ci ait des connaissances de base (ex. la démarche de soins) sinon elle ne pourra pas graduer.

Le niveau de performance minimal pour les professeures représente les habiletés de base au niveau bio-psychosocial et psychomoteur qu'elles considèrent comme fondamentales, essentielles, et que toute graduée devrait posséder à la fin de leur programme de formation. Une répondante a souligné que

en dessous de ça, on ne peut plus parler d'infirmière professionnelle.

Pour les représentantes des milieux communautaires, le niveau minimal, c'est un minimum vital. Elles considèrent que les habiletés requises au niveau des domaines identifiés sont fondamentales à la pratique infirmière. Une répondante considère ce niveau comme

une nécessité. Si elle n'a pas ces habiletés de base, elle ne peut pas fonctionner en CLSC. Par conséquent, on ne retiendrait pas sa candidature.

Une autre répondante souligne que c'est un niveau d'habiletés qu'il est nécessaire d'avoir, car sans cela elle ne serait pas engagée.

Les représentantes des milieux hospitaliers perçoivent la notion d'un niveau minimum comme

des habiletés de base que toute graduée devrait posséder...
des habiletés qui sont en fait nécessaires ou essentielles
comme par exemple, la capacité de prioriser ses interventions
de soins.

Pour les graduées, un niveau minimum, c'est un niveau de base que la graduée doit posséder peu importe où elle va travailler. Comme le souligne une répondante,

malgré le fait qu'on n'avait pas tout le matériel, malgré
le fait qu'on avait pas plein de chose...on revenait toujours
aux notions de base, à l'essentiel.

Il semble que pour une autre répondante, ce soit un niveau qui est essentiel, nécessaire pour être capable de pratiquer comme infirmière professionnelle. Elle constate

que les graduées devraient toutes partir avec ça.

Par conséquent, le niveau minimum de performance représente pour ces auditoires, les habiletés de base essentielles (cognitives, motrices et affectives) que toute graduée d'un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières devrait acquérir pour pouvoir travailler à titre d'infirmière professionnelle.

Phase 2: Détermination de la grandeur de l'écart entre l'état cible et l'état actuel que les participantes considèrent comme significative

Dans l'ensemble des groupes de détenteurs d'enjeux, la grandeur entre l'état cible et l'état actuel qui a été considérée comme significative dans les quatre domaines est de 2 (ES). Le niveau de maîtrise des habiletés et la présence des moyens seront alors considérés comme très élevé à élevé si l'écart entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) est plus petit que la valeur de l'écart significatif (ES). Il semble que les participantes considèrent qu'un niveau de maîtrise des habiletés cognitives, motrices et affectives qui se situe dans la catégorie élevée à très élevée est acceptable. Cela signifie pour celles-ci, que les graduées ont acquis les habiletés de base essentielles pour pouvoir

travailler à titre d'infirmières professionnelles. La présence des moyens identifiés comme très élevée à élevée a également été considérée comme acceptable. Ces moyens doivent donc être maintenus pour faciliter l'apprentissage de ces graduées.

Les administratrices considèrent qu'un écart significatif de 2 serait plus réaliste qu'un écart de 1.5. Comme le souligne une répondante,

si l'écart entre l'état cible et l'état actuel est de 2, le niveau de maîtrise des habiletés se situe à un niveau moyen ce qui veut dire qu'il y a des changements à effectuer dans le programme.

Une autre répondante mentionne que,

pour les habiletés qui sont considérées comme étant maîtrisées à un niveau élevé à très élevé, c'est correct; si le niveau est faible à très faible, on a de l'amélioration à faire.

Les professeures considèrent qu'un écart significatif de 3 ne refléterait pas ce qu'elles disaient depuis le début de l'entretien. Comme le souligne une professeure,

cela veut dire qu'on a mis notre écart significatif trop élevé.

Cette position est corroborée par une autre répondante

Un écart significatif de 3 c'est trop élevé. Il faudrait mettre 2, car avec 3 on vient de dire qu'il n'y a aucun changement à faire, que c'est parfait, alors que ce n'est pas correct.

A la fin de l'entretien, toutes les professeures se sont mises d'accord pour conserver l'écart significatif à 2.

Les représentantes des milieux communautaires considèrent qu'elles ne peuvent pas fixer une valeur de 1 pour l'écart significatif, car ce serait trop exiger des graduées. Une répondante mentionne que,

pour être capable de démontrer des habiletés au niveau du

savoir faire et au niveau du savoir être, la graduée doit avoir une cote élevée. La graduée ne pourra pas posséder ces habiletés si elle a une cote moyenne.

Une autre répondante indique qu'elle considérerait comme excellent un niveau de fonctionnement à 80%. Cette position est appuyée par une autre répondante.

Moi je l'engagerais si elle avait un niveau de performance à 80%. Je serais très satisfaite, car c'est un niveau élevé. Cela signifie que l'écart significatif serait de 2.

Comme le souligne une autre répondante,

on est peut être sévère lorsqu'on dit qu'on veut un niveau de performance élevé...mais est-ce qu'on peut se dire que l'on représente la santé communautaire, les CLSC? Mon point de vue c'est qu'on est obligé d'avoir des infirmières qui ont un niveau de performance relativement élevé parce qu'elles doivent être autonomes puisqu'elles travaillent seules et qu'elles n'ont pas de supervision directe. Il faut aussi qu'elle développe un côté professionnel. C'est le contexte qui fait que je choisis un écart significatif de 2.

Les cliniciennes des centres hospitaliers ont pris conscience que la valeur qu'elles attribueront à l'écart significatif dépendra de la façon dont elles ont défini leur niveau minimal. Une des répondantes indique que

notre avantage c'est de le mettre plus bas plutôt que trop haut, du moins, pour nous en clinique....pour forcer les choses à changer.

Par contre, une autre répondante constate qu'il faut être réaliste, car dit-elle,

on ne peut pas changer le programme au complet.

Une autre répondante souligne que,

comme le niveau et l'écart significatif s'adressent à tous les domaines, il devient difficile d'exiger un niveau très élevé pour toutes les habiletés de performance. Certaines connaissances peuvent être élevées sans être très élevées, car

il est impensable d'exiger que les graduées retiennent tout....
 si l'écart significatif est de 2, on peut dire que la maîtrise
 des habiletés est élevée à très élevée, donc, c'est acceptable.

L'ensemble des répondantes de ce groupe ont considéré comme acceptable, un écart significatif de 2.

En ce qui concerne le groupe des graduées, celles-ci ont souligné que si elles mettaient un écart significatif à 4, cela voudrait dire que tout est correct dans le programme, qu'il n'y a pas de changement à effectuer, ce qui n'est pas toujours le cas. Comme le mentionne une graduée,

si l'écart significatif est trop élevé, des besoins importants
 seront rejetés parce qu'on considère qu'ils sont satisfaits dans
 le programme actuel. On ne veut pas se déprécier mais 4 c'est trop
 haut.

Une graduée considère qu'un écart significatif de 2 c'est l'idéal alors qu'une autre indique que c'est correct. Cette valeur de 2 est acceptée par une autre graduée qui considère

que ça va dans le sens de ce qu'on a dit depuis le début de
 l'entretien.

Un écart significatif de 2 a donc été retenu pour permettre la sélection des besoins de base et des besoins supplémentaires.

Phase 3: Identification des états cibles au niveau des habiletés de performance et des moyens requis pour les atteindre

En premier lieu, nous présenterons les états cibles en fonction d'une perspective nomothétique (institutions). L'analyse de ces états cibles sera effectuée en fonction de chaque groupe de répondantes qui représentent ces institutions. Par la suite, nous ressortirons les états cibles en fonction d'une perspective idiographique (graduées).

Les états cibles, en fonction d'une perspective nomothétique qui sont identifiés pour les domaines cognitif, moteur, affectif et les moyens par les administratrices, les professeures, les représentantes des milieux hospitaliers et communautaires, sont présentés dans les tableaux 3, 4, 5 et 6. Les représentantes des institutions requièrent des graduées qu'elles acquièrent des

Tableau 3

Habiletés cognitives identifiées par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS COGNITIVES	GROUPES			
	ADM	PROF	CLSC	CH
1. Acquérir des connaissances en philosophie humaine (croyances, valeurs, la vie, la mort)		*	*	
2. Acquérir des connaissances en anatomie		*	*	*
3. Acquérir des connaissances en physio-pathologie		*	*	*
4. Acquérir des connaissances en pharmacologie			*	*
5. Acquérir des connaissances en nutrition		*	*	
6. Acquérir des connaissances de base en informatique		*		
7. Acquérir des connaissances en bioéthique	*	*	*	
8. Acquérir des connaissances en droit de la santé		*	*	
9. Acquérir des connaissances de base en ethnoculturalisme (anthropologie)		*	*	
10. Acquérir des connaissances dans les sciences biologiques	*	*	*	
11. Acquérir des connaissances en microbiologie immunologie			*	
12. Acquérir des connaissances en épidémiologie			*	
13. Acquérir des connaissances dans les sciences sociales (sociologie)		*	*	*
14. Acquérir des connaissances dans les sciences de comportement (psychosocial)	*	*		*
15. Acquérir des connaissances sur la gestion des équipes multidisciplinaires (principes de la négociation)	*		*	*
16. Connaître les grands principes de santé mentale (maturité, sécurité, actualisation de soi, tolérance à l'ambiguïté, agressivité de croissance versus agressivité nocive)		*	*	

Tableau 3 (suite)

Habiletés cognitives identifiées par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS COGNITIVES	GROUPES			
	ADM	PROF	CLSC	CH
17. Acquérir des connaissances en psychologie de l'apprentissage			*	
18. Acquérir des connaissances en pédagogie		*		
19. Acquérir des connaissances en andragogie		*		
20. Acquérir des connaissances en créativité	*	*		
21. Acquérir des connaissances sur le développement de la personne			*	*
22. Acquérir des connaissances sur l'affirmation de soi		*		*
23. Acquérir des notions théoriques sur la connaissance de soi		*	*	
24. Acquérir des connaissances sur les dynamiques familiales (ex. familles reconstituées, etc.)	*	*	*	
25. Acquérir des connaissances sur l'approche systémique auprès de la famille	*	*	*	*
26. Acquérir des connaissances sur la théorie des systèmes		*		*
27. Acquérir des notions théoriques sur le changement planifié			*	*
28. Acquérir des notions de marketing				*
29. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en psychiatrie		*		
30. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en pédiatrie		*		
31. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en obstétrique		*		
32. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en gériatrie		*		
33. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en médecine-chirurgie		*		

Tableau 3 (suite)

Habiletés cognitives identifiées par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS COGNITIVES	GROUPES			
	ADM	PROF	CLSC	CH
34. Acquérir des connaissances sur la relation d'aide		*	*	*
35. Connaître les principes de la communication verbale et non verbale		*	*	*
36. Acquérir des connaissances sur les soins de santé intégraux (primary nursing)			*	*
37. Acquérir des connaissances en gestion des soins infirmiers (inclure des notions de contrôle et d'évaluation de la qualité des soins)		*	*	*
38. Acquérir des connaissances sur les modes de distribution de soins	*			*
39. Connaître les bases philosophiques de la profession infirmière	*		*	
40. Etre capable de définir le rôle autonome de l'infirmière	*		*	*
41. Acquérir des connaissances de base sur les différents modèles conceptuels en sciences infirmières ainsi que la philosophie qui les sous-tend.		*	*	*
42. Connaître les grands principes de la santé communautaire (prévention, promotion)	*	*	*	*
43. Acquérir des connaissances sur l'organisation et l'éducation socio-sanitaire			*	
44. Connaître les principales étapes de la démarche de soins	*	*	*	*
45. Acquérir des connaissances sur l'intervention ethnoculturelle		*	*	
46. Acquérir des connaissances de base en méthodologie de la recherche en sciences infirmières		*	*	*

Tableau 3 (suite)

Habiletés cognitives identifiées par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS COGNITIVES	GROUPES			
	ADM	PROF	CLSC	CH
47. Connaître les principes d'asepsie		*	*	*
48. Connaître les différentes façons de faire les pansements			*	
49. Connaître les principes de base des différentes techniques de soins	*		*	*
50. Connaître les principes sous-jacents à la mobilisation des patients alités (à domicile et à l'hôpital)			*	
51. Connaître les différentes sortes de stomie (leur fonctionnement, l'alimentation requise)			*	*
52. Acquérir des connaissances sur la réanimation		*	*	
53. Acquérir des connaissances sur les soins d'urgence (premiers soins)			*	
54. Connaître les méthodes d'intervention et les limites des autres professionnels (les) de la santé		*	*	*
55. Acquérir des connaissances sur les différentes thérapies alternatives (buts, objectifs, accessibilité)		*	*	
56. Etre capable de discerner le stress optimal (positif) du stress nuisible		*		
57. Etre capable d'appliquer les différentes étapes de la démarche de soins auprès d'un <u>client</u> , (évaluation des besoins de la clientèle cible, analyse, formulation d'un diagnostic infirmier, validation du diagnostic, planification, intervention et évaluation)	*	*	*	*

Tableau 3 (suite)

Habiletés cognitives identifiées par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS COGNITIVES	GROUPES			
	ADM	PROF	CLSC	CH
58. Etre capable d'appliquer les différentes étapes de la démarche de soins auprès d'une <u>famille</u> , (évaluation des besoins de la clientèle cible, analyse, formulation d'un diagnostic infirmier, validation du diagnostic, planification, intervention et évaluation)	*	*	*	
59. Etre capable d'appliquer les différentes étapes de la démarche de soins auprès d'une <u>communauté</u> , (évaluation des besoins de la clientèle cible, analyse, formulation d'un diagnostic infirmier, validation du diagnostic, planification, intervention et évaluation)	*	*	*	
60. Etre capable d'élaborer un plan de soins en fonction des besoins de la clientèle cible (faire participer la clientèle cible)	*	*	*	*
61. Etre capable d'appliquer un modèle conceptuel auprès de différentes clientèles cibles			*	
62. Etre capable de voir l'individu dans sa globalité (interdépendance entre son état de santé, son mode de vie, et son environnement)	*		*	
63. Etre capable de reconnaître les signes indicateurs de complication		*		*
64. Etre capable de dispenser des soins à toutes les clientèles cibles (en psychiatrie, pédiatrie, obstétrique, médecine-chirurgie, gériatrie)		*		
65. Tenir compte du développement de l'enfant lors des interventions de soins		*		

Tableau 3 (suite)

Habiletés cognitives identifiées par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS COGNITIVES	GROUPES			
	ADM	PROF	CLSC	CH
66. Etre capable d'évaluer l'enseignement dispensé à une clientèle cible	*			
67. Etre capable d'appliquer les grands principes de prévention et de promotion de la santé dans différentes situations de soins		*		*
68. Etre capable d'appliquer les grands principes de prévention et de promotion de la santé dans tous les milieux d'intervention (centres hospitaliers, milieux naturels, etc)		*		
69. Etre capable d'identifier lors de la planification des soins, les ressources disponibles au client qui retourne à domicile		*	*	
70. Etre capable d'identifier une situation problématique au sein de la famille		*		
71. Etre capable de prioriser ses interventions (discerner entre l'essentiel et l'accessoire)	*	*	*	*
72. Etre capable de conceptualiser		*		
73. Développer une capacité d'analyse	*	*	*	*
74. Développer un esprit critique	*	*	*	*
75. Etre capable d'émettre des jugements cliniques adéquats	*	*	*	*
76. Tenir compte de la dimension éthique lors de ses interventions	*	*	*	
77. Etre capable d'organiser son travail	*			*

connaissances dans les sciences infirmières, les sciences fondamentales, les sciences humaines et les sciences sociales. Ces connaissances se situent à différents niveaux d'abstraction. En effet, on exige de ces graduées qu'elles possèdent non seulement des connaissances théoriques, mais qu'elles puissent les appliquer auprès de différentes clientèles cibles et évaluer la qualité de leurs interventions. Elles doivent posséder des habiletés pour être capables d'intervenir auprès des individus, des familles et des groupes que ce soit en milieu hospitalier, en milieu naturel ou en communauté. Dans l'ensemble, on exige de ces graduées qu'elles maîtrisent non seulement les techniques de soins de base, mais qu'elles développent une capacité d'analyse et un esprit qui leur permettront de porter des jugements cliniques adéquats.

On note que seulement neuf des habiletés cognitives ont été soulevées par toutes les répondantes: acquérir des connaissances sur l'approche systémique auprès de la famille; connaître les grands principes de la santé communautaire (prévention, promotion de la santé); connaître et appliquer les principales étapes de la démarche de soins auprès d'un client; élaborer avec la clientèle cible un plan de soins en fonction de leurs besoins et prioriser ces interventions de soins. Ces habiletés s'inscrivent dans une démarche de soins systématique que toute infirmière devrait connaître et appliquer afin de répondre aux besoins du client, de la famille et de la communauté. Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire que l'infirmière possède une bonne capacité d'analyse et un esprit critique afin d'émettre des jugements cliniques adéquats dans le but d'assurer des soins de qualité à la clientèle visée par ses interventions.

Dans le groupe des administratrices, on note l'absence d'habileté cognitive particulière qui serait spécifique à ce groupe. Par contre, les professeures ont identifié certaines habiletés cognitives que l'on ne retrouve dans aucun des autres groupes de répondantes: l'acquisition de connaissances de base en informatique, en pédagogie et en andragogie.

A cause des tendances qui font que les infirmières vont avoir de plus en plus à faire de la formation et à faire de la prévention, ...celles-ci doivent acquérir des principes de base dans ces domaines et apprendre à en évaluer l'application.

L'acquisition et l'application des connaissances dans les diverses spécialisations en soins infirmiers telles que la pédiatrie, la psychiatrie, l'obstétrique, la gériatrie, la médecine-chirurgie ont également été identifiées par les professeures comme étant des habiletés cognitives minimales que toute graduée devrait posséder à la fin de sa formation. La capacité de discerner le stress optimal du stress nuisible est considérée comme nécessaire

apprendre que l'insécurité ça fait partie de la vie...apprendre que ce qu'elles ressentent ça peut être positif, ça peut être motivant..utiliser ce stress pour être productive

Les professeures considèrent que les graduées doivent tenir compte du développement de l'enfant lors des interventions de soins.

Planifier des soins avec un enfant c'est bien différent des adultes...il faut savoir qu'avec un enfant de tel âge, comment tu vas t'y prendre s'il ne veut pas, s'il est à la période du non. ...Tu lui donnes un choix, mais tu ne lui donnes pas le choix de le faire.

La capacité d'application des principes de prévention et de promotion de la santé dans tous les milieux d'intervention a également été considérée comme essentielle pour l'intégration de ces connaissances.

Lors de la planification des soins, si l'étudiante ne tient pas compte du retour à la maison, des ressources communautaires dont le client va avoir besoin, on va voir qu'il n'y a pas d'intégration

Le dernier état cible qui a été retenu par les professeures se situe au niveau de la capacité de l'étudiante d'identifier une situation problématique au sein d'une famille.

Etre capable de sentir la tension, de déceler, d'interpréter le non verbal, de voir les modes de fonctionnement au sein de la famille.

Dans le groupe des représentantes des milieux communautaires, on note onze habiletés qui n'ont été identifiées que par ces répondantes. L'acquisition de connaissances en microbiologie et immunologie ainsi qu'en épidémiologie sont essentielles pour travailler dans ces milieux où elles sont confrontées avec toutes sortes de parasites et doivent composer avec des familles qui vivent parfois dans des milieux plus ou moins salubres. Elles considèrent qu'il serait important que des connaissances en psychologie de l'apprentissage, en fonction des différentes étapes de la vie, soient intégrées au niveau de l'éducation sanitaire. Des connaissances sur l'organisation et l'éducation sanitaire sont très importantes pour les CLSC. Comme le souligne une répondante,

c'est essentiel pour faire changer un milieu, pour améliorer

les comportements, les conditions de santé des individus, des groupes.

La connaissance des différents façons de faire des pansements est un besoin qui est considéré important dans les milieux communautaires. En effet,

l'infirmière doit être capable de décrire la plaie, d'identifier ses caractéristiques et par la suite, de décider du type de pansement à utiliser

Elle doit aussi connaître les principes sous-jacents à la mobilisation des patients alités autant à domicile qu'à l'hôpital. Comme le soulignait une répondante,

l'infirmière doit composer avec la famille, comment mobiliser un client qui est alité dans un contexte où il n'y a pas de lit d'hôpital, pas d'oreiller pour le positionner, pas d'argent. Il faut qu'elle s'adapte au contexte et qu'elle soit créatrice.

De par son rôle, l'infirmière qui travaille auprès de la famille et de la communauté peut être appelée à intervenir dans des situations d'urgence qui nécessitent une bonne connaissance en premiers soins. L'infirmière doit aussi être capable d'appliquer un modèle conceptuel auprès de différentes clientèles cibles. Comme le souligne plusieurs répondantes, si elle approfondit un modèle conceptuel, elle sera capable de faire le transfert dans différents milieux, "ce qui n'est pas le cas actuellement".

Au niveau des centres hospitaliers, il semble qu'il n'y ait qu'une habileté qui soit différente de ce qu'on retrouve dans les autres groupes: l'acquisition de notions de marketing. Comme le souligne une répondante,

l'étudiante doit comprendre toute la différence entre transmettre des ressources et recevoir des messages; c'est ça le marketing. Comment savoir politiquement parlant, ce que les médecins veulent...comment être visible.

HABILETÉS MOTRICES

Les états cibles (en termes d'habiletés motrices) identifiés dans le domaine moteur sont présentés au tableau 4. Les représentantes des institutions

Tableau 4

Habiletés motrices identifiées par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS MOTRICES	GROUPES			
	ADM	PROF	CLSC	CH
1. Etre capable de s'impliquer dans les équipes multidisciplinaires	*	*	*	*
2. Etre capable de faire de l'enseignement auprès de différentes clientèles cibles	*	*	*	*
3. Encourager le client à participer aux activités de soins (prise en charge par le client)	*			
4. Compléter les plans de soins dans les milieux de stage	*		*	*
5. Référer le client et/ou la famille aux ressources appropriées		*	*	
6. Maîtriser les techniques de soins de base appliquées aux différentes clientèles cibles (ex. lit, bain, injection, intraveineuse, poser des sondes, signes vitaux, ponctions veineuses, médication, lavement, etc.)	*	*	*	*
7. Appliquer les principes d'asepsie lors de leurs interventions	*	*	*	*
8. Respecter les normes de confort et de sécurité lors de ses interventions	*			
9. Etre capable de mobiliser les clients alités en tenant compte des principes scientifiques sous-jacents (enfants, adultes)	*	*	*	*
10. Etre capable d'appliquer les grands principes de prévention et de promotion de la santé	*	*	*	*
11. Etre capable de faire un examen physique centré sur la normalité				*
12. Etre capable de faire différents types de de pansements			*	*
13. Etre capable d'effectuer une réanimation cardiaque		*	*	*

Tableau 4 (suite)

Habiletés motrices identifiées par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS MOTRICES	GROUPES			
	ADM	PROF	CLSC	CH
14. Etre capable d'intervenir dans des situations d'urgence (secourisme)		*	*	
15. Etre capable d'interagir avec le client	*	*	*	*
16. Etre capable d'interagir avec la famille du client	*	*	*	*
17. Etre capable d'établir une relation d'aide efficace avec la clientèle cible	*	*	*	*
18. Etre capable d'établir un travail d'équipe efficace avec ses collègues de l'équipe de soins	*		*	*
19. Discuter des problématiques de soins de leurs clients avec leurs collègues étudiantes (étude de cas)	*			
20. Discuter des problématiques de soins de leurs clients avec les autres membres de l'équipe de soins (cela permet de valider leurs observations)	*			*
21. Aviser les autorités concernées de toutes erreurs lorsque les soins sont dispensés	*			
22. Rédiger des notes claires dans le dossier du client (en vue de favoriser la continuité des soins)				*

requièrent des graduées qu'elles maîtrisent les techniques de soins de base appliquées à diverses clientèles cibles tout en respectant les principes d'asepsie, et ce en vue de protéger son client. Les graduées doivent avoir une certaine dextérité manuelle lors de leurs interventions de soins, tout en ayant les habiletés requises pour établir une relation d'aide efficace auprès de ses clientèles cibles. Celles-ci doivent travailler en collaboration avec leurs collègues et les autres professionnels (les) de la santé en vue de favoriser chez le client, la prise en charge de sa propre santé, dans des conditions sécuritaires. Neuf états cibles communs ont été identifiés par tous les groupes: être capable de s'impliquer dans les équipes multidisciplinaires, faire de l'enseignement auprès de différentes clientèles cibles, maîtriser les techniques de soins de base, appliquer les principes d'asepsie lors de leurs interventions, mobiliser les clients alités en tenant compte des principes scientifiques sous-jacents, appliquer les grands principes de prévention et de promotion de la santé, interagir avec le client et sa famille et établir une relation d'aide efficace avec la clientèle cible.

Le groupe des administratrices ont identifié cinq états cibles que l'on ne retrouve pas dans les autres groupes. Le premier consiste à encourager le client à participer aux activités de soins en vue de prendre en charge sa propre santé. Le deuxième est lié au respect des normes de confort et de sécurité qui, selon les répondantes, est à la base de toutes leurs interventions. Les graduées doivent aussi être capables de discuter des problématiques de soins de leurs clients avec leurs collègues et non seulement avec les intervenants des milieux. Un dernier élément sur lequel les administratrices ont fortement insisté, est l'obligation d'aviser les autorités concernées de toutes erreurs lorsque les soins sont donnés. Comme le souligne une répondante,

reconnaître ses erreurs, c'est être capable d'assumer ses responsabilités en tant que professionnelle.

Le seul autre groupe qui a mentionné des états cibles différents est celui des cliniciennes des milieux hospitaliers. Pour celle-ci, il va de soi que les graduées doivent être capable d'effectuer un examen physique centré sur la normalité. De plus, elles soulignent la nécessité de rédiger des notes claires dans le dossier du client, et ce en vue de favoriser la continuité des soins.

HABILETÉS AFFECTIVES

Les états cibles, en termes d'habiletés affectives requises des graduées pour dispenser des services professionnels, sont présentés au tableau 5. Les

Tableau 5

Habiletés affectives identifiées par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS AFFECTIVES	GROUPES			
	ADM	PROF	CLSC	CH
1. Développer une curiosité intellectuelle (aller chercher des informations additionnelles dans les revues scientifiques, les livres)	*	*	*	*
2. Avoir une bonne connaissance de soi		*	*	*
3. Etre plus mature	*	*	*	*
4. Avoir confiance en soi		*	*	*
5. Etre autonome	*	*	*	*
6. Reconnaître ses limites	*	*	*	*
7. Reconnaître ses préjugés et le fait que cela puisse nuire à ses interactions avec autrui (clients, collègues, etc.)	*			
8. Respecter les autres collègues, professeurs, clients	*	*		*
9. Démontrer un certain sens des responsabilités	*	*	*	*
10. Etre capable de gérer son stress (ex. vivre avec une certaine dose d'insécurité)		*	*	*
11. Apprendre à tolérer sa propre dépendance et celle de son client		*		
12. Etre capable de faire face à sa propre agressivité et à celle des autres		*		
13. Etre capable de faire face aux frustrations, aux échecs et au rejet de façon positive		*		
14. Etre tolérant face à l'ambiguïté		*		
15. Demander de l'aide au besoin	*	*	*	*
16. Etre capable de s'affirmer	*	*	*	*
17. Faire preuve de créativité dans ses interventions (sortir des cadres habituels)	*	*	*	*
18. Avoir le sens de l'humour			*	
19. Etre capable de prendre sa place		*	*	*

Tableau 5 (suite)

Habiletés affectives identifiées par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS AFFECTIVES	GROUPES			
	ADM	PROF	CLSC	CH
20. Etre capable de s'adapter à différentes situations	*	*	*	*
21. Etre capable d'assumer un leadership	*	*		*
22. Etre capable de démontrer une attitude de motivation	*	*		
23. Développer un esprit de solidarité entre infirmières (dans les cours et dans les milieux de stage)		*		
24. Développer une conscience sociale	*			
25. Avoir un certain décorum vestimentaire	*			*

représentantes des institutions soulignent l'importance pour les graduées de connaître leurs capacités et leurs limites personnelles pour être capables d'aller au-delà de l'acquis et assumer leurs responsabilités envers la clientèle tout en s'affirmant comme professionnelles autonomes. Elles s'attendent à ce que les graduées soient capables de démontrer une certaine tolérance au stress et à l'ambiguïté qui sont souvent présents lorsqu'elles interviennent dans des situations de soins de plus en plus complexes.

Parmi les habiletés affectives identifiées, neuf d'entre elles ont fait l'objet d'un consensus de la part des quatre groupes. En cours de formation, toutes les graduées doivent avoir développé une curiosité intellectuelle qui les incitera, tout au long de leur carrière, à être à l'affût des nouvelles découvertes en sciences infirmières et qui leur permettra de faire avancer leur pratique professionnelle. Ces graduées doivent, au cours de leur formation universitaire, être capable de reconnaître leurs limites, posséder plus de maturité, être autonomes et démontrer un certain sens des responsabilités. De plus, on requiert d'elles qu'elles soient ouvertes à demander de l'aide aux autres intervenantes, qu'elles s'affirment comme professionnelles et fassent preuve de créativité lors de leurs interventions. La capacité de s'adapter à différentes situations est considérée comme essentielle dans le contexte de restrictions budgétaires et d'une société qui devient de plus en plus exigeante face à la qualité des services que l'on attend des professionnelles de la santé.

Les administratrices requièrent des graduées qu'elles soient capables de reconnaître leurs préjugés et le fait que cela puisse nuire à leurs interactions avec autrui.

Si elles n'en sont pas capables, leur niveau de communication avec les individus de différentes ethnies, les autres professionnels et les membres de l'équipe de soins en sera altéré.

Cette formation universitaire devrait favoriser l'émergence d'une conscience sociale chez les graduées, une ouverture aux grands problèmes de la société comme la pauvreté, l'itinérance.

Les professeures reconnaissent l'importance pour les graduées d'être capables de faire face à leur propre agressivité et à celle des autres afin d'être "capables de se dépasser, d'aller plus loin dans ses interactions.. il s'agit en fait de permettre à l'autre de vivre et non de le démolir". La capacité de tolérer sa propre dépendance et celle de son client est essentielle car

si l'étudiante fait tout pour son client pour se déculpabiliser, elle ne donne alors aucune chance de développement au client.

Elles requièrent en outre des graduées qu'elles soient capables de faire face aux frustrations, aux échecs et au rejet de façon positive. De plus, celles-ci doivent développer un esprit de solidarité, et ce autant dans les cours que dans les milieux de stage.

Au niveau des milieux communautaires, il n'est ressorti qu'un seul état cible spécifique: avoir le sens de l'humour.

Tu peux passer bien des choses avec l'humour que tu ne peux pas passer normalement quand les gens sont en situation de stress.

DOMAINE DES MOYENS

En ce qui concerne les moyens, les états cibles considérés essentiels par les représentantes des institutions afin de favoriser l'acquisition des habiletés cognitives, motrices et affectives chez les graduées sont présentés au tableau 6. Dans ce domaine, un seul état cible a été mentionné par tous les groupes: échelonner la formation sur une période de quatre ans, incluant un internat de spécialisation. Les moyens invoqués par les représentantes des institutions se retrouvent tant au niveau des formules pédagogiques, de la structure du programme, des ressources matérielles qu'au niveau de la collaboration entre les universités et les milieux de soins. La formule, l'évaluation et la durée des stages ainsi que l'implication des étudiantes, des professeures et des infirmières des milieux cliniques constituent une source de préoccupations chez les participantes. Les exigences requises des étudiantes avant leur admission au programme ainsi que le type de soutien qui devrait leur être fourni en cours de formation ont également été relevés. Devant l'ampleur des habiletés requises afin que les graduées puissent pratiquer en tant que professionnelles de la santé, toutes les répondantes ont préconisé l'ajout d'une année académique, incluant un internat de spécialisation. Cet ajout favorisera l'apprentissage et facilitera l'intégration des futurs graduées dans les milieux de soins où la population desservie est de plus en plus exigeante face à la qualité des soins qu'elle est en droit de recevoir. On constate que trois autres éléments étaient une source de préoccupations dans au moins trois des groupes de répondantes. En premier lieu, celles-ci (professeures, administratrices, CH) considèrent qu'il devrait y avoir plus d'ateliers d'orientation pratique, i.e. plus de mises en situation clinique en petit groupe. Ceci permettrait "d'allouer plus de temps

Tableau 6

Moyens identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

MOYENS	GROUPES			
	ADM	PROF	CLSC	CH
1. Réduire à 40 le nombre d'étudiantes dans les cours théoriques ou prévoir des ateliers avec un nombre réduit d'étudiantes	*	*		
2. Mettre le cours de réanimation obligatoire		*		
3. Favoriser la mise en place d'ateliers sur la connaissance de soi, le développement personnel		*		*
4. Avoir des ateliers à orientation pratique (mise en situation clinique en petit groupe)	*	*		*
5. Apprendre à faire confiance aux étudiantes dans les cours (même dans les cours qui ont un nombre élevé d'étudiantes)	*			
6. Impliquer les étudiantes dans des équipes de travail multidisciplinaire, de la première à la dernière année de formation			*	*
7. Mettre l'accent sur la recherche appliquée dans le cours de méthodologie de la recherche en sciences infirmières (comment on peut appliquer les recherches dans les milieux cliniques)				*
8. Inclure l'anglais comme pré-requis à l'admission				*
9. Que l'université fournisse des locaux adéquats, en nombre suffisant et avec des installations adéquates		*	*	
10. Réduire le ratio professeure/étudiantes dans les groupes de stage.			*	*
11. Effectuer le stage en santé communautaire avant le stage en médecine-chirurgie		*	*	
12. Augmenter la durée du stage de première année (soins aux adultes) à 4 semaines, à raison de 4 jours/semaine)			*	

Tableau 6 (suite)

Moyens identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

MOYENS	GROUPES			
	ADM	PROF	CLSC	CH
13. Lors du stage d'intégration, augmenter graduellement le nombre de clients ou de familles par étudiante afin de mieux refléter la réalité des milieux (cela leur permet d'apprendre à gérer leur stress)			*	
14. Deux semaines avant les stages, simuler des situations réelles en laboratoire, afin de réduire le niveau de stress des étudiantes	*			
15. Impliquer plus les étudiantes au sein des réunions cliniques (leur demander de présenter une histoire de cas)				*
16. Demander aux étudiantes de définir clairement leurs objectifs de stage				*
17. Demander aux étudiantes en stage de présenter les résultats de leur travail aux infirmières de l'unité de soins (source d'affirmation et d'estime de soi)				*
18. Demander aux étudiantes en stage de discuter de leurs plans de soins avec les infirmières de l'unité où elles travaillent et de les laisser à l'unité (source de stimulation pour les infirmières de l'unité de soins)				*
19. S'assurer que les professeures supervisent (sur place) le dernier stage d'intégration dans les milieux cliniques (pour évaluer l'aspect psychosocial et familial dans les interventions des étudiantes)				*
20. Que l'université donne plus de formation aux superviseuses de stage				*

Tableau 6 (suite)

Moyens identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

MOYENS	GROUPES			
	ADM	PROF	CLSC	CH
21. S'assurer que les superviseuses respectent rigoureusement les exigences de stage lors de l'évaluation de l'étudiante				*
22. Permettre aux étudiantes de rencontrer des infirmières qui dispensent des soins intégraux (primary nursing)				*
23. Donner plus de responsabilités aux étudiantes (ne pas tout faire pour elles, car cela ne reflète pas la réalité des milieux cliniques)				*
24. Favoriser l'affirmation de soi des étudiantes (au sein de l'université)				*
25. Que les professeures conscientisent les étudiantes face à leurs responsabilités envers le client				*
26. Encourager les initiatives des étudiantes	*			
27. Permettre aux étudiantes de s'affirmer dans les stages (que les milieux leur fassent davantage confiance)		*		*
28. S'assurer que les professeures et les étudiantes en stage ne quittent pas l'unité de soins avant que tous les soins ne soient dispensés au client				*
29. Que les responsables des unités de soins manifestent leurs attentes aux étudiantes en stage (en termes de ce que ça pourrait leur rapporter)				*
30. Que les professeures/superviseuses fassent profiter les infirmières du milieu de leur expertise (ex. conférences le midi, explication de cas complexe)				*

Tableau 6 (suite)

Moyens identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

MOYENS	GROUPES			
	ADM	PROF	CLSC	CH
31. Offrir des périodes libres de laboratoire (cela permet aux étudiantes de pratiquer leurs habiletés psychomotrices)		*		
32. Offrir des laboratoires en fonction de toutes les clientèles cibles		*		*
33. S'assurer qu'en laboratoire les étudiantes maîtrisent les habiletés psychomotrices fondamentales			*	*
34. Faire des laboratoires d'examens physiques autant pour les enfants que pour les adultes		*		
35. Augmenter le nombre de laboratoires dirigés	*	*		
36. Mettre sur pied un groupe de soutien ou d'entraide par les pairs	*	*		
37. Mettre sur pied un groupe d'entraide ou de tutorat composé d'une professeure et d'une étudiante de 1 ^{ière} , 2 ^{ième} et 3 ^{ième} années.		*	*	*
38. Obtenir le soutien de l'administration suite aux décisions des professeures d'échouer une étudiante dans les cours ou en stage		*		
39. Faire passer un test de personnalité aux étudiantes lors de l'admission			*	*
40. S'assurer que les étudiantes puissent s'exprimer et écrire correctement en français (afin de pouvoir mieux communiquer avec son client)	*			*
41. Développer des moyens d'évaluation pour favoriser une meilleure qualité au niveau de la population étudiante en sciences infirmières (ex. augmenter les exigences au niveau des cours, des stages)		*	*	*

Moyens identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

MOYENS	GROUPES			
	ADM	PROF	CLSC	CH
42. Que l'université développe des mécanismes de contrôle pour éviter que les étudiantes qui ont des problèmes d'ordre psychique ou affectif puissent continuer leur programme de formation (du moins jusqu'à ce que le problème soit réglé)				*
43. Que les gestionnaires des milieux cliniques mettent sur pied des modes de distribution de soins qui favoriseraient une continuité de soins				*
44. Que les gestionnaires des milieux cliniques reconnaissent l'importance de la force curative de la relation d'aide lors des interventions des infirmières				*
45. Favoriser la mise en place de postes conjoints entre l'université et les milieux cliniques	*			*
46. Instaurer un système de préceptorat dans les milieux cliniques				*
47. Conclure une entente avec les milieux cliniques et l'université pour que l'étudiante puisse pratiquer les techniques de soins de base dans les milieux (ex. au centre de prélèvement)				*
48. Que toutes les professeures s'impliquent dans les milieux cliniques soit par des projets de recherche ou des supervisions de stage (cela permet de rester en contact avec la réalité des milieux)	*			*
49. Avoir au moins 30% d'infirmières bachelières dans les milieux de stage (cela favorisera l'apprentissage par modèle de rôle (role model))	*			*

Tableau 6 (suite)

Tableau 6 (suite)

Moyens identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

MOYENS	GROUPES			
	ADM	PROF	CLSC	CH
50. Que l'université favorise le développement d'une conscience sociale chez les étudiantes en les impliquant au sein de la communauté dès le début de leur formation (ex. travailler avec les itinérants)	*			
51. Que les milieux cliniques et communautaires adoptent une philosophie de soins basée sur les soins intégraux	*			*
52. Que les milieux cliniques affiliés à l'université reconnaissent que l'enseignement fait partie du mandat du centre ou des professionnels (les qui y travaillent.	*			
53. Que les milieux cliniques fournissent des locaux adéquats lors des stages (faciliter les rencontres)	*			
54. Valoriser la recherche clinique dans les facultés de sciences infirmières				*
55. Favoriser des rencontres entre les administratrices des milieux cliniques, de l'université et les infirmières chefs des unités de soins (en vue de partager une même philosophie de soins)	*			
56. Que les professeures siègent sur des comités décisionnels dans les milieux cliniques et communautaires et que les représentantes de ces milieux siègent sur des comités décisionnels au sein de l'université	*			*

Tableau 6 (suite)

Moyens identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

MOYENS	GROUPES			
	ADM	PROF	CLSC	CH
57. Qu'il y ait des ententes entre les milieux de stage (CH et CLSC) pour que les intervenantes et les étudiantes aient accès à la formation dispensée dans ces centres (ex. dialyse, inhalothérapie, etc)			*	*
58. Que l'université diversifie plus les milieux de stage en santé communautaire (ex. centre de jour, centre des femmes, organisme communautaire)			*	
59. En cas d'insatisfaction lors des stages, les responsables dans les universités devraient déposer une plainte pour qu'il y ait un suivi de la part des milieux (l'université est aussi un client d'une certaine façon)				*
60. Échelonner la formation sur une période de quatre ans, incluant un internat de spécialisation	*	*	*	*

à la supervision des étudiantes... et de favoriser chez ces dernières, la maîtrise des techniques de soins et l'interaction auprès du client et de la famille tout en diminuant leur niveau de stress". En deuxième lieu, la mise sur pied d'un groupe d'entraide ou de tutorat composé d'une professeure et d'une étudiante de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} années a été jugée comme essentielle par les professeures et les représentantes des milieux hospitaliers et communautaires.

Dès l'admission, les étudiantes savent que si elles ont besoin d'aide, si elles ont besoin d'échanger, elles peuvent appeler une telle ou telle personne...au lieu d'aller au plus simple, d'aller à la pharmacie. La professeure fait partie de l'équipe car souvent il y a des choses qui nécessitent qu'on connaisse le fonctionnement de l'université, du programme.

Ces trois groupes ont aussi insisté sur le développement des moyens d'évaluation afin de favoriser une meilleure qualité au niveau de la population étudiante en sciences infirmières. Comme le souligne une répondante,

il faut qu'on ait des exigences sévères et que toutes les superviseures travaillent avec la même grille d'évaluation. Il ne faut pas attendre à la dernière année pour leur dire qu'elles ne sont pas capables de fonctionner.

Le groupe des administratrices a identifié six états cibles qui ne sont pas présents dans les trois autres groupes. Elles considèrent qu'à l'université on devrait apprendre à faire plus confiance aux étudiantes dans les cours, "ne pas leur donner toujours des cours théoriques, mais leur permettre de s'exprimer en petit groupe". De plus, les initiatives des étudiantes devraient être encouragées.

Lorsqu'une étudiante a de bonnes idées et qu'elle veut les appliquer, on ne devrait pas la brimer ou l'empêcher de le faire.

L'université doit aussi favoriser le développement d'une conscience sociale chez les étudiantes en les impliquant au sein de la communauté dès le début de leur formation. Pour ces administratrices,

les expériences dans la communauté devraient être obligatoires dès la première année.... Si elles sont confrontées par la suite au phénomène de la pauvreté, de la violence, des sans abris, ne serait-ce que par la lecture de journaux ou la

radio, elles vont percevoir ces phénomènes différemment.

Les administratrices considèrent également que les milieux cliniques affiliés à l'université doivent reconnaître que l'enseignement fait partie du mandat du centre ou des professionnels (les) qui y travaillent. De plus, ces milieux cliniques doivent fournir des locaux adéquats, en nombre suffisant et avec des installations adéquates afin de faciliter les rencontres avec les étudiantes en stage. Les administratrices des milieux cliniques, de l'université et les infirmières chefs des unités de soins doivent se rencontrer pour échanger sur la possibilité d'adopter une philosophie de soins commune. Comme le souligne une répondante,

il est important que le milieu ait l'allure un peu de ce qu'on préconise afin que les étudiantes se sentent capables d'appliquer ce qu'elles ont appris sans trop de frustrations et qu'elles puissent assumer leur rôle autonome.

Au sein du groupe des professeures, neuf états cibles ont été mentionnés par ces dernières. Un de ces états cibles est de mettre le cours de réanimation obligatoire afin de permettre à l'étudiante de réagir rapidement plutôt que de paniquer dans des situations d'urgence. L'augmentation de la durée du stage en première année (soins aux adultes) à 4 semaines, à raison de 4 jours/semaine a fait l'objet d'un consensus chez ces répondantes. Comme elles le soulignent,

dans un stage de 3 semaines à 3 jours/semaine on ne peut qu'évaluer en surface; avec un stage plus long, on pourrait plus évaluer les lacunes et cela permettrait aux étudiantes d'avoir au moins une semaine pour s'adapter aux éléments stressants de l'environnement.

Plusieurs des états cibles mentionnés concernent les laboratoires pratiques. Afin de réduire le niveau de stress des étudiantes, ces dernières recommandent qu'on simule, deux semaines avant le début des stages, des situations réelles en laboratoire, et ce dans le but de reproduire un environnement similaire au milieu clinique. On doit aussi offrir des périodes libres de laboratoire afin de permettre aux étudiantes de pratiquer plus à fond leurs habiletés psychomotrices. Des laboratoires d'examen physique doivent être offerts autant pour les enfants que pour les adultes, car chez les enfants l'organisation, la planification des soins et la médication sont différentes. Le dernier état cible qu'elles considèrent comme très important est le support de l'administration lorsqu'elles font échouer une étudiante, soit dans les cours ou en stage.

Les représentantes du groupe des milieux communautaires ont exprimé deux états cibles spécifiques à leur milieu de travail. Lors du stage d'intégration, l'université doit augmenter graduellement le nombre de clients ou de familles par étudiante afin de mieux refléter la réalité des milieux. Ceci permettra aux étudiantes "d'apprendre à gérer leur stress en situation d'apprentissage et de se préparer à affronter le marché du travail". Elles suggèrent également que l'université diversifie plus les milieux de stage en santé communautaire comme par exemple, le centre de jour d'un centre hospitalier, le centre des femmes, les organismes communautaires et qu'elle ne se limite pas seulement aux soins à domicile et aux services courants.

Dans les milieux hospitaliers, les cliniciennes ont relevé 25 états cibles spécifiques à ce milieu de stage. Ces demandes concernent autant les étudiantes, les professeures, les superviseuses de stage que les gestionnaires des milieux cliniques. Dans les cours de méthodologie de la recherche, l'accent doit être mis sur le transfert des résultats dans le milieu afin de faire avancer les soins. La recherche clinique doit être plus valorisée à l'université, car

la recherche doit être au service de la pratique et non
réalisée uniquement en fonction des thèmes de recherche qui
sont subventionnés

L'université devrait exiger des étudiantes qu'elles soient capables de lire l'anglais avant d'être admises dans le programme, car

l'information c'est le pouvoir. Le médecin lui a l'information, mais l'infirmière elle ne l'a pas, car elle ne lit pas en anglais. On est voué à l'extinction sans cela.

L'université doit également s'assurer que les étudiantes puissent s'exprimer et écrire correctement en français afin de pouvoir mieux communiquer avec son client. Les étudiantes doivent s'impliquer plus au sein des équipes de soins en présentant une histoire de cas lors de réunions multidisciplinaires et en discutant de leurs plans de soins avec les infirmières de l'unité. Elles devraient en outre laisser leurs plans de soins à l'unité afin de stimuler l'équipe des soins sur le plan théorique. Afin de favoriser l'affirmation et l'estime de soi chez les étudiantes, les milieux préconisent que les étudiantes présentent les résultats de leurs travaux cliniques aux infirmières de l'unité de soins. De plus, les milieux exigent des étudiantes qu'elles définissent clairement leurs objectifs de stage. De cette façon, "les étudiantes vont apprendre à négocier avec les milieux, à identifier les personnes ressources et à assumer la responsabilité de leur stage de formation". Les étudiantes doivent

avoir l'occasion de rencontrer les infirmières qui dispensent des soins intégraux. Le système de travail en équipe utilisé présentement leur "transmet le message qu'il ne faut pas qu'elles sortent de la norme, qu'elles exigent trop des milieux. Si on veut qu'elles développent leur autonomie comme professionnelles il faut qu'elles soient encouragées à le faire" en ayant des modèles de rôle (role model). On doit donner plus de responsabilités aux étudiantes et non tout faire pour elles; elles doivent apprendre à être responsables face à leurs clients. Être responsables c'est aussi s'assurer que tous les soins sont dispensés avant de quitter l'unité. Pour ce faire, il faut que les professeures soient congruentes avec ce qu'elles véhiculent aux étudiantes;

dans bien des cas les professeures quittent l'unité avant les étudiantes;...comment vont-elles apprendre à assurer la continuité dans les soins si on ne les responsabilise pas?

On demande aussi aux professeures/superviseures de faire profiter les infirmières du milieu de leurs expertises en donnant des conférences le midi, en expliquant les cas complexes. De plus, les cliniciennes considèrent que l'université doit donner plus de formation aux superviseures et veiller à ce que ces dernières respectent rigoureusement les exigences de stage lors de l'évaluation de l'étudiante.

Les étudiantes lors du stage d'intégration n'ont pas assez de supervision...on laisse au milieu la tâche d'évaluer l'étudiante alors que celle-ci, très souvent, ne pratique pas beaucoup la dimension psychosociale avec le client et la famille. Elles ont des notions théoriques mais elles manquent d'encadrement. L'intégration c'est en fait comment s'intégrer au milieu.

Les cliniciennes sont conscientes que les responsables des unités de soins doivent aussi manifester leurs attentes aux professeures et aux étudiantes en stage pour que les bénéfices soient de part et d'autre. Si l'on veut que la continuité des soins à la clientèle soit assurée, il faut que les gestionnaires des milieux cliniques mettent sur pied des modes de distribution qui la favorise.

La structure actuelle est inefficace. Il y a tellement de temps partiel et peu de volonté d'assurer cette continuité avec le patient. Alors si l'infirmière change de section, de patients à tous les jours, comment peut-elle justement développer cette relation avec un patient?

Ces gestionnaires doivent de plus reconnaître l'importance de la force curative

de la relation d'aide dans les interventions des infirmières.

Si il y a une volonté, une reconnaissance de cette force là dans nos soins, dans le service que l'on rend, on va faire des choix organisationnels et des choix de gestion qui vont la favoriser.

Les milieux devraient également négocier une entente avec l'université pour que les étudiantes puissent pratiquer les techniques de soins de base dans le centre avec d'autres professionnels (les) de la santé comme par exemple, en prélèvement, en inhalothérapie. Un système de préceptorat devrait aussi être instauré; car les forces du milieu seraient alors reconnues et l'infirmière servirait de modèle de rôle (role model) pour la stagiaire.

Certaines étudiantes éprouvent des problèmes d'ordre psychique ou affectif. Les cliniciennes demandent donc aux représentantes des universités de développer des mécanismes de contrôle pour éviter que ces étudiantes puissent continuer leur programme de formation du moins, jusqu'à ce que le problème soit réglé. Les cliniciennes soulignent en outre que si l'université est insatisfaite par rapport aux stages, elle devrait déposer une plainte afin qu'il y ait un suivi de la part des milieux.

Dans la perspective idiographique, les graduées ont identifié dans chacun des domaines, les états cibles en termes d'habiletés de performance et de moyens requis pour favoriser l'acquisition de ces dernières. Les habiletés identifiées dans le domaine cognitif sont présentées au tableau 7. L'acquisition de connaissances au niveau des sciences fondamentales tels que l'anatomie, la physiopathologie, la biochimie, la pharmacologie, la biologie et la microbiologie ainsi que des sciences du comportement (psychosocial) sont des notions que les graduées considèrent nécessaires au sein d'un curriculum. Comme le souligne une graduée,

on doit avoir une base générale pour pouvoir comprendre les problématiques dans les cours plus spécialisés.

Le cours d'épidémiologie bien qu'il soit utile, ne devrait pas être obligatoire mais être inclus dans les cours optionnels.

car on le retrouve plus dans le milieu communautaire. Parce qu'on travaille dans les milieux hospitaliers, on perd ça de vue

Tableau 7

Habiletés cognitives identifiées par les graduéesHabiletés cognitives

1. Acquérir des connaissances en anatomie
2. Acquérir des connaissances en physiologie
3. Acquérir des connaissances en biochimie
4. Acquérir des connaissances plus poussées en pharmacologie
5. Acquérir des connaissances en biologie
6. Acquérir des connaissances plus poussées en pathologie
7. Acquérir des connaissances sur la dynamique familiale
8. Acquérir des connaissances sur l'approche systémique auprès de la famille
9. Acquérir des connaissances sur la bioéthique
10. Acquérir des connaissances sur l'enseignement aux clientèles cibles
11. Acquérir des connaissances de base sur les différents modèles conceptuels en sciences infirmières ainsi que la philosophie qui les sous-tend.
12. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en psychiatrie
13. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en obstétrique (mère-enfant)
14. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en médecine chirurgie (orthopédie, etc.)
15. Acquérir des connaissances en gestion des soins infirmiers
16. Acquérir des connaissances de base en sociologie de la santé
17. Acquérir des connaissances en épidémiologie
18. Acquérir des connaissances en microbiologie
19. Acquérir des connaissances sur les méthodologies de recherche en sciences infirmières.
20. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en pédiatrie
21. Acquérir des connaissances en relation d'aide
22. Acquérir des connaissances sur les sciences du comportement (psycho-social)
23. Acquérir des connaissances sur le travail en équipe
24. Posséder des connaissances sur les théories du leadership
25. Connaître les bases philosophiques de la profession d'infirmière
26. Connaître les paramètres de la normalité (ex. signes vitaux, bilan électrolytique, etc.)
27. Connaître les principes de base des différentes techniques de soins
28. Connaître les principes sous-jacents à la mobilisation des patients alités

Tableau 7 (suite)

Habiletés cognitives identifiées par les graduées

Habiletés cognitives

-
29. Connaître les différentes sortes de stomie (leur fonctionnement, l'alimentation requise)
 30. Connaître les principes d'asepsie
 31. Connaître les différentes façons de faire les pansements
 32. Etre capable d'organiser son travail
 33. Développer un esprit critique
 34. Développer une capacité d'analyse
 35. Etre capable d'émettre des jugements cliniques adéquats
-

La connaissance des bases philosophiques de la profession infirmière ainsi que des différents modèles conceptuels en sciences infirmières est importante aux yeux des graduées, car comme le mentionne l'une d'entre elles,

c'est important de voir les modèles et la philosophie sous jacente parce que lorsqu'on arrive sur le marché du travail on utilise des outils qui sont faits en fonction des cadres conceptuels

Une autre répondante souligne l'importance de connaître les bases philosophiques de la profession infirmière pour pouvoir promouvoir son rôle professionnel.

Notre rôle ce n'est pas juste de faire des soins, c'est plus que ça. On doit promouvoir le nursing. Je pense que ça on y croyait plus ou moins quand on étudiait; mais quand tu te rends compte dans le milieu de travail qu'ils mettent trop l'emphasis sur le fait qu'on est des exécutantes c'est frustrant. Cela m'a frustrée de ne pas être comprise comme l'entité que j'étais, que j'étais une infirmière avec un bagage théorique et pratique, mais aussi que j'avais un bagage philosophique à la base de la profession. Pour moi, ça c'est bien important; je pense que c'est le fondement même de ce qu'on est...comme professionnelle.

L'acquisition des connaissances de base sur les soins infirmiers dans diverses spécialisations telles que la psychiatrie, l'obstétrique, la médecine-chirurgie et la pédiatrie est essentielle pour pouvoir intervenir auprès de multiples clientèles cibles. Des connaissances sur la dynamique familiale et l'approche systémique auprès de la famille ont été considérées comme importantes par l'ensemble des graduées.

Le fait que si tu as un élément de la famille qui est perturbé, ça va avoir une interaction sur le reste de l'ensemble. C'est important de comprendre tout ça parce que tu "deals" avec des patients, tu "deals" avec la famille.

Les connaissances sur la bioéthique et l'enseignement aux clientèles sont considérées comme un "plus" pour ces répondantes. Afin de mieux répondre aux besoins des infirmières, le cours de sociologie de base devrait être remplacé par un cours de sociologie de la santé. L'ajout d'un cours de gestion en soins infirmiers permettrait à ces étudiantes, de se situer dans le milieu clinique.

Quand j'arrive dans un centre où il pratique le travail en équipe, je comprends un petit peu comment ça fonctionne.

Pour une autre graduée, c'est une connaissance de base.

Quand tu arrives sur le marché du travail et que tu as cette base, les gens ils te voient comme quelqu'un qui potentiellement peut devenir chef d'unité.

De plus, il est ressorti que la connaissance du réseau formel et informel est considérée comme importante. Lors de la collecte des données auprès des patients, les graduées insistent sur l'importance de connaître les paramètres de la normalité pour évaluer l'état de santé du client et déceler la présence de complications chez celui-ci. Les principes d'asepsie et la connaissance des principes de base des différentes techniques de soins sont des éléments essentiels pour la formation. Pour ces graduées, la connaissance des principes sous-jacents à la mobilisation des patients est importante pour le bien-être du client mais nécessaire pour l'infirmière qui déplace le client.

Il faut mettre l'emphasis sur les déplacements, les pratiquer, car les trois-quarts des gens qui sont présentement sur le marché du travail forcent mal....et se blessent au dos.

Elles désirent avoir plus de connaissances sur les différentes sortes de stomie, leur fonctionnement, l'alimentation requise pour les personnes qui ont une stomie. Comme le mentionne une répondante,

j'aimerais savoir pourquoi on utilise une sorte de stomie plus que l'autre. L'absorption étant différente d'une place à l'autre, il faut savoir ce qu'il faut manger et ne pas manger à cause des effets secondaires (gaz, odeur). Tu te rends compte que tu ne sais pas grand chose quand tu joues avec ça.

Les graduées considèrent qu'au sein du programme, on devrait mettre plus l'accent sur l'interaction avec les patients et sur les notions de relation d'aide. La capacité de travailler en équipe nécessite des connaissances théoriques pour travailler efficacement avec ses collègues et les autres professionnels (les) de la santé.

En stage, t'es comme "pitchée" là dedans; tu as comme pas l'air de faire partie de l'équipe, tu sais pas comment ça

fonctionne les interactions. Tu es envoyée sur une unité, mais là il faut que tu "bûches", tu es un élément de l'équipe, il faut que tu fonctionnes dans l'équipe. Tout ça, nulle part tu es préparée pour ça.

Des connaissances sur la façon d'organiser son travail sont considérées importantes surtout lors des stages; comme le mentionne une répondante,

Ce que j'ai trouvé le plus dur, ce n'est pas le côté technique, parce que justement ça s'apprend au fur et à mesure, mais le côté organisation du travail et le côté manque d'aide. A l'université, dans les stages, ce n'était jamais prôné. C'était comme il fallait que tu mènes ta barque toute seule.

Les répondantes s'attendent à ce que l'infirmière développe un esprit critique et une capacité d'analyse.

C'est important d'avoir un esprit critique parce que quand tu arrives dans la vraie vie, critiquer les autres, critiquer des jugements puis les décisions médicales, là c'est important; il ne faut pas tout prendre pour du "cash", mais chercher à investiguer plus loin. En plus de critiquer, il faut être capable d'analyser des choses.

Elles doivent également être capables d'émettre des jugements cliniques adéquats pour offrir des interventions de qualité.

Notre rôle, c'est d'être qualifiée côté technique, mais c'est aussi être qualifiée pour faire des jugements cliniques qui sont rapides et vraiment adéquats pour ensuite avoir une intervention maximale.

HABILETÉS MOTRICES

Les états cibles en termes d'habiletés identifiées dans le domaine moteur par les graduées sont présentés au tableau 8. Les graduées devraient être capables d'appliquer les techniques de base reliées aux soins infirmiers. Une répondante considère nécessaire

Tableau 8

Habiletés motrices identifiées par les graduées

Habiletés motrices

1. Etre capable de pratiquer les techniques de base reliées aux soins infirmiers (ex. lit, bain, injection, intraveineuse, poser des sondes, etc.)
 2. Appliquer les principes d'asepsie lors de leurs interventions
 3. Etre capable de faire des pansements
 4. Etre capable de mobiliser les clients alités en tenant compte des principes scientifiques sous-jacents
 5. Etre capable d'interagir avec le client
 6. Etre capable d'interagir avec la famille du client
 7. Etre capable d'expliquer les interventions des infirmières au client
-

De savoir faire un lit, donner un bain en commençant par le visage, avoir fait des injections intramusculaires, avoir posé un jelco, poser une sonde, faire des prises de sang, tout le monde devrait avoir fait ça dans son cours.

Elles doivent aussi appliquer les principes d'asepsie lorsqu'elles pratiquent leurs techniques de soins de base et être capables de faire des pansements car comme le mentionne une répondante,

Quand tu es sur le marché du travail, je pense aux pansements, tu en fais beaucoup. Veut, veut pas, il faut que tu improvises, que tu inventes quelque chose. Tu n'as jamais vu ça dans les livres, mais veut veut pas, avec le matériel que tu as il faut que tu fasses quelque chose, il faut que ça tienne.

Les graduées considèrent que toute infirmière à la fin de son baccalauréat doit être capable de mobiliser les clients alités en tenant compte des principes scientifiques sous-jacents.

Si tu pratiques les déplacements sur une période de trois ans, tu l'assimiles beaucoup plus...et tu possèdes la technique à la fin. Quand tu l'as en toi, on dirait qu'à un moment donné que c'est tellement naturel que tu es un modèle...Souvent les gens ne le savent pas et quand ils voient que toi tu as l'air de savoir où tu t'en vas, ils font pareil.... Ce serait quelque chose de bien important d'utiliser des notions de biomécanique.

Le fait d'être capable d'interagir avec le client et sa famille est perçu comme une nécessité.

On doit être capable d'aborder un patient, de savoir comment se présenter, comment lui parler....L'interaction ce n'est pas juste la relation d'aide, c'est aussi comment aborder un client, une famille....On est tellement poigné, on ne sait pas travailler.

L'infirmière doit aussi être capable d'expliquer ses interventions au client car,

Le client est moins stressé si on prend le temps de lui expliquer les traitements qu'on lui fait.

HABILETÉS AFFECTIVES

Le tableau 9, présente les états cibles (habiletés) identifiés par les graduées au niveau du domaine affectif. Les graduées veulent être responsables de leur apprentissage. Comme le rapporte une répondante,

J'aurais aimé qu'ils me demandent en stage, c'est quoi tes objectifs personnels? C'est quoi les choses sur lesquelles tu veux travailler, pas juste les objectifs pré-établis par la faculté...Il y avait des affaires qui étaient super bien intégrées et d'autres affaires que tu aurais eu besoin d'aide et de support puis tu aurais eu besoin d'approfondir ça au niveau personnel.

Le fait de pouvoir exprimer ses objectifs personnels permet à l'étudiante

de prendre conscience de ce qu'elle vaut, où elle est rendue et de ce qu'elle veut atteindre....C'est important que tu atteignes les objectifs de la faculté, mais je pense que ton cheminement personnel est aussi important. Les étudiantes se sentiraient beaucoup plus respectées; elles sentiraient qu'elles ont beaucoup plus de contrôle sur leur apprentissage.

L'importance d'avoir un certain décorum vestimentaire a également été mentionnée. Pour elles, l'image qu'elles projettent c'est important, car cela fait partie de leur rôle professionnel. Pour l'ensemble des répondantes, il est essentiel que toute graduée développe une curiosité intellectuelle au cours de sa formation universitaire. Comme le souligne l'une d'entre elles,

si tu ne sais pas ce que tu dois faire, si tu hésites, tu as une responsabilité envers le client. Moi ça ne me dérange pas de poser des questions, d'aller lire un article, de lire un autre livre quelconque. Je pense qu'on a aussi cette responsabilité pour augmenter notre crédibilité professionnelle, et la crédibilité de la formation reçue. Cette habileté permet d'avoir une place au sein de l'équipe de soins. Il faut que tu leur montres que tu es capable de réfléchir et d'aller chercher de l'information.

La capacité de s'affirmer comme professionnelle, d'avoir confiance en soi, d'être autonome, sont des habiletés qui vont leur permettre de devenir des agents de changement.

Tableau 9

Habiletés affectives identifiées par les graduées

Habiletés affectives

1. Etre responsable de son apprentissage
 2. Avoir un certain décorum vestimentaire
 3. Développer une curiosité intellectuelle (Aller chercher des informations additionnelles dans les revues scientifiques, les livres)
 4. Reconnaître ses limites.
 5. Demander de l'aide au besoin
 6. Etre capable de s'affirmer
 7. Etre capable de prendre sa place
 8. Etre capable de s'adapter à différentes situations
 9. Se remettre constamment en question dans sa pratique (ne rien prendre pour acquis)
 10. Etre autonome
 11. Conserver son honnêteté et son intégrité personnelle
 12. Développer un esprit de solidarité entre infirmières (dans les cours et dans les milieux de stage)
 13. Promouvoir les soins infirmiers auprès de la population
-

Ce n'est pas juste une question de personnalité, c'est aussi une question de comment on t'apprend les choses....Si tu constates quelque chose chez ton patient, c'est à toi d'appeler le médecin, tu dois te prendre en main. Ca c'est super important pour notre rôle professionnel.

La capacité de prendre sa place dans une unité de soins et de s'affirmer dans son rôle sont selon elles des attitudes à développer. La graduée se doit de conserver son honnêteté et son intégrité personnelle.

On ne fait pas semblant qu'on aime tout le monde et qu'on est bien correcte...tu as un travail à faire et l'infirmière aussi.

En parlant de faire semblant, je trouve que dans certains stages, pour avoir une note qui avait de l'allure, il fallait que tu "fits" dans la façon de penser de la professeure et je trouve que ce n'est pas correct. Tout le monde était conformiste, mais moi je considère que dans les stages, tu es là pour apprendre peu importe que tu fasses des gaffes, tu apprends c'est ça qui est important.

Elle doit aussi être capable de reconnaître ses limites et de demander de l'aide au besoin. La capacité de s'adapter à différentes situations est requise de toute graduée. Comme le mentionne une répondante,

quand tu arrives dans un milieu, tu dois être capable de faire des liens, de bien fonctionner, mais surtout de t'adapter rapidement au milieu et aux situations qui se présentent.

Les répondantes constatent qu'au cours de la formation, les étudiantes doivent développer un esprit de solidarité entre elles, car

si elles veulent avancer, si elles veulent que le nursing soit reconnu, il faut qu'elles-mêmes décident de travailler ensemble. Dans les cours, on doit promouvoir l'entraide, l'esprit d'équipe et non la compétition.

La promotion des soins infirmiers auprès de la population doit être une préoccupation pour les graduées.

Notre rôle ce n'est pas juste de faire des soins, c'est plus que ça, on doit promouvoir aussi le nursing, l'essence même du nursing.

MOYENS

Les états cibles (en termes de moyens) qui devraient selon les graduées, être présents dans la formation pour favoriser l'acquisition des habiletés cognitives, motrices et affectives sont présentés au tableau 10. Les moyens identifiés concernent le contenu, la structure et l'agencement des cours. Les graduées s'attendent à ce que les professeures fassent les liens entre les cours de sciences et les cours en sciences infirmières. Trop souvent, le contenu est axé sur le côté médical et elles ont de la difficulté à intégrer ces notions dans leurs interventions de soins. L'enseignement par des infirmières, de certains de ces cours, permettraient aux graduées de se situer dans une perspective infirmière. D'après elles, si les cours étaient groupés par module, cela faciliterait l'intégration des matières enseignées.

Lorsque tu avais un cours de périnatalité, un cours de pédiatrie et un cours de psychiatrie dans la même semaine, comment pouvais-tu suivre, c'était l'enfer. Cela aurait pu se faire par module; tu fais le module psychiatrie et une fois que tu as complété la matière et passé l'examen, tu passes à l'autre module. Cela aurait été beaucoup moins mêlant.

Le cours d'épidémiologie, même si il est considéré comme important, devrait devenir un cours optionnel afin que l'accent soit mis sur des notions plus pertinentes. Les graduées recommandent qu'à l'avenir on soit plus vigilant afin d'éviter la répétition de notions similaires car comme le mentionne l'une d'entre elles,

la redondance entre les cours, c'est une perte de temps; ils devraient potentialiser le temps qu'on a pour nous faire aller vers d'autres choses.

Les cours de formation générale et de sciences devraient être dispensés au cours de la première année afin de faciliter l'intégration de ces notions dans les situations cliniques.

Des cours comme les statistiques, l'épidémiologie et la sociologie, ça devrait se donner en première année....Tu donnes les cours généraux puis après ça, tu te formes au "bit" universitaire et ça te permet de mûrir un peu. Ça ne paraît pas, mais au niveau du baccalauréat, on mûrit et on développe des habiletés au cours des stages, on fait plus de liens.

Tableau 10

Moyens identifiés par les graduéesMoyens

1. Faire le lien entre les cours de sciences (biochimie, anatomie, pathologie, physiologie, pharmacologie) et les sciences infirmières (trop axés sur le coté médical)
2. Modifier le contenu du cours de psychiatrie
3. Dispenser la matière par module et non plusieurs matières dans une même semaine
4. Mettre le cours d'épidémiologie comme cours optionnel
5. Éviter les répétitions entre les cours en sciences infirmières et les cours de sciences
6. Dispenser les cours de formation générale et de sciences la première année
7. Dispenser le cours de pharmacologie après la première année, une fois que les étudiantes ont eu un contact avec les clients
8. Avoir trois cours au choix, soit un par année
9. Modifier la structure des cours (faire les stages immédiatement après la théorie)
10. Le nombre de crédits alloués pour les cours devraient être représentatifs de la charge de travail exigé
11. Réduire le nombre d'étudiantes dans les cours théoriques
12. Faire dispenser les cours de biochimie, de pharmacologie, d'épidémiologie, et de physiologie par des professeures qui ont une formation en sciences infirmières (dans une perspective de sciences infirmières)
13. Offrir plus de disponibilité aux étudiantes en dehors des cours (chez les professeures qui dispensent les cours de sciences)
14. Donner plus de contrôle à l'étudiante sur son cheminement de cours
15. Réviser les principes de mobilisation des clients et les pratiquer chaque année en laboratoire
16. Permettre à chaque étudiante en laboratoire de manipuler le matériel pour chaque technique de soins
17. Avoir du matériel adéquat et complet lors des laboratoires (ex. stomies, etc.)
18. Favoriser les interactions infirmière-client en laboratoire à l'aide de simulation de cas
19. Réduire le ratio professeure/étudiantes dans les groupes de stage

Tableau 10 (suite)

Moyens identifiés par les graduéesMoyens

-
20. Augmenter le ratio infirmière-clients en stage si cette dernière s'en sent capable (lors du stage d'intégration)
 21. Les professeures devraient être des modèles de rôle (role model) en stage (s'affirmer plus)
 22. Permettre aux étudiantes de s'affirmer dans les stages (leur faire plus confiance)
 23. Respecter les étudiantes en stage et dans les cours théoriques
 24. Ne pas lancer de doubles messages aux étudiantes (agir comme professionnelle, mais ne pas trop déranger)
 25. Valoriser les initiatives des étudiantes
 26. Éviter de créer un climat de méfiance dans les stages (en faisant exercer un contrôle par d'autres étudiantes)
 27. Permettre à l'étudiante en stage d'être responsable de son client face aux autres professionnels (les)
 28. Accepter que les étudiantes puissent faire des erreurs lorsqu'elles sont en apprentissage dans les stages (si ça ne représente pas un danger pour le client)
 29. Les professeures devraient donner plus de soutien aux étudiants lors du stage d'obstétrique
 30. Ne pas exiger de l'étudiante qu'elle demande au client s'il veut l'avoir comme infirmière
 31. Promouvoir le contrat d'apprentissage dans les stages (tenir compte des objectifs personnels des étudiantes)
 32. Promouvoir l'entraide, l'esprit d'équipe dans les cours et dans les stages
 33. Responsabiliser les étudiantes lors des stages en leur permettant de faire du "coaching" entre elles pour l'application des techniques de soins
 34. S'assurer que chaque étudiante ait la possibilité d'appliquer ou de voir l'application de chaque technique de soins lors des stages
 35. Jumeler un étudiant avec une étudiante dans le stage d'obstétrique (afin de faciliter son intégration)
 36. Jumeler chaque étudiante en stage avec une infirmière du département où elle travaille (pour favoriser l'apprentissage)
 37. Centrer l'évaluation des stages sur les forces des étudiantes tout en soulignant les améliorations à apporter

Tableau 10 (suite)

Moyens identifiés par les graduéesMoyens

-
38. Veiller à ce que les superviseures respectent les critères d'évaluation lors des stages
 39. Mettre autant l'accent lors des stages sur l'évaluation des attitudes que sur les habiletés motrices (ex. intégration dans l'équipe, capacité d'offrir son aide, interaction avec le client, la famille)
 40. Éviter les jugements de valeur (ex. évaluer en fonction de la performance et non de l'apparence physique des étudiantes)
 41. Travailler conjointement avec le centre d'emploi de l'université pour favoriser l'emploi comme préposé aux bénéficiaires dans les centres hospitaliers, et ce dès la première année (afin de faciliter l'intégration dans les milieux lors des stages)
 42. Mettre sur pied un groupe d'entraide ou de tutorat par les pairs
 43. Les milieux devraient être plus réceptifs et plus coopératifs
 44. Les milieux devraient réduire la charge de travail des nouvelles graduées pour faciliter leur intégration
 45. Ne pas s'attendre qu'une infirmière nouvellement graduée performe comme une infirmière ayant 10 ans d'expérience
 46. Échelonner la formation sur une période de quatre ans
-

Le cours de pharmacologie devrait être offert après la première année, une fois que les étudiantes ont eu un contact initial avec les clients. Ceci permettrait selon une graduée,

d'avoir un background en anatomie, en physiologie qui soit plus compris, plus assimilé et ensuite, tu rajoutes la pharmacologie qui a une dynamique sur les composantes biologiques. Ça te permet de faire des liens avec le client que tu vois.

Au niveau de la structure du programme, les graduées aimeraient avoir la possibilité de prendre trois cours au choix et ainsi, avoir plus de contrôle sur leur cheminement, car comme le mentionne une répondante,

ça m'aurait permis d'avoir l'impression d'avoir un peu plus de contrôle, de me sentir moins lésée. De plus, ça me permet d'étendre mon champs de vision.

De plus, les graduées apprécieraient que les stages soient faits immédiatement après la théorie parce que selon l'une d'entre elles,

tu peux toujours appliquer en même temps que tu apprends. Tu évolues en même temps.

Selon une autre graduée, lorsque les stages sont effectués deux à trois mois après la théorie,

tu passes ton temps dans les livres, tu ne retiens jamais la moitié de ce que tu fais parce que tu as trop à faire en même temps.

Le nombre de crédits alloués pour les cours devraient être représentatifs de la charge de travail exigé.

Tu as un cours qui dure un an puis tu as un crédit au bout de ça alors que ça en vaut six. Tu n'as pas la même motivation; je pense que c'est à ce niveau là que ça joue.

Un autre moyen considéré essentiel par les graduées pour faciliter l'apprentissage dans les cours est de réduire le nombre d'étudiantes dans les cours théoriques.

Etre 500 dans un cours de physiologie nerveuse c'est très impersonnel. Moi je pense que ça joue sur la rétention des informations....Le meilleur moyen pour atteindre les objectifs c'est d'avoir de plus petits groupes.

Les graduées soulignent d'autre part que les spécialistes en provenance des autres facultés devraient assurer plus de disponibilité aux étudiantes, surtout dans les cours de sciences. Chaque année les étudiantes devraient avoir la possibilité de réviser les principes de la mobilisation des clients et de les pratiquer en laboratoire. D'après les graduées,

le vidéo sur les déplacements devrait être vu en première année et de fil en aiguille, tu continues à mettre l'emphasis dessus....Il faut le revoir et le pratiquer....Si tu le vois sur les trois ans, tu l'assimiles plus. Quand tu l'as vraiment en toi, on dirait qu'à un moment donné, c'est tellement naturel que tu es un modèle pour les autres.

Chaque étudiante devrait avoir la possibilité de manipuler en laboratoire le matériel requis pour chaque technique de soins; elle aurait ainsi plus confiance en elle-même lorsqu'elle va faire son stage dans les unités. Il devrait y avoir du matériel adéquat et complet dans les laboratoires afin de pratiquer les techniques de soins, surtout pour les stomies. Comme le mentionne une graduée,

on est là pour apprendre. Tu sais les "kits" sont différents sauf que tu n'en as pas un complet à nulle part. Toi tu arrives sur une unité et une madame a une stomie; tu te dis c'est quoi qu'elle a. Moi je suis supposée me rappeler que ce sac là il va avec quelque chose, et l'autre partie je ne l'avais jamais vue parce qu'il n'y en avait pas au laboratoire.

Lors des laboratoires, les graduées suggèrent qu'on favorise les interactions infirmière-clients à l'aide de simulation de cas.

Moi je trouve qu'au niveau des laboratoires, ils devraient mettre plus l'emphasis sur l'interaction avec les patients. On aurait pu faire des "role play" comme en relation d'aide. C'est important ça aussi. Pour moi c'est quelque chose de base.

Les moyens identifiés au niveau des activités de stage se situent à plusieurs niveaux: le ratio professeure/étudiantes, les modèles de rôle, l'affirmation de

soi, le respect d'autrui, les messages doubles, la valorisation, le climat de travail, la prise de responsabilités, la possibilité de faire des erreurs, le soutien, le contrat d'apprentissage, l'entraide entre collègues, le tutorat par les pairs ainsi que l'évaluation des stages.

Les graduées considèrent que huit étudiantes dans un groupe de stage c'est beaucoup trop; le nombre devrait être plus restreint. De plus, celles-ci aimeraient que l'étudiante en stage d'intégration puisse avoir la possibilité d'augmenter le nombre de patients si elle s'en sent capable. Comme le rapporte une graduée,

lorsque j'étais dans mon dernier stage, j'avais eu deux patients une journée; c'est le maximum que j'avais réussi à avoir puis il a fallu que je me batte avec la professeure pour qu'elle réussisse à nous en donner deux. Quand tu arrives sur le marché du travail, l'infirmière avec qui tu es jumelée en orientation elle s'attend à ce que tu fonctionnes avec plus de deux patients.

Les professeures devraient être des modèles de rôle (role model) pour les étudiantes en stage de formation. Pour elles,

on s'identifie beaucoup à certaines professeures qu'on a eu, on a des modèles. Si ces gens là étaient très "assertives", si elles croyaient beaucoup à leur rôle, si la conception qu'elles avaient d'elles-mêmes étaient bien définie, bien c'étaient des femmes qui poussaient dans le milieu. Quand elles étaient en stage, elles ne se laissaient pas piler sur les pieds et on apprenait à ruer dans le brancard et à prendre notre place.

Les graduées aimeraient que les professeures respectent le fait qu'elles puissent s'affirmer lors des stages. Comme le souligne une graduée,

avec ce professeure, il faut que tu fasses comme elle veut pour avoir une bonne note. Tout le monde dans le stage était conformiste.

Un autre élément qui est jugé important par les graduées, c'est le fait qu'on ne lance pas constamment de message double aux étudiantes lors des stages.

Ils nous disent qu'on est des agents de changement sauf que oui, ils nous disent ne fait pas trop de bruit, ... ne dérange pas trop.

La valorisation des initiatives prises par les étudiantes doit être présente lors des stages. Comme le souligne une graduée,

ça te donne des ailes et tu as le goût de foncer et d'aller de l'avant parce que tu as confiance en toi. De plus, elles considèrent que les professeurs devraient éviter de créer un climat de méfiance dans les stages en se servant d'une étudiante du groupe pour voir ce que les autres étudiantes ne faisaient pas correctement. L'étudiante doit avoir la possibilité d'être responsable de son client face aux autres professionnels (les).

Lorsque tu as trouvé quelque chose chez ton patient, c'est à toi d'appeler le médecin....Si tu as des informations et que tu vas voir l'assistante et que celle-ci parle au médecin, tu n'as jamais la chance de te faire valoir auprès des autres professionnels (les)....Si c'est ton patient, c'est à toi d'être responsable et de faire les tournées avec les médecins.

Les professeurs doivent accepter que les étudiantes puissent faire des erreurs lorsqu'elles sont en apprentissage dans les stages, à la condition que cela ne représente aucun danger pour le client. Comme le rapporte une graduée,

il faut que tu sentes que tu as le droit de te tromper et le droit de ne pas être capable sinon, ce n'est pas de l'apprentissage.

Les graduées considèrent que les professeurs doivent donner plus de soutien aux étudiants lors du stage d'obstétrique et ne pas avoir les mêmes attentes. De plus, les étudiantes ne devraient pas avoir à demander au client si celui-ci veut les avoir comme infirmières de chevet car en cas de refus, celles-ci se sentent dévalorisées. Pour ces graduées, promouvoir le contrat d'apprentissage dans les stages, c'est tenir compte des objectifs des étudiantes dans une situation d'apprentissage. Il ne s'agit pas uniquement de répondre aux objectifs de la faculté, mais selon une graduée,

de travailler à partir de ses objectifs personnels....Il y a des affaires qui sont super bien intégrées et d'autres que l'on a besoin d'aide et de soutien afin de mieux les intégrer.

Une deuxième répondante mentionne que

la professeure de stage doit être consciente que l'on a ces objectifs afin de pouvoir penser aux situations cliniques qui vont pouvoir nous aider à nous améliorer....Les étudiantes se sentiraient plus respectées car elles sentiraient qu'elles auraient plus de contrôle sur leur apprentissage.

Les graduées aimeraient que l'on promouvoit l'entraide et l'esprit d'équipe entre les graduées, autant dans les cours que dans les stages.

Dans notre formation on n'a pas appris à se "backer" comme équipe....tu allais en stage, tu étais nerveuse et les autres à côté de toi ne t'aidaient pas....Juste dans la classe on pouvait le voir aussi....tu ne t'aidais pas dans la recherche de la documentation.

Les superviseures devraient responsabiliser les étudiantes lors des stages en leur permettant de se "coacher" l'une et l'autre lorsqu'elles appliquent des techniques de soins.

Tu sais que tu es capable, sauf que juste le fait de dire qu'il y a quelqu'un à côté de toi s'il y a quelque chose, ça te sécurise....tu prends de l'assurance. Je trouve que ça responsabilise une fille face à ce qu'elle donne comme enseignement et puis en plus, tu fais faire l'enseignement à une autre. Moi je trouve ça excellent.

En stage on devrait s'assurer que chaque étudiante ait la possibilité d'appliquer ou de voir l'application des techniques de soins.

Dès que tu commences un stage, que la professeure te demande ce que tu as fait pour t'amener vers d'autres clients que tu n'as pas touchés....S'il y a quelqu'un qui a quelque chose de spécial, bien la professeure te demande de venir le voir. Puis même si tu ne le fais pas, au moins tu l'as vu.

L'ensemble des graduées croient que chaque étudiant devrait être jumelé à une étudiante lors du stage en obstétrique.

Ces gars devraient être suivis un peu plus pour être mis en confiance....ils devraient être jumelés avec une étudiante

...parce que si il y a une difficulté, ils se sentent mal d'entrer en relation; même moi, je me sentais mal de faire l'examen périnéal.

Le jumelage de chaque étudiante en stage avec une infirmière du département où elle travaille faciliterait l'apprentissage.

Lorsque tu es jumelée avec une infirmière du département, ta superviseure ne te suit qu'une fois par jour....Tu suis tous ses patients, tu vois des choses différentes et tu apprends beaucoup.

L'évaluation des stages a causé beaucoup d'insatisfaction chez les graduées. Ces dernières suggèrent qu'à l'avenir, l'évaluation soit centrée sur les forces des étudiantes tout en soulignant les améliorations à apporter. Un autre élément sur lequel elles ont beaucoup insisté, c'est de veiller à ce que les superviseures respectent les critères d'évaluation lors des stages.

Les critères ne sont pas identiques pour toutes les superviseures. La grille d'évaluation est identique pour tous les superviseures sauf qu'il y a quand même une part de subjectivité. Elles vont selon ce qu'elles veulent souvent ...et c'est bien frustrant....La coordonnatrice des stages doit s'assurer que les superviseures aient la même façon de penser.

De plus, lors des stages, les superviseures devraient mettre autant l'accent sur l'évaluation des attitudes que sur les habiletés motrices.

Qu'elles évaluent nos attitudes un petit peu plus que juste nos habiletés motrices....Elles ne tiennent pas compte de comment tu t'intègres dans l'équipe, comment tu offres ton aide aux autres, comment tu interagis avec les patients.

Les jugements de valeur ne devraient pas être présents lors de l'évaluation.

Ce qui est important, c'est que les professeures ne centrent pas leur évaluation sur la façon dont tu es habillée.... Qu'elles ne se fassent pas une première impression sur l'habit vestimentaire et qu'après ça, elles se disent je vais la surveiller parce qu'elle n'est pas habillée comme du monde.

En vue de faciliter l'intégration en milieux de stage, les graduées aimeraient

que l'université travaille conjointement avec le centre d'emploi afin de favoriser l'emploi comme préposée aux bénéficiaires dans les centres hospitaliers, et ce dès la première année.

Si tu travailles comme préposée en première année, tu es dans le milieu, ...tu vois la réalité. Je sais que ça peut aider parce que je me rappelles XXX il y a un été où elle a travaillé avec les personnes âgées. Quand elle est arrivée en stage, elle en connaissait plus, dans le sens qu'elle était plus à l'affût des choses....Cela aide aussi au niveau de l'interaction avec les gens.

Pour pallier aux difficultés de toutes sortes auxquelles les étudiantes sont confrontées lors de leur formation, les graduées suggèrent la mise sur pied par les pairs, d'un groupe d'entraide ou de tutorat.

si une personne a de la difficulté, elle devrait être capable de dépister ça bien avant pour que la personne ne se fasse pas dire en troisième année...tu n'es pas à ta place....

Tu sais, avec une professeure qui entre dans une classe de 115, tu n'as pas de contact, tu ne sens pas que c'est une personne potentielle qui peut t'aider, que c'est une ressource. Je pense qu'on devrait plus promouvoir l'entraide par les pairs.

Les graduées ont manifesté certaines attentes face aux milieux cliniques. Elles considèrent que ceux-ci devraient être plus réceptifs et plus coopératifs.

L'accueil c'est très important; ça fait une différence dans le stage. Si tu es à l'aise avec les gens du département où tu es et que ta professeure est occupée, ...tu vas voir une infirmière et si elle te dit qu'elle n'a pas le temps, qu'elle est occupée, c'est correct. Au moins tu sens que tu peux aller vers elle s'il y a quelque chose.

Les milieux ne devraient pas s'attendre à ce que la graduée performe comme une infirmière ayant 10 ans d'expérience.

Tu devrais être capable de performer puis tu ne l'as pas l'expérience...On te demande même plus que 10 ans d'expérience.

Les milieux devraient réduire la charge de travail des nouvelles graduées pour faciliter leur intégration.

Quand tu arrives sur le marché du travail, l'infirmière avec qui tu es jumelée en orientation elle s'attend à ce que tu fonctionnes, car ton cours est fini. Mais moi, j'avais eu deux patients une journée, c'est le maximum que j'avais réussi à avoir....La marche est haute.

Le dernier moyen qui a été identifié comme important pour permettre la maîtrise des habiletés cognitives, motrices et affectives fut d'échelonner la formation sur une période quatre ans. Comme le souligne les graduées, le fait que le ministre de la santé désire couper 12% des postes existants ce ne serait pas un facteur qui influencerait leurs décisions.

Phase 4: Identification des écarts

La détermination de l'écart entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) a permis d'identifier les besoins potentiels exprimés par l'ensemble des représentantes des diverses institutions et par les graduées. Les écarts obtenus ont été par la suite confrontés avec la grandeur de l'écart qui a été retenue comme significative par l'ensemble des répondantes. Par cette opération, les besoins potentiels ont été divisés en deux catégories: 1) les besoins de base auxquels le programme doit continuer à répondre, 2) les besoins supplémentaires auxquels le programme devrait tenter de répondre dans le futur. En premier lieu, nous présenterons les besoins de base et les besoins supplémentaires (besoins futurs) en fonction d'une perspective nomothétique (institutions). De plus, l'analyse de ces deux catégories de besoins sera effectuée en fonction de chaque groupe de représentantes de ces institutions. Par la suite, nous ressortirons les deux catégories de besoins en fonction d'une perspective idiographique (graduées). Afin de simplifier la lecture de cette section nous avons reporté les moyennes, les écarts types et les écarts obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) aux tableaux 11, 12 et 13 (Appendice J).

Les besoins de base identifiés par l'ensemble des représentantes des institutions en termes d'habiletés actuellement maîtrisées et de moyens actuellement présents, se retrouvent au tableau 14. Les habiletés cognitives actuellement maîtrisées par les graduées représentent 69 % (n=53) des états cibles identifiés lors de la phase 3. De ce nombre, 2.6% des habiletés ont été cotées comme ayant un niveau de maîtrise très élevée: l'acquisition des connaissances en anatomie et

Tableau 14

Besoins de base identifiés par l'ensemble des représentantes des institutions en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

BESOINS DE BASE

Domaine cognitif

1. Acquérir des connaissances en philosophie humaine (croyances, valeurs, la vie, la mort)
2. Acquérir des connaissances en anatomie
3. Acquérir des connaissances en physiopathologie
4. Acquérir des connaissances en pharmacologie
5. Acquérir des connaissances en nutrition
6. Acquérir des connaissances de base en informatique
7. Acquérir des connaissances en bioéthique
8. Acquérir des connaissances dans les sciences biologiques
9. Acquérir des connaissances en microbiologie et en immunologie
10. Acquérir des connaissances en épidémiologie
11. Acquérir des connaissances dans les sciences sociales (sociologie)
12. Acquérir des connaissances dans les sciences de comportement (psychosocial)
13. Connaître les grands principes de santé mentale (maturité, sécurité, actualisation de soi, tolérance à l'ambiguïté, agressivité de croissance versus agressivité nocive)
14. Acquérir des connaissances en psychologie de l'apprentissage
15. Acquérir des connaissances sur le développement de la personne
16. Acquérir des connaissances sur les dynamiques familiales (ex. familles reconstituées, etc.)
17. Acquérir des connaissances sur l'approche systémique auprès de la famille
18. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en psychiatrie
19. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en pédiatrie
20. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en obstétrique
21. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en gériatrie
22. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en médecine-chirurgie
23. Acquérir des connaissances sur la relation d'aide
24. Connaître les principes de la communication verbale et non verbale
25. Acquérir des connaissances sur les soins de santé intégraux (primary nursing)

Tableau 14 (suite)

Besoins de base identifiés par l'ensemble des représentantes des institutions en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

BESOINS DE BASE

Domaine cognitif

26. Etre capable de définir le rôle autonome de l'infirmière
27. Connaître les grands principes de la santé communautaire (prévention, promotion)
28. Connaître les principales étapes de la démarche de soins
29. Acquérir des connaissances de base en méthodologie de la recherche en sciences infirmières
30. Connaître les principes d'asepsie
31. Connaître les différentes façons de faire les pansements
32. Connaître les principes de base des différentes techniques de soins
33. Connaître les principes sous-jacents à la mobilisation des patients alités (à domicile et à l'hôpital)
34. Acquérir des connaissances sur la réanimation
35. Acquérir des connaissances sur les soins d'urgence (premiers soins)
36. Etre capable d'appliquer les différentes étapes de la démarche de soins auprès d'un client, (évaluation des besoins de la clientèle cible, analyse, formulation d'un diagnostic infirmier, validation du diagnostic, planification, intervention et évaluation)
37. Etre capable d'appliquer les différentes étapes de la démarche de soins auprès d'une famille, (évaluation des besoins de la clientèle cible, analyse, formulation d'un diagnostic infirmier, validation du diagnostic, planification, intervention et évaluation)
38. Etre capable d'élaborer un plan de soins en fonction des besoins de la clientèle cible (faire participer la clientèle cible)
39. Etre capable de voir l'individu dans sa globalité (interdépendance entre son état de santé, son mode de vie, et son environnement)
40. Etre capable de reconnaître les signes indicateurs de complication
41. Etre capable de dispenser des soins à toutes les clientèles cibles (en psychiatrie, pédiatrie, obstétrique, médecine-chirurgie, gériatrie)
42. Tenir compte du développement de l'enfant lors des interventions de soins
43. Etre capable d'évaluer l'enseignement dispensé à une clientèle cible

Tableau 14 (suite)

Besoins de base identifiés par l'ensemble des représentantes des institutions en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

BESOINS DE BASE

Domaine cognitif

44. Etre capable d'appliquer les grands principes de prévention et de promotion de la santé dans différentes situations de soins
45. Etre capable d'identifier lors de la planification des soins, les ressources disponibles au client qui retourne à domicile
46. Etre capable d'identifier une situation problématique au sein de la famille
47. Etre capable de prioriser ses interventions (discerner entre l'essentiel et l'accessoire)
48. Etre capable de conceptualiser
49. Développer une capacité d'analyse
50. Développer un esprit critique
51. Etre capable d'émettre des jugements cliniques adéquats
52. Tenir compte de la dimension éthique lors de ses interventions
53. Etre capable d'organiser son travail

Domaine moteur

1. Etre capable de s'impliquer dans les équipes multidisciplinaires
2. Etre capable de faire de l'enseignement auprès de différentes clientèles cibles
3. Encourager le client à participer aux activités de soins (prise en charge par le client)
4. Compléter les plans de soins dans les milieux de stage
5. Référer le client et/ou la famille aux ressources appropriées
6. Maîtriser les techniques de soins de base appliquées aux différentes clientèles cibles (ex. lit, bain, injection, intraveineuse, poser des sondes, signes vitaux, ponctions veineuses, médication, lavement, etc.)
7. Appliquer les principes d'asepsie lors de leurs interventions
8. Respecter les normes de confort et de sécurité lors de ses interventions
9. Etre capable de mobiliser les clients alités en tenant compte des principes scientifiques sous-jacents (enfants, adultes)

Tableau 14 (suite)

Besoins de base identifiés par l'ensemble des représentantes des institutions en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

BESOINS DE BASE

Domaine moteur

10. Etre capable de faire différents types de pansement
11. Etre capable d'interagir avec le client
12. Etre capable d'interagir avec la famille du client
13. Etre capable d'établir une relation d'aide efficace avec la clientèle cible
14. Etre capable d'établir un travail d'équipe efficace avec ses collègues de l'équipe de soins
15. Discuter des problématiques de leurs clients avec leurs collègues étudiantes (étude de cas)
16. Aviser les autorités concernées de toutes erreurs lorsque les soins sont dispensés
17. Rédiger des notes claires dans le dossier du client (en vue de favoriser la continuité des soins)

Domaine affectif

1. Développer une curiosité intellectuelle (aller chercher des informations additionnelles dans les revues scientifiques, les livres)
2. Avoir une bonne connaissance de soi
3. Etre plus mature
4. Avoir confiance en soi
5. Etre autonome
6. Reconnaître ses limites
7. Reconnaître ses préjugés et le fait que cela puisse nuire à ses interactions avec autrui (clients, collègues, etc.)
8. Respecter les autres (collègues, professeures, clients)
9. Démontrer un certain sens des responsabilités
10. Etre capable de gérer son stress (ex. vivre avec une certaine dose d'insécurité)
11. Apprendre à tolérer sa propre dépendance et celle de son client
12. Demander de l'aide au besoin

Tableau 14 (suite)

Besoins de base identifiés par l'ensemble des représentantes des institutions en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

BESOINS DE BASE

Domaine affectif

13. Etre capable de s'affirmer
14. Avoir le sens de l'humour
15. Etre capable de prendre sa place
16. Etre capable de s'adapter à différentes situations
17. Etre capable de démontrer une attitude de motivation
18. Développer un esprit de solidarité entre infirmières (dans les cours et dans les milieux de stage)
19. Développer une conscience sociale
20. Avoir un certain décorum vestimentaire

Domaine des moyens

1. Effectuer le stage en santé communautaire avant le stage en médecine chirurgie
 2. Impliquer plus les étudiantes au sein des réunions cliniques (leur demander de présenter une histoire de cas)
 3. S'assurer que les superviseuses respectent rigoureusement les exigences de stage lors de l'évaluation de l'étudiante
 4. Que les professeurs conscientisent les étudiantes face à leurs responsabilités envers le client
 5. Encourager les initiatives des étudiantes
 6. S'assurer que les professeurs et les étudiantes en stage ne quittent pas l'unité de soins avant que tous les soins soient dispensés au client
 7. Obtenir le soutien de l'administration suite aux décisions des professeurs d'échouer une étudiante dans les cours ou en stage
-

l'application des grands principes de prévention et de promotion de la santé dans différentes situations de soins. Les habiletés motrices sont de l'ordre de 82% (n=17) alors que le pourcentage des habiletés affectives est de 80% (n=20). Une seule habileté motrice a obtenu un niveau de maîtrise très élevé: le respect des normes de confort et de sécurité lors des interventions de soins. Dans les deux autres domaines, on ne retrouve aucun état cible pour ce niveau de maîtrise. En ce qui a trait aux moyens actuellement présents dans le domaine des moyens, cela représente 12% (n=7) seulement des moyens identifiés lors de la phase 3.

Les besoins supplémentaires ou futurs ressortis par l'ensemble des représentantes des institutions sont présentés au tableau 15. Les habiletés cognitives que les graduées d'un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières auront besoin dans le futur représentent 31% (n=24) des états cibles identifiés dans la phase 3. Dans cette catégorie, une habileté a été classée comme ayant été faiblement maîtrisée: l'acquisition de notions de marketing. Quarante-seize pour-cent de ces habiletés sont considérées comme étant moyennement maîtrisées par les graduées. Les habiletés motrices représentent 18% (n=4) des états cibles. Cent pour-cent de ces habiletés sont moyennement maîtrisées par les graduées. Au sein du domaine affectif, 20% (n=5) des habiletés devront être maîtrisées dans le futur par les graduées. Présentement, ces habiletés ne sont que moyennement maîtrisées par ces dernières. Au niveau du domaine des moyens, 88% (n=53) des moyens devront être mis en place pour faciliter l'acquisition et la maîtrise de ces trois catégories d'habiletés. Actuellement, le moyen qui est considéré comme très faible à inexistant est celui qui a trait à la formation dispensée sur une période de quatre ans. Vingt-cinq pour-cent de ces moyens sont présents à un degré moindre alors que 63% d'entre eux sont moyennement présents.

Les besoins de base et les besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction d'une perspective nomothétique sont présentés au tableau 16 (Appendice K). Au niveau des habiletés cognitives, l'acquisition des connaissances de base en informatique a été retenue par les administratrices, les cliniciennes et les représentantes des CLSC comme un besoin indispensable pour le futur. Les représentantes des milieux hospitaliers et communautaires ont classé 22.1% (n=17) des états cibles au niveau des besoins futurs: l'acquisition de connaissances sur les dynamiques familiales; sur l'approche systémique auprès de la famille; sur les soins infirmiers en psychiatrie, en obstétrique et en gériatrie; la bioéthique; les méthodes de recherche en sciences infirmières; la capacité d'application des différentes étapes de la démarche de soins auprès d'une famille; la dispensation des soins à toutes les clientèles cibles; l'application des grands principes de prévention et de promotion de la santé dans différentes situations de soins et dans tous les milieux d'intervention; l'identification des ressources disponibles au client qui retourne à domicile;

Tableau 15

Besoins futurs identifiés par l'ensemble des représentantes des institutions en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

BESOINS FUTURS

Domaine cognitif

1. Acquérir des connaissances en droit de la santé
2. Acquérir des connaissances de base en ethnoculturalisme (anthropologie)
3. Acquérir des connaissances sur la gestion des équipes multidisciplinaires (principes de la négociation)
4. Acquérir des connaissances en pédagogie
5. Acquérir des connaissances en andragogie
6. Acquérir des connaissances en créativité
7. Acquérir des connaissances sur l'affirmation de soi
8. Acquérir des notions théoriques sur la connaissance de soi
9. Acquérir des connaissances sur la théorie des systèmes
10. Acquérir des notions théoriques sur le changement planifié
11. Acquérir des notions de marketing
12. Acquérir des connaissances en gestion des soins infirmiers (inclure des notions de contrôle et d'évaluation de la qualité des soins)
13. Acquérir des connaissances sur les modes de distribution de soins
14. Connaître les bases philosophiques de la profession infirmière
15. Acquérir des connaissances de base sur les différents modèles conceptuels en sciences infirmières ainsi que la philosophie qui les sous-tend.
16. Acquérir des connaissances sur l'organisation et l'éducation socio-sanitaire
17. Acquérir des connaissances sur l'intervention ethnoculturelle
18. Connaître les différentes sortes de stomie, (leur fonctionnement, l'alimentation requise)
19. Connaître les méthodes d'intervention et les limites des autres professionnels (les) de la santé
20. Acquérir des connaissances sur les différentes thérapies alternatives (buts, objectifs, accessibilité)
21. Être capable de discerner le stress optimal (positif) du stress nuisible

Tableau 15 (suite)

Besoins futurs identifiés par l'ensemble des représentantes des institutions en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

BESOINS FUTURS

Domaine cognitif

22. Etre capable d'appliquer les différentes étapes de la démarche de soins auprès d'une communauté, (évaluation des besoins de la clientèle cible, analyse, formulation d'un diagnostic infirmier, validation du diagnostic, planification, intervention et évaluation)
23. Etre capable d'appliquer un modèle conceptuel auprès de différentes clientèles cibles
24. Etre capable d'appliquer les grands principes de prévention et de promotion de la santé dans tous les milieux d'intervention (centres hospitaliers, milieux naturels, etc.)

Domaine moteur

1. Etre capable de faire un examen physique centré sur la normalité
2. Etre capable d'effectuer une réanimation cardiaque
3. Etre capable d'intervenir dans des situations d'urgence (secourisme)
4. Discuter des problématiques de leurs clients avec les autres membres de l'équipe de soins (permet de valider leurs observations)

Domaine affectif

1. Etre capable de faire face à sa propre agressivité et à celle des autres
2. Etre capable de faire face aux frustrations, aux échecs et au rejet de façon positive
3. Etre tolérant face à l'ambiguïté
4. Faire preuve de créativité dans ses interventions (sortir des cadres habituels)
5. Etre capable d'assumer un leadership

Tableau 15 (suite)

Besoins futurs identifiés par l'ensemble des représentantes des institutions en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

BESOINS FUTURS

Domaine des moyens

1. Réduire à 40 le nombre d'étudiants dans les cours théoriques ou prévoir des ateliers avec un nombre réduit d'étudiantes
2. Mettre le cours de réanimation obligatoire
3. Favoriser la mise en place d'ateliers sur la connaissance de soi, le développement personnel
4. Avoir des ateliers à orientation pratique (mise en situation clinique en petit groupe)
5. Apprendre à faire confiance aux étudiantes dans les cours (même dans les cours qui ont un nombre élevé d'étudiantes)
6. Impliquer les étudiantes dans des équipes multidisciplinaires de travail, de la première à la dernière année de formation
7. Mettre l'accent sur la recherche appliquée dans le cours de méthodologie de la recherche en sciences infirmières (comment on peut appliquer les recherches dans les milieux cliniques)
8. Inclure l'anglais comme pré-requis à l'admission
9. Que l'université fournisse des locaux adéquats, en nombre suffisant et avec des installations adéquates
10. Réduire le ratio professeure/étudiantes dans les groupes de stage.
11. Augmenter la durée du stage de première année (soins aux adultes) à 4 semaines, à raison de 4 jours/semaine
12. Lors du stage d'intégration, augmenter graduellement le nombre de clients ou de familles par étudiante afin de mieux refléter la réalité des milieux (cela leur permet d'apprendre à gérer leur stress)
13. Deux semaines avant les stages, simuler des situations réelles en laboratoire afin de réduire le niveau de stress des étudiantes (reproduire un environnement similaire)
14. Demander aux étudiantes de définir clairement leurs objectifs de stage
15. Demander aux étudiantes en stage de présenter les résultats de leur travail aux infirmières de l'unité de soins (source d'affirmation et d'estime de soi)

Tableau 15 (suite)

Besoins futurs identifiés par l'ensemble des représentantes des institutions en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

BESOINS FUTURS

Domaine des moyens

16. Demander aux étudiantes en stage de discuter de leurs plans de soins avec les infirmières de l'unité où elles travaillent et de les laisser à l'unité (source de stimulation pour les infirmières de l'unité de soins)
17. S'assurer que les professeures supervisent (sur place) le dernier stage d'intégration dans les milieux cliniques (pour évaluer l'aspect psychosocial et familial dans les interventions des étudiantes)
18. Que l'université donne plus de formation aux superviseuses de stage
19. Permettre aux étudiantes de rencontrer des infirmières qui dispensent des soins intégraux (primary nursing)
20. Donner plus de responsabilités aux étudiantes (ne pas tout faire pour elles, car cela ne reflète pas la réalité des milieux cliniques)
21. Favoriser l'affirmation de soi des étudiantes (au sein de l'université)
22. Permettre aux étudiantes de s'affirmer dans les stages (que les milieux leur fassent davantage confiance)
23. Que les responsables des unités de soins manifestent leurs attentes aux étudiantes en stage (en termes de ce que cela pourrait leur rapporter)
24. Que les professeures/superviseuses fassent profiter les infirmières du milieu de leur expertise (ex. conférences le midi, explication de cas complexe)
25. Offrir des périodes libres de laboratoire (cela permet aux étudiantes de pratiquer leurs habiletés psychomotrices)
26. Offrir des laboratoires en fonction de toutes les clientèles cibles
27. S'assurer qu'en laboratoire les étudiantes maîtrisent les habiletés psychomotrices fondamentales
28. Faire des laboratoires d'examen physique autant pour les enfants que pour les adultes
29. Augmenter le nombre de laboratoires dirigés
30. Mettre sur pied un groupe de soutien ou d'entraide par les pairs
31. Mettre sur pied un groupe d'entraide ou de tutorat composé d'une professeure et d'une étudiante de 1^{ière}, 2^{ième} et 3^{ième} années.
32. Faire passer un test de personnalité aux étudiantes lors de l'admission

Tableau 15 (suite)

Besoins futurs identifiés par l'ensemble des représentantes des institutions en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

BESOINS FUTURS

Domaine des moyens¹

33. S'assurer que les étudiantes puissent s'exprimer et écrire correctement en français (afin de pouvoir mieux communiquer avec leur client)
34. Développer des moyens d'évaluation pour favoriser une meilleure qualité au niveau de la population étudiante en sciences infirmières (ex. augmenter les exigences au niveau des cours, des stages)
35. Que l'université développe des mécanismes de contrôle pour éviter que les étudiantes qui ont des problèmes d'ordre psychique ou affectif puissent continuer leur programme de formation (du moins jusqu'à ce que le problème soit réglé)
36. Que les gestionnaires des milieux cliniques mettent sur pied des modes de distribution de soins qui favorisent une continuité de soins
37. Que les gestionnaires des milieux cliniques reconnaissent l'importance de la force curative de la relation d'aide dans les interventions des infirmières
38. Favoriser la mise en place de postes conjoints entre l'université et les milieux cliniques
39. Instaurer un système de préceptorat dans les milieux cliniques
40. Conclure une entente avec les milieux cliniques et l'université pour que l'étudiante puisse pratiquer les techniques de soins de base dans les milieux (ex. au centre de prélèvement)
41. Que toutes les professeures s'impliquent dans les milieux cliniques soit par des projets de recherche ou des supervisions de stage (permet de rester en contact avec la réalité des milieux)
42. Avoir au moins 30% d'infirmières bachelières dans les milieux de stage (cela favorisera l'apprentissage par modèle de rôle (role model))
43. Que l'université favorise le développement d'une conscience sociale chez les étudiantes en les impliquant au sein de la communauté dès le début de leur formation (ex. travailler avec les itinérants)
44. Que les milieux cliniques et communautaires adoptent une philosophie de soins basée sur les soins intégraux

Tableau 15 (suite)

Besoins futurs identifiés par l'ensemble des représentantes des institutions en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

BESOINS FUTURS

Domaine des moyens

45. Que les milieux cliniques affiliés à l'université reconnaissent que l'enseignement fait partie du mandat du centre ou des professionnels (les) qui y travaillent.
 46. Que les milieux cliniques fournissent des locaux adéquats lors des stages (faciliter les rencontres)
 47. Valoriser la recherche clinique dans les facultés de Sciences Infirmières
 48. Favoriser des rencontres entre les administratrices des milieux cliniques, de l'université et les infirmières chefs d'unités de soins (en vue de partager une même philosophie de soins)
 49. Que les professeurs siègent sur des comités décisionnels dans les milieux et que les représentantes des milieux siègent sur des comités décisionnels au sein de l'université
 50. Qu'il y ait des ententes entre les milieux de stage (CH et CLSC) pour que les intervenantes et les étudiantes aient accès à la formation dispensée dans ces centres (ex. dialyse, inhalothérapie, etc.)
 51. Que l'université diversifie plus les milieux de stage en santé communautaire (ex. centre de jour, centre des femmes, organisme communautaire)
 52. En cas d'insatisfaction lors des stages, les responsables dans les universités devraient déposer une plainte pour qu'il y ait un suivi de la part des milieux (l'université est aussi un client d'une certaine façon)
 53. Échelonner la formation sur une période de quatre ans, incluant un internat de spécialisation
-

la capacité d'identifier une situation problématique au sein de la famille et la capacité de prioriser ses interventions. Ces habiletés dans leur ensemble ont été considérées comme étant moyennement atteintes par les graduées. Seulement 18% des états cibles ont été retenus comme besoins futurs par les représentantes des CLSC: l'acquisition des connaissances sur le développement de la personne, en pharmacologie, en nutrition, en sciences biologiques, en microbiologie et immunologie, en médecine-chirurgie, l'acquisition des grands principes en santé communautaire, des notions de réanimation, des soins d'urgence (premiers soins); l'application des différentes étapes de la démarche de soins auprès d'un client; l'élaboration d'un plan de soins en fonction des besoins de la clientèle cible; la capacité de reconnaître les signes indicateurs de complication et le fait de tenir compte du développement de l'enfant lors des interventions de soins. Dans le groupe des cliniciennes des CH, seulement un des états cibles a été retenu comme besoin futur: la capacité d'organiser son travail qui se situe à un niveau moyen de maîtrise. En ce qui a trait aux groupes des professeurs et des CLSC, seulement 5.2% (n=4) des habiletés cognitives ont été retenues comme moyennement maîtrisées: l'acquisition des connaissances en épidémiologie et en sciences sociales; la capacité de conceptualiser et de définir le rôle autonome de l'infirmière. D'après les CLSC, la dernière habileté se situe plutôt à un niveau de maîtrise faible. Les administratrices et les CLSC considèrent que l'acquisition des connaissances en philosophie humaine et la capacité d'appliquer un modèle conceptuel auprès de différentes clientèles cibles se situe à un niveau faible.

Au niveau des habiletés motrices, les représentantes des milieux hospitaliers et communautaires considèrent que les graduées sont moyennement capables d'appliquer les grands principes de prévention et de promotion de la santé et d'effectuer un examen physique centré sur la normalité. Lorsque l'on analyse individuellement les choix des CLSC, seulement 21.1% (n=4) des habiletés ont été identifiées à un niveau moyen de maîtrise: la rédaction complète des plans de soins dans les milieux de stage; la maîtrise des techniques de soins de base appliquées aux différentes clientèles cibles; la clarté de la rédaction des notes au dossier du client ainsi que l'avertissement aux autorités concernées de toutes erreurs survenues lorsque les soins sont dispensés. De leur côté, à elles seules, les cliniciennes des CH ont identifié 31.6% (n=6) des habiletés liées au domaine moteur: la référence du client et/ou de la famille aux ressources appropriées; la capacité de faire différents types de pansements et de mobiliser les clientèles en tenant compte des principes scientifiques sous-jacents; la capacité d'interagir avec la famille, d'établir une relation d'aide efficace avec la clientèle cible et d'établir un travail d'équipe efficace avec ses collègues de l'équipe de soins. Ces habiletés sont maîtrisées à un niveau moyen.

En ce qui concerne les **habiletés affectives**, 32% (n=8) d'entre elles ont été considérées comme moyennement maîtrisées par les représentantes des CLSC et des CH: la capacité d'être autonome, de reconnaître ses limites, ses préjugés et le fait que cela puisse nuire à ses interactions avec autrui; la capacité de gérer son stress et de tolérer sa propre dépendance et celle de son client; la capacité de faire preuve de créativité dans ses interventions, de prendre sa place et d'avoir le sens de l'humour. Les professeures et les CLSC considèrent que les graduées ont une connaissance de soi qui est moyenne. Les CLSC constatent que les graduées ont un niveau de maturité et de confiance en soi moyen. De leur côté, les cliniciennes des CH rapportent que dans 20% des cas (n=5), les graduées maîtrisent à un niveau moyen leur capacité de s'affirmer, de demander de l'aide au besoin, de démontrer une attitude de motivation, de développer un esprit de solidarité entre elles et d'avoir un certain décorum vestimentaire. Le groupe des **professeures** soulignent que les graduées d'un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières développent une conscience sociale qui se situe à un niveau moyen.

Dans le domaine des **moyens**, 33% (n=20) des états cibles identifiés par les administratrices ont été classés au niveau des besoins de base. De ce nombre, 13 ont été considérés comme des moyens qui devraient être mis en place dans le futur: apprendre à faire confiance aux étudiantes dans les cours; mettre l'accent sur la recherche appliquée dans les cours de méthodologie de la recherche; inclure l'anglais comme pré-requis à l'admission; lors du stage d'intégration, augmenter graduellement le nombre de clients ou de familles par étudiante (niveau de maîtrise très élevé); demander aux étudiantes de définir clairement leurs objectifs de stage; demander aux étudiantes en stage de discuter de leurs plans de soins avec les infirmières de l'unité où elles travaillent et de laisser ceux-ci à l'unité; permettre aux étudiantes de rencontrer des infirmières qui dispensent des soins intégraux; donner plus de responsabilités aux étudiantes; offrir des laboratoires en fonction de toutes les clientèles cibles; s'assurer que les étudiantes maîtrisent en laboratoire les habiletés psychomotrices fondamentales; développer des moyens d'évaluation pour favoriser une meilleure qualité au niveau de la population étudiante; s'assurer que les milieux cliniques fournissent des locaux adéquats lors des stages; valoriser la recherche clinique et diversifier davantage les milieux de stage en santé communautaire (niveau de maîtrise très élevé). Deux des états cibles identifiés au niveau des besoins de base par les professeures ont été reconnus comme étant des besoins futurs par les représentantes des CH et des CLSC: faire confiance aux étudiantes dans les cours et effectuer le stage en santé communautaire avant le stage en médecine-chirurgie.

Au niveau des centres hospitaliers et des milieux communautaires, les répondantes

considèrent que cinq des moyens reconnus comme besoins de base par l'ensemble des groupes devraient être mis en place dans le futur car ils sont moyennement présents: que les professeures conscientisent les étudiantes face à leurs responsabilités envers le client, que l'administration soutienne les professeures lorsque celles-ci échouent une étudiante dans les cours ou en stage, que les superviseures respectent rigoureusement les exigences de stage lors de l'évaluation de l'étudiante, que le stage en santé communautaire soit effectué avant le stage de médecine-chirurgie et que les étudiantes soient plus impliquées au sein des réunions cliniques. Dans le groupe des CLSC, on considère que les initiatives des étudiantes devraient être encouragées dans le futur contrairement aux trois autres groupes qui trouvent qu'elles le sont présentement à un niveau élevé.

Les besoins de base et les besoins futurs identifiés par les graduées sont présentés au tableau 17. Au niveau du domaine cognitif, 45.7% (n=16) des habiletés se retrouvent dans les besoins de base comparativement à 54.3% (n=19) des habiletés qui devraient être maîtrisées dans le futur. La connaissance des principes d'asepsie est considérée comme étant une habileté qui est actuellement maîtrisée à un niveau très élevé. Dans la catégorie des besoins futurs, 42% (n=8) des habiletés ne sont que faiblement maîtrisées: l'acquisition de connaissances sur la dynamique familiale; l'approche systémique auprès de la famille; la bioéthique; les modèles conceptuels et la philosophie qui les sous-tend; les soins infirmiers en psychiatrie; la sociologie de la santé; le travail en équipe et les bases philosophiques de la profession infirmière. Les autres habiletés se situent plus à un niveau moyen de maîtrise. Dans le domaine moteur, 57.1% (n=4) des habiletés sont des habiletés de base alors que 42.9% (n=3) sont considérées comme des habiletés futures. Les graduées considèrent qu'actuellement, l'application des principes d'asepsie se fait à un niveau très élevé. Au niveau des besoins futurs, la capacité d'appliquer des techniques de soins de base, de mobiliser les clients alités en tenant compte des principes scientifiques sous-jacents et d'interagir avec la famille du client est moyennement maîtrisée. Dans le domaine affectif, 76.9% (n=10) sont des habiletés actuellement maîtrisées par les graduées comparativement à 23.1% (n=3) qui devraient être maîtrisées dans le futur. Actuellement, les graduées constatent qu'elles ont développé une curiosité intellectuelle à un niveau très élevé; lorsqu'elles sont confrontées à une situation de soins nouvelle, elles n'hésitent pas à aller chercher des informations additionnelles dans les revues scientifiques. Au niveau des besoins futurs, leur capacité de demander de l'aide au besoin, de promouvoir les soins infirmiers auprès de la population et de développer un esprit de solidarité entre infirmières est moyennement maîtrisée. Au niveau des moyens, un seul a été considéré comme actuellement présent dans le programme: dispenser les cours de formation générale et de sciences en première année.

Tableau 17

Besoins de base et besoins futurs identifiés par les graduées en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

HABILETÉS	BASE	FUTUR
<u>COGNITIVES</u>		
1. Acquérir des connaissances en anatomie	*	
2. Acquérir des connaissances en physiologie	*	
3. Acquérir des connaissances en biochimie	*	
4. Acquérir des connaissances plus poussée en pharmacologie		*
5. Acquérir des connaissances en biologie	*	
6. Acquérir des connaissances poussées en pathologie	*	
7. Acquérir des connaissances sur la dynamique familiale		*
8. Acquérir des connaissances sur l'approche systémique auprès de la famille		*
9. Acquérir des connaissances sur la bioéthique		*
10. Acquérir des connaissances sur l'enseignement aux clientèles cibles		*
11. Acquérir des connaissances de base sur les différents modèles conceptuels en sciences infirmières ainsi que la philosophie qui les sous-tend		*
12. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en psychiatrie		*
13. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en obstétrique	*	
14. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en médecine-chirurgie (orthopédie, etc.)	*	
15. Acquérir des connaissances en gestion des soins infirmiers	*	
16. Acquérir des connaissances de base en sociologie de la santé		*
17. Acquérir des connaissances en épidémiologie		*

Tableau 17 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par les graduées en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

HABILETÉS	BASE	FUTUR
<u>COGNITIVES</u>		
18. Acquérir des connaissances en microbiologie	*	
19. Acquérir des connaissances sur les méthodologies de recherche en sciences infirmières.		*
20. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en pédiatrie	*	
21. Acquérir des connaissances en relation d'aide		*
22. Acquérir des connaissances sur les sciences du comportement (psychosocial)		*
23. Acquérir des connaissances sur le travail en équipe		*
24. Posséder des connaissances sur les théories du leadership		*
25. Connaître les bases philosophiques de la profession d'infirmière		*
26. Connaître les paramètres de la normalité (ex. signes vitaux, bilan électrolytique, etc.)	*	
27. Connaître les principes de base des différentes techniques de soins	*	
28. Connaître les principes sous-jacents à la mobilisation des patients alités		*
29. Connaître les différentes sortes de stomie (leur fonctionnement, l'alimentation requise)		*
30. Connaître les principes d'asepsie	*	
31. Connaître les différentes façons de faire les pansements		*
32. Etre capable d'organiser son travail		*
33. Développer un esprit critique	*	
34. Développer une capacité d'analyse	*	

Tableau 17 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par les graduées en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

HABILETÉS	BASE	FUTUR
<u>COGNITIVES</u>		
35. Etre capable d'émettre des jugements cliniques adéquats	*	
<u>MOTRICES</u>		
1. Etre capable de pratiquer les techniques de base reliées aux soins infirmiers (ex. lit, bain, injection, intraveineuse, poser des sondes, etc.)		*
2. Appliquer les principes d'asepsie lors de leurs interventions	*	
3. Etre capable de faire des pansements	*	
4. Etre capable de mobiliser les clientelles en tenant compte des principes scientifiques sous-jacents		*
5. Etre capable d'interagir avec le client	*	
6. Etre capable d'interagir avec la famille du client		*
7. Etre capable d'expliquer les interventions infirmières au client	*	
<u>AFFECTIVES</u>		
1. Etre responsable de son apprentissage	*	
2. Avoir un certain décorum vestimentaire	*	
3. Développer une curiosité intellectuelle (Aller chercher des informations additionnelles dans les revues scientifiques, les livres)	*	

Tableau 17 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par les graduées en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

HABILETÉS	BASE	FUTUR
<u>AFFECTIVES</u>		
4. Reconnaître ses limites	*	
5. Demander de l'aide au besoin		*
6. Etre capable de s'affirmer	*	
7. Etre capable de prendre sa place	*	
8. Etre capable de s'adapter à différentes situations	*	
9. Se remettre constamment en question dans sa pratique (ne rien prendre pour acquis)	*	
10. Etre autonome	*	
11. Conserver son honnêteté et son intégrité personnelle	*	
12. Développer un esprit de solidarité entre infirmières (dans les cours et dans les milieux de stage)		*
13. Promouvoir les soins infirmiers auprès de la population		*
<u>MOYENS</u>		
1. Faire le lien entre les cours de sciences (biochimie, anatomie, pathologie, physiologie, pharmacologie) et les sciences infirmières (trop axés sur le côté médical)		*
2. Modifier le contenu du cours de psychiatrie		*
3. Dispenser la matière par module et non plusieurs matières dans une même semaine		*
4. Mettre le cours d'épidémiologie comme cours optionnel		*
5. Éviter les répétitions entre les cours en soins infirmiers et les cours de sciences		*

Tableau 17 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par les graduées en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

MOYENS	BASE	FUTUR
6. Dispenser en première année, les cours de formation générale et de sciences		*
7. Dispenser le cours de pharmacologie après la première année une fois que les étudiantes ont eu un contact avec les clients		*
8. Avoir trois cours au choix, soit un par année		*
9. Modifier la structure des cours (faire les stages immédiatement après la théorie)		*
10. Le nombre de crédits alloués pour les cours devraient être représentatifs de la charge de travail exigé		*
11. Réduire le nombre d'étudiantes dans les cours théoriques		*
12. Faire dispenser les cours de biochimie, de pharmacologie, d'épidémiologie et de physiologie par des professeures qui ont une formation en sciences infirmières (dans une perspective de sciences infirmières)		*
13. Offrir plus de disponibilité aux étudiantes en dehors des cours (chez les professeures qui dispensent les cours de sciences)		*
14. Donner plus de contrôle à l'étudiante sur son cheminement de cours.		*
15. Réviser les principes de la mobilisation des clients à chaque année et les pratiquer en laboratoire chaque année		*
16. Permettre à chaque étudiante en laboratoire de manipuler le matériel pour chaque technique de soins		*
17. Avoir du matériel adéquat et complet lors des laboratoires (ex. stomies, etc.)		*
18. Favoriser les interactions infirmière-client en laboratoire à l'aide de simulation de cas		*

Tableau 17 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par les graduées en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

MOYENS	BASE	FUTUR
19. Réduire le ratio professeure/étudiantes dans les groupes de stage.		*
20. Augmenter le ratio infirmière-clients en stage si cette dernière s'en sent capable (lors du stage d'intégration)		*
21. Les professeures devraient être des modèles de rôle (role model) en stage (s'affirmer plus)		*
22. Permettre aux étudiantes de s'affirmer dans les stages (leur faire plus confiance)		*
23. Respecter les étudiantes en stage et dans les cours théoriques		*
24. Ne pas lancer de messages doubles aux étudiantes (agir comme professionnelle, mais ne déranger pas trop)		*
25. Valoriser les initiatives des étudiantes		*
26. Éviter de créer un climat de méfiance dans les stages (en faisant exercer un contrôle par d'autres étudiantes)		*
27. Permettre à l'étudiante en stage d'être responsable de son client face aux autres professionnels (les)		*
28. Accepter que les étudiantes puissent faire des erreurs lorsqu'elles sont en apprentissage dans les stages (si ça ne représente pas un danger pour le client)		*
29. Les professeures devraient donner plus de soutien aux étudiants lors du stage d'obstétrique		*
30. Ne pas exiger de l'étudiante qu'elle demande au client s'il veut l'avoir comme infirmière		*

Tableau 17 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par les graduées en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

MOYENS	BASE	FUTUR
31. Promouvoir le contrat d'apprentissage dans les stages (tenir compte des objectifs personnels des étudiantes)		*
32. Promouvoir l'entraide, l'esprit d'équipe dans les cours et dans les stages		*
33. Responsabiliser les étudiantes lors des stages en leur permettant de faire du "coaching" entre elles pour l'application des techniques de soins		*
34. S'assurer que chaque étudiante ait la possibilité d'appliquer ou de voir l'application de chaque technique de soins lors des stages		*
35. Jumeler un étudiant avec une étudiante dans le stage d'obstétrique (afin de faciliter son intégration)		*
36. Jumeler chaque étudiante en stage avec une infirmière du département où elle travaille (favorise l'apprentissage)		*
37. Centrer l'évaluation des stages sur les forces des étudiantes tout en soulignant les améliorations à apporter		*
38. Veiller à ce que les superviseuses respectent les critères d'évaluation lors des stages		*
39. Mettre lors des stages autant l'accent, sur l'évaluation des attitudes que sur les habiletés motrices (ex. intégration dans l'équipe, capacité d'offrir son aide, interaction avec le client, la famille)		*
40. Éviter les jugements de valeur (ex. évaluer en fonction de la performance et non de l'apparence physique des étudiantes)		*

Tableau 17 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par les graduées en fonction des domaines cognitif, moteur, affectif et des moyens

MOYENS	BASE	FUTUR
41. Travailler conjointement avec le centre d'emploi de l'université pour favoriser l'emploi comme préposées aux bénéficiaires dans les centres hospitaliers et ce dès la première année (afin de faciliter l'intégration dans les milieux lors des stages)		*
42. Mettre sur pied un groupe d'entraide ou de tutorat par les pairs		*
43. Les milieux devraient être plus réceptifs et plus coopératifs		*
44. Les milieux devraient réduire la charge de travail des nouvelles graduées pour faciliter leur intégration		*
45. Ne pas s'attendre qu'une infirmière nouvellement graduée performe autant qu'une infirmière ayant 10 ans d'expérience		*
46. Échelonner la formation sur une période de quatre ans		*

Au niveau des moyens futurs, deux d'entre eux sont très faiblement présents dans le programme: le matériel lors des laboratoires doit être adéquat et complet; la faculté des sciences infirmières et le centre d'emploi de l'université travaillent en collaboration pour faciliter l'emploi des étudiantes de première année comme préposées aux bénéficiaires afin de faciliter leur intégration future dans les milieux de stage. Soixante pour-cent (n=16) des moyens futurs sont faiblement présents. Ils se situent au niveau de la structure et des contenus de cours, des ratio professeure/étudiantes et étudiante/clients dans les stages, de l'évaluation et de la pratique de certaines activités en laboratoire et en stage, de l'existence de groupe d'entraide par les pairs, de la collaboration des milieux et de la durée du programme de formation. Trente-six pour-cent (n=16) des activités sont moyennement présentes au sein du programme: l'affirmation des professeures et des étudiantes en stage; le respect et la valorisation des étudiantes; les messages doubles véhiculés aux étudiantes dans les milieux de stage; la responsabilité de l'étudiante face au client; l'entraide; l'évaluation des habiletés affectives ainsi que le respect des critères d'évaluation par les superviseuses lors des stages.

I.C. Étape III: Vérification de l'authenticité des besoins par les détenteurs d'enjeux

Lors de cette étape les répondantes décrivent concrètement, à partir des états cibles qu'elles ont identifiés lors de la phase 4, comment ceux-ci représentent un bénéfice significatif pour la graduée. De plus, elles décrivent ce que représente concrètement l'état d'insatisfaction dans lequel elles se retrouveraient si ces états cibles ne sont pas satisfaits. L'utilisation de l'approche herméneutique a permis à l'investigatrice de formuler au sein de chaque groupe de répondantes des interprétations initiales pour chacun des concepts présentés. Par la suite, des interprétations améliorées ont été formulées jusqu'à ce qu'une saturation des données soit obtenue. Cette étape devrait permettre d'identifier des besoins authentiques.

Dans la première phase de l'analyse, nous présenterons les constructions initiales et les constructions améliorées qui sont ressorties dans chacun des groupes de détenteurs d'enjeux relativement au bénéfice significatif. Par la suite, la même procédure sera utilisée pour l'état d'insatisfaction.

BÉNÉFICE SIGNIFICATIF

Suite à la première rencontre avec une représentante du groupe des

administratrices, une construction initiale a été formulée:

Les besoins identifiés représentent un bénéfice significatif lorsque l'étudiante en stage utilise ses connaissances et ses habiletés psychomotrices pour répondre aux besoins de la clientèle cible et démontre par ses comportements une attitude professionnelle auprès de cette clientèle, de ses collègues et des autres intervenants(es) dans le domaine de la santé.

Une vérification auprès de cette répondante a permis de constater que cette construction initiale reflétait exactement ce qui a été discuté lors de la rencontre. Lors de l'entrevue avec une deuxième représentante de ce groupe de détenteurs d'enjeux, celle-ci s'est dit d'accord avec cette construction initiale mais elle a senti le besoin d'ajouter

qu'elle voit l'étudiante graduée non seulement dans le contexte de stage, mais dans sa globalité, i.e. dans les cours, dans les milieux cliniques et dans la communauté. L'étudiante doit voir la personne dans le contexte familial, comme une partenaire qui s'implique au niveau des soins.

Une construction améliorée a été formulée suite à cette rencontre:

Les besoins identifiés représentent un bénéfice significatif lorsque l'étudiante graduée utilise ses connaissances et ses habiletés psychomotrices pour répondre aux besoins et favoriser le développement de l'autonomie de la clientèle cible (individu, famille). Elle démontre par ses comportements, une attitude professionnelle auprès de cette clientèle, de ses collègues et des autres intervenants(es) de l'équipe interdisciplinaire.

Une vérification auprès de cette répondante a permis de constater que cette interprétation est conforme à ce qui a été discuté au cours de la rencontre.

Lors de l'entrevue avec une première représentante des professeures, une construction initiale a été élaborée:

Les besoins identifiés représentent un bénéfice significatif s'ils permettent à l'étudiante graduée d'un programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières d'acquérir une certaine maturité, d'être autonome et de s'affirmer au sein d'une équipe multidisciplinaire. De plus, celle-ci peut faire

face à des situations psychosociales complexes et venir en aide au client et à la famille de façon efficace.

Lors d'une vérification auprès de cette professeure, des modifications ont été apportées à la construction: l'élément biologique a été rajouté aux éléments psychosociaux en ce qui a trait aux situations bio-psychosociales complexes. Lors de l'entrevue avec une deuxième professeure, les mêmes éléments sont ressortis de la discussion. Par contre suite à une vérification du contenu, cette dernière a légèrement modifié une partie de la construction améliorée: "l'étudiante graduée doit être autonome dans ses interventions".

Au cours d'une rencontre avec une première représentante des milieux communautaires, une construction initiale a été formulée:

Les besoins identifiés représentent un bénéfice significatif s'ils permettent à l'étudiante graduée d'un programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières d'être autonome, de reconnaître ses limites et de s'affirmer au sein d'une équipe multidisciplinaire pour mieux défendre les besoins du client dans un contexte de santé globale (bio-psychosocial). L'ouverture d'esprit face aux différences cultures représente également un bénéfice significatif. Si l'étudiante graduée acquiert des connaissances de base et qu'elle les intègre dans sa pratique, cela représentera un bénéfice significatif pour le CLSC puisque ce dernier n'aura à l'orienter qu'en fonction du contexte communautaire.

Suite à une vérification auprès de cette répondante, celle-ci a confirmé que cette interprétation reflétait en tout point ce qui a été discuté lors de l'entrevue. Lors de la rencontre avec une deuxième répondante de ce groupe, cette dernière a souligné que ce qu'elle pensait était reflété dans cette première construction sauf pour l'élément suivant: "le CLSC n'aura à l'orienter qu'en fonction du contexte communautaire". Selon elle, la graduée devrait déjà avoir eu des notions théoriques de santé communautaire au cours de sa formation. La seule chose que le CLSC devrait leur donner se situe plus au niveau des politiques qui diffèrent d'un CLSC à l'autre, tout en leur accordant plus de temps pour s'adapter à ce type de fonctionnement. Elle rajoute que la graduée doit avoir le souci constant de dépasser ses connaissances de base afin de dispenser des soins de qualité. Une construction améliorée a par la suite été formulée:

Les besoins identifiés représentent un bénéfice significatif s'ils permettent à l'étudiante graduée d'un programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières d'avoir une certaine ouverture d'esprit, d'être autonome, de reconnaître ses limites et de s'affirmer au sein d'une équipe multidisciplinaire pour mieux défendre les besoins du client (individu, famille, communauté) dans un contexte de santé globale (biopsychosocial). L'ouverture à la diversité ethnoculturelle représente également un bénéfice significatif. L'acquisition de notions de base en santé communautaire et le souci constant de les dépasser permettront à l'étudiante graduée de dispenser des soins de qualité.

Lors de la vérification de cette interprétation, cette répondante a demandé de rajouter des éléments qu'elle n'avait pas mentionnés au cours de l'entrevue initiale mais qu'elle considère comme important: être capable d'appliquer la démarche clinique, être créative dans ses interventions, acquérir une certaine maturité et développer un bon jugement clinique et personnel.

Une première entrevue avec une clinicienne des centres hospitaliers a permis de formuler cette construction initiale:

Les besoins identifiés représentent un bénéfice significatif s'ils favorisent le développement de la partie autonome ou indépendante de la pratique infirmière tout en favorisant le développement de l'autonomie de la clientèle cible (client, famille).

Un contact téléphonique a confirmé que cette interprétation est conforme au contenu qui a été véhiculé lors de l'entrevue. Lors d'une rencontre subséquente avec une autre clinicienne, celle-ci a manifesté son accord avec la construction initiale. Elle a cependant ajouté deux autres éléments:

La capacité de s'affirmer au sein d'une équipe multidisciplinaire ainsi que le souci d'enrichir constamment ses connaissances pour améliorer ses interventions auprès de la clientèle.

L'interprétation de la construction améliorée auprès de cette clinicienne, s'est avérée exacte en tout point.

Lors d'une première entrevue avec une graduée, la construction initiale suivante a été formulée:

Les besoins identifiés représentent un bénéfice significatif pour l'étudiante s'ils lui permettent d'être plus autonome, plus efficace et plus sécurisée dans ses interventions auprès du client. Les connaissances qu'elle a acquises lui permettent de comprendre les gestes qu'elle pose en vue de répondre aux besoins du client.

Lors de la phase de validation, cette graduée a confirmé que cette interprétation reflétait le contenu de notre conversation. Au cours de l'entrevue avec une deuxième graduée, celle-ci considère que l'accent a trop été mis sur le client dans les centres hospitaliers au détriment de l'ensemble de la collectivité. Une construction améliorée a donc été formulée suite à cet échange:

Les besoins identifiés représentent un bénéfice significatif pour l'étudiante graduée s'ils lui permettent d'avoir une plus grande ouverture d'esprit, d'être plus autonome, plus efficace et plus sécurisée dans ses interventions auprès de la collectivité (individu, famille, communauté). Les connaissances qu'elle a acquises lui permettent de comprendre les gestes qu'elle pose en vue de répondre aux besoins bio-psychosociaux et culturels de cette collectivité. Si elle développe un bon jugement critique et un esprit d'analyse lors de sa formation, ceci lui permettra de s'affirmer tant au niveau personnel qu'au niveau de sa pratique professionnelle.

Cette construction améliorée s'est avérée conforme aux discussions tenues entre cette dernière graduée et l'investigatrice.

Au sein des cinq groupes, les répondantes ont souligné que tous les états cibles identifiés lors de l'étape précédente étaient des besoins authentiques puisqu'elles les avaient considérés comme des habiletés essentielles et nécessaires que toutes graduées devraient acquérir en cours de formation pour pouvoir pratiquer en tant qu'infirmières professionnelles. Ces trois domaines d'habiletés sont liés à la fonction dépendante et indépendante de l'infirmière et sont considérés comme indissociables pour dispenser des services de qualité, répondre à l'ensemble des besoins de la collectivité (individu, famille, communauté) et développer l'autonomie de la clientèle cible.

ÉTAT D'INSATISFACTION

Suite à la première rencontre avec une représentante du groupe des

administratrices, une construction initiale a été élaborée:

Les besoins identifiés représentent un bénéfice significatif, le fait qu'ils ne soient pas satisfaits ou présents dans le futur programme de formation placerait les administratrices dans un état d'insatisfaction. Cet état d'insatisfaction se manifesterait par une remise en question à savoir est-ce que l'on a donné suffisamment de chance à l'étudiante de développer ses habiletés; est-ce que les moyens mis en place pour faciliter l'apprentissage de l'étudiante étaient appropriés?

Lors de la phase de validation, la répondante a confirmé l'exactitude de cette interprétation. Une rencontre avec une deuxième répondante a permis de formuler une construction améliorée. Les éléments qui ont été ajoutés sont les suivants:

L'étudiante graduée qui n'aurait pas une conception claire de sa discipline et qui démontrerait peu d'initiative dans ses interventions placerait les administratrices dans un état d'insatisfaction. Cet état d'insatisfaction se manifesterait par une remise en question à savoir, est-ce que les personnes impliquées dans la formation (professeures, administratrices, milieux) ont placé l'étudiante dans des conditions favorables à son apprentissage et est-ce que la structure du programme facilite cet apprentissage?

Cette construction améliorée reflète intégralement le contenu de la discussion entre le chercheur et la répondante.

Lors de la première entrevue avec une professeure, la construction initiale suivante a été formulée:

Les besoins identifiés ayant été considérés comme essentiels, le fait qu'ils ne soient pas satisfaits ou présents dans le futur programme de formation placerait les professeures dans un état d'insatisfaction. Lorsque l'étudiante graduée n'est pas capable d'identifier, d'analyser, d'interpréter des problèmes de soins et d'intervenir de façon efficace, les professeures se retrouveraient dans un état d'insatisfaction. Le fait que l'étudiante graduée ne puisse répondre adéquatement aux demandes du marché du travail occasionne une contrainte et de la frustration chez les professeures dû à l'absence de moyens qui les aideraient à faciliter l'apprentissage de l'étudiante.

Suite à une vérification auprès de la répondante, aucune modification n'a été apportée. Lors d'une deuxième entrevue, la professeure était d'accord avec le contenu de la première construction mais a senti le besoin de mettre l'accent sur la relation d'aide et de traduire explicitement son état d'insatisfaction

Lorsque l'étudiante graduée est incapable d'établir une relation d'aide efficace et d'établir des priorités de soins, les professeures trouvent ça inquiétant et inadmissible. Cette incapacité d'utiliser les connaissances acquises et les habiletés de relation d'aide pour identifier, analyser, interpréter des problèmes de soins et intervenir de façon efficace placerait les professeures dans un état d'insatisfaction.

Le véracité du contenu de cette construction améliorée a été corroborée par cette professeure.

L'analyse de la première entrevue avec une représentante des milieux communautaires a permis d'énoncer la construction initiale suivante:

Les besoins identifiés ayant été considérés comme essentiels, le fait qu'ils ne soient pas satisfaits ou présents dans le futur programme de formation placerait les représentantes des milieux communautaires dans un état d'insatisfaction. Lorsque l'étudiante graduée demande constamment de l'aide à ses collègues et nécessite une supervision étroite cela se traduit par un état d'insatisfaction de la part des CLSC. De plus, ceci dénote un manque de connaissances, d'autonomie et de confiance en soi tout en démontrant une certaine difficulté à assumer ses responsabilités professionnelles.

La validité de cette interprétation a été confirmée par cette répondante. Lors de la rencontre avec une deuxième répondante, celle-ci a mentionné un nouvel élément qui vient compléter cette description de l'état d'insatisfaction

Ce sentiment de frustration est accentué lorsqu'elles sont en présence de graduées qui n'ont pas le potentiel ou les habiletés requises pour travailler à titre d'infirmières professionnelles ou lorsqu'elles constatent le peu de support reçu par celles-ci lors de leur formation.

De l'avis de cette répondante, cette construction améliorée reflète intégralement

ce qu'elle a décrit lors de l'entrevue.

Suite à l'analyse de l'entrevue avec la première représentante des centres hospitaliers, une construction initiale a été formulée.

Les besoins identifiés ayant été considérés comme essentiels, le fait qu'ils ne soient pas satisfaits ou présents dans le futur programme de formation placerait le milieu dans un état d'insatisfaction. Si l'étudiante graduée d'un programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières n'est pas capable d'être autonome, de s'affirmer et d'utiliser ses connaissances théoriques pour faire avancer les soins, le milieu se retrouvera dans un état d'insatisfaction.

Après vérification auprès de cette clinicienne, il s'est avéré que l'interprétation représente intégralement le contenu de l'entretien. Lors de la formulation de la deuxième construction, certains éléments ont été ajoutés:

Les besoins identifiés ayant été considérés comme essentiels, le fait qu'ils ne soient pas satisfaits ou présents dans le futur programme de formation serait perçu comme une perte pour le milieu et la profession puisque l'étudiante graduée n'utiliserait pas son plein potentiel. Si l'étudiante graduée d'un programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières n'est pas capable d'être autonome, d'être critique dans ses relations avec la clientèle et les collègues, de s'affirmer auprès des autres intervenants de la santé et d'utiliser ses connaissances théoriques pour faire avancer les soins, le milieu se retrouvera dans un état d'insatisfaction.

Le contenu véhiculé dans cette construction améliorée reflète l'essence de la discussion avec cette dernière répondante.

Lors de l'entrevue avec une première graduée, une construction initiale a été énoncée:

L'état d'insatisfaction est étroitement lié à la notion d'insécurité. Si l'étudiante graduée d'un programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières n'est pas capable d'être autonome, d'être efficace auprès du client tant au niveau des connaissances, des habiletés psychomotrices et du

soutien, elle sera incapable de répondre aux besoins de celui-ci. De plus, si la graduée n'est pas capable d'aller au-delà des connaissances qu'elles a acquises en vue de faire progresser sa pratique, elle se retrouvera dans un état d'insatisfaction.

Une vérification auprès de cette graduée a confirmé la véracité de cette interprétation. L'analyse de l'entrevue avec une deuxième graduée a permis l'ajout de certains éléments:

L'état d'insatisfaction est étroitement lié à la notion d'insécurité et à la difficulté de répondre aux exigences du milieu. Si la capacité d'analyse et le jugement critique ne sont pas suffisamment développés en cours de formation, l'étudiante graduée devra investir beaucoup plus d'énergie pour s'affirmer face aux autres professionnels (les) de la santé et pour défendre les intérêts de la collectivité. L'étudiante graduée d'un programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières qui n'est pas capable d'être autonome et efficace auprès de la collectivité tant au niveau des connaissances, des habiletés psychomotrices et du support sera incapable de répondre aux besoins de celle-ci. De plus, si la graduée n'est pas capable d'aller au-delà des connaissances qu'elle a acquises pour faire avancer sa pratique et la profession infirmière, elle se retrouvera dans un état d'insatisfaction.

Le contenu de cette construction améliorée reflète en tout point ce qui a été discuté lors de l'entrevue.

Il ressort de l'analyse de ces constructions améliorées, que les besoins potentiels identifiés par l'ensemble des détenteurs d'enjeux sont en fait des besoins authentiques puisque l'acquisition de ces habiletés cognitives, motrices et affectives ainsi que les moyens mis en place pour en favoriser l'atteinte ont été considérés comme essentiels pour permettre aux graduées de travailler à titre d'infirmières professionnelles.

I.D. Étape IV: Mise en priorité des besoins authentiques par les détenteurs d'enjeux

Lors de cette étape les répondantes classifient les besoins authentiques (en termes d'habiletés et de moyens) par ordre de priorité (voir questionnaire,

appendice I). Le besoin qui est considéré comme le plus prioritaire est celui dont la moyenne géométrique (MG) est la plus élevée. La liste des besoins authentiques par ordre de priorité sera présentée en fonction de l'ensemble des répondantes ainsi que pour chaque groupe de répondantes.

Les besoins authentiques (en termes d'habiletés et de moyens) priorisés par l'ensemble des répondantes se retrouvent aux tableaux 18 et 19. L'étendue des résultats moyens se situe entre 151.55 et 26.27. Comme on peut le constater, parmi les vingt premières habiletés qui ont été retenues comme les plus prioritaires on en retrouve 10 dans le domaine cognitif, 7 dans le domaine affectif et 3 dans le domaine moteur. L'habileté la plus prioritaire à développer dans le futur, "la capacité d'organiser son travail" avait été identifiée par les graduées comme étant actuellement maîtrisée à un niveau moyen. L'acquisition de notions de marketing a été classée comme l'habileté la moins prioritaire bien que son niveau de maîtrise actuel soit considéré par les représentantes des institutions, comme faiblement atteint.

Au niveau des moyens, l'étendue des résultats moyens se situe entre 184.51 et 4.93. Parmi les vingt premiers, seulement 5 ont été identifiés par les graduées (7, 8, 9, 11, 20). Le moyen le plus prioritaire s'adresse aux milieux cliniques: "que les milieux cliniques affiliés à l'université reconnaissent que l'enseignement fait partie du mandat du centre ou des professionnels (les) qui y travaillent". L'ensemble des représentantes des institutions ont considéré le moyen " jumeler un étudiant avec une étudiante dans le stage d'obstétrique (afin de faciliter son intégration)" comme le moins important.

Dans le tableau 20, on retrouve les besoins authentiques (en termes d'habiletés) priorisés en fonction de chaque groupe de répondantes (Appendice L). Afin de faciliter la lecture du texte, les moyennes géométriques obtenues dans chacun des groupes de détenteurs d'enjeux pour les habiletés (voir tableau 21) sont rapportées à l'appendice M. L'étendue des résultats moyens pour les habiletés, se situe entre 148.02 et 20.81 dans le groupe des administratrices; entre 212.53 et 42.17 chez les professeures, entre 205.98 et 33.44 dans le groupe des CLSC; entre 122.47 et 27.83 dans les CH et entre 244.95 et 4.16 dans le groupe des graduées. Les graduées et les CLSC ont classé "la capacité de s'organiser" comme le besoin prioritaire, suivi en deuxième position par les CH. "La capacité d'assumer un leadership est considérée comme l'habileté prioritaire à maîtriser par les CH. La "capacité d'interagir avec la famille du client" est retenue comme prioritaire par les administratrices. Les professeures indiquent "l'acquisition de connaissances en bioéthique" comme étant l'habileté prioritaire à maîtriser. L'acquisition de connaissances en relation d'aide a été classée conjointement, en deuxième position par les professeures et les administratrices. "L'acquisition

Tableau 18

Priorisation des besoins authentiques (habiletés) pour l'ensemble des répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (HABILETÉS)	PRIORITÉ (MG)
1. Etre capable d'organiser son travail	151.55
2. Etre capable d'interagir avec la famille du client	142.84
3. Etre capable d'assumer un leadership	133.52
4. Etre capable d'appliquer les différentes étapes de la démarche de soins auprès d'une <u>communauté</u> , (évaluation des besoins de la clientèle cible, analyse, formulation d'un diagnostic infirmier, validation du diagnostic, planification, intervention et évaluation)	124.45
5. Acquérir des connaissances en relation d'aide	122.83
6. Discuter des problématiques de soins de leurs clients avec les autres membres de l'équipe de soins (permet de valider leurs observations)	115.84
7. Acquérir des connaissances sur la dynamique familiale	114.51
8. Développer un esprit de solidarité entre infirmières (dans les cours et dans les milieux de stage)	114.39
9. Etre capable d'appliquer les grands principes de prévention et de promotion de la santé dans tous les milieux d'intervention (centres hospitaliers, milieux naturels, etc.)	114.09
10. Acquérir des connaissances sur l'affirmation de soi	114.09
11. Etre capable de faire un examen physique centré sur la normalité	112.84
12. Acquérir des connaissances en pédagogie (enseignement à la clientèle cible)	111.52
13. Etre capable de faire face aux frustrations, aux échecs et au rejet de façon positive	110.01
14. Faire preuve de créativité dans ses interventions (sortir des cadres habituels)	105.66
15. Demander de l'aide au besoin	105.01
16. Acquérir des connaissances sur l'approche systémique auprès de la famille	100.11

Tableau 18 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (habiletés) pour l'ensemble des répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (HABILETÉS)	PRIORITÉ (MG)
17. Acquérir des connaissances sur la bioéthique	97.18
18. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en psychiatrie	93.58
19. Etre capable de faire face à sa propre agressivité et à celle des autres	91.43
20. Etre tolérant face à l'ambiguïté	90.46
21. Etre capable d'appliquer les techniques de base reliées aux soins infirmiers (ex. lit, bain, injection, intraveineuse, poser des sondes, etc.)	89.57
22. Etre capable d'appliquer un modèle conceptuel auprès de différentes clientèles cibles	88.55
23. Acquérir des connaissances sur l'intervention ethnoculturelle	87.99
24. Etre capable d'effectuer une réanimation cardiaque	87.86
25. Acquérir des connaissances sur les sciences du comportement (psychosocial)	86.61
26. Connaître les principes sous-jacents à la mobilisation des clients alités	84.22
27. Promouvoir les soins infirmiers auprès de la population	80.99
28. Acquérir des connaissances de base sur les différents modèles conceptuels en sciences infirmières ainsi que la philosophie qui les sous-tend.	80.14
29. Etre capable d'intervenir dans des situations d'urgence (secourisme)	79.66
30. Acquérir des connaissances en gestion des soins infirmiers (inclure des notions de contrôle et d'évaluation de la qualité des soins)	79.40
31. Connaître les méthodes d'intervention et les limites des autres professionnels (les) de la santé	79.02
32. Acquérir des connaissances en créativité	77.96

Tableau 18 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (habiletés) pour l'ensemble des répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (HABILETÉS)	PRIORITÉ (MG)
33. Etre capable de mobiliser les clients alités en tenant compte des principes scientifiques sous-jacents	77.49
34. Acquérir des connaissances sur l'organisation et l'éducation socio-sanitaire	73.13
35. Etre capable de discerner le stress optimal (positif) du stress nuisible	72.73
36. Posséder des connaissances sur les théories du leadership	72.44
37. Acquérir des connaissances sur les méthodologies de recherche en sciences infirmières...	71.07
38. Acquérir des connaissances en andragogie	70.63
39. Acquérir des connaissances sur la théorie des systèmes	69.98
40. Acquérir des connaissances sur la gestion des équipes multidisciplinaires (principes de la négociation)	68.97
41. Acquérir des notions théoriques sur la connaissance de soi	68.48
42. Acquérir des connaissances plus poussées en pharmacologie	66.40
43. Connaître les différentes façons de faire les pansements	66.09
44. Acquérir des connaissances sur les modes de distribution de soins	64.66
45. Acquérir des notions théoriques sur le changement planifié	62.78
46. Acquérir des connaissances en droit de la santé	60.27
47. Connaître les bases philosophiques de la profession infirmière	59.28
48. Acquérir des connaissances sur les différentes thérapies alternatives (buts, objectifs, accessibilité)	58.08

Tableau 18 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (habiletés) pour l'ensemble des répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (HABILETÉS)	PRIORITÉ (MG)
49. Acquérir des connaissances de base en ethnoculturalisme (anthropologie)	55.28
50. Connaître les différentes sortes de stomie (leur fonctionnement, l'alimentation requise)	54.31
51. Acquérir des connaissances de base en sociologie de la santé	50.51
52. Acquérir des connaissances en épidémiologie	45.49
53. Acquérir de notions de marketing	26.27

Tableau 19

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour l'ensemble des répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)	PRIORITÉ (MG)
1. Que les milieux cliniques affiliés à l'université reconnaissent que l'enseignement fait partie du mandat du centre ou des professionnels (les) qui y travaillent.	184.51
2. Que les gestionnaires des milieux cliniques reconnaissent l'importance de la force curative de la relation d'aide dans les interventions des infirmières	155.99
3. S'assurer que les graduées puissent s'exprimer et écrire correctement en français (pour pouvoir communiquer avec leurs clients)	155.22
4. Instaurer un système de préceptorat dans les milieux cliniques	153.22
5. S'assurer qu'en laboratoire les étudiantes maîtrisent les habiletés psychomotrices fondamentales	146.73
6. Faire des laboratoires d'examen physique autant pour les enfants que pour les adultes	143.03
7. Ne pas s'attendre qu'une infirmière nouvellement graduée performe comme une infirmière ayant 10 ans d'expérience	140.41
8. Permettre aux étudiantes de s'affirmer dans les stages (que les milieux leur fassent davantage confiance)	136.11
9. Mettre autant l'accent, lors des stages, sur l'évaluation des attitudes que sur les habiletés motrices (ex. intégration dans l'équipe, capacité d'offrir son aide, interaction avec le client, la famille)	134.90
10. Lors du stage d'intégration, augmenter graduellement le nombre de clients ou de familles par étudiante afin de mieux refléter la réalité des milieux (cela leur permet d'apprendre à gérer leur stress)	134.81
11. Réduire le ratio professeure/étudiantes dans les groupes de stage.	133.13

Tableau 19 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour l'ensemble des répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)		PRIORITÉ (MG)
12.	Que toutes les professeures s'impliquent dans les milieux cliniques soit par des projets de recherche ou des supervisions de stage (cela permet de rester en contact avec la réalité des milieux)	131.42
13.	Avoir des ateliers à orientation pratique (mise en situation clinique en petit groupe)	129.46
14.	Favoriser la mise en place de postes conjoints entre l'université et les milieux cliniques	127.83
15.	Que les milieux cliniques et communautaires adoptent une philosophie de soins basée sur les soins intégraux	124.35
16.	Augmenter le nombre de laboratoires dirigés	122.34
17.	Favoriser l'affirmation de soi des étudiantes (au sein de l'université)	121.82
18.	Demander aux étudiantes en stage de discuter de leurs plans de soins avec les infirmières de l'unité où elles travaillent et de les laisser à l'unité (source de stimulation pour les infirmières de l'unité de soins)	120.17
19.	Promouvoir l'entraide, l'esprit d'équipe dans les cours et dans les stages	120.09
20.	Mettre sur pied un groupe de soutien ou d'entraide par les pairs	118.62
21.	Que les responsables des unités de soins manifestent leurs attentes aux étudiantes en stage (en termes de ce que ça pourrait leur rapporter)	116.90
22.	Échelonner la formation sur une période de quatre ans, incluant un internat de spécialisation	116.01
23.	Valoriser les initiatives des étudiantes	114.43
24.	Que l'université favorise le développement d'une conscience sociale chez les étudiantes en les impliquant au sein de la communauté dès le début de leur formation (ex. travailler avec les itinérants)	114.20

Tableau 19 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour l'ensemble des répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)		PRIORITÉ (MG)
25.	Demander aux étudiantes de définir clairement leurs objectifs de stage	108.91
26.	Valoriser la recherche clinique dans les facultés de Sciences Infirmières	106.43
27.	Offrir des périodes libres de laboratoire (permet aux étudiantes de pratiquer leurs habiletés psychomotrices)	104.83
28.	Donner plus de responsabilités aux étudiantes (ne pas tout faire pour elles, car cela ne reflète pas la réalité des milieux cliniques)	104.56
29.	Que les professeures/superviseures fassent profiter les infirmières du milieu de leur expertise (ex. conférences le midi, explication de cas complexe)	104.08
30.	Favoriser les interactions infirmière-client en laboratoire à l'aide de simulation de cas	103.56
31.	Que l'université donne plus de formation aux superviseures de stage	102.00
32.	Développer des moyens d'évaluation pour favoriser une meilleure qualité au niveau de la population étudiante en sciences infirmières (ex. augmenter les exigences au niveau des cours, des stages)	100.90
33.	Avoir au moins 30% d'infirmières bachelières dans les milieux de stage (favorise l'apprentissage par modèle de rôle (role model))	100.46
34.	Augmenter la durée du stage de première année (soins aux adultes) à 4 semaines, à raison de 4 jours/semaine	100.07
35.	Permettre aux étudiantes de rencontrer des infirmières qui dispensent des soins intégraux (primary nursing)	98.49
36.	Veiller à ce que les superviseures respectent les critères d'évaluation lors des stages	97.87

Tableau 19 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour l'ensemble des répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)	PRIORITÉ (MG)
37. Permettre à l'étudiante en stage d'être responsable de son client face aux autres professionnels (les)	94.12
38. Réduire à 40 le nombre d'étudiantes dans les cours théoriques ou prévoir des ateliers avec un nombre réduit d'étudiantes	91.41
39. Demander aux étudiantes en stage de présenter les résultats de leur travail aux infirmières de l'unité de soins (source d'affirmation et d'estime de soi)	90.93
40. Que l'université développe des mécanismes de contrôle pour éviter que les étudiantes qui ont des problèmes d'ordre psychique ou affectif puissent continuer leur programme de formation (du moins jusqu'à ce que leur problème soit réglé)	90.08
41. Que les gestionnaires des milieux cliniques mettent sur pied des modes de distribution de soins qui favorisent une continuité de soins	88.74
42. Que les professeures siègent sur des comités décisionnels dans les milieux et que les représentantes des milieux siègent sur des comités décisionnels au sein de l'université	88.13
43. Que l'université fournisse des locaux adéquats, en nombre suffisant et avec des installations adéquates	88.05
44. Conclure une entente avec les milieux cliniques et l'université pour que l'étudiante puisse pratiquer les techniques de soins de base dans les milieux (ex. au centre de prélèvement)	85.82
45. Favoriser la mise en place d'ateliers sur la connaissance de soi et le développement personnel	85.63
46. Mettre sur pied un groupe d'entraide ou de tutorat composé d'une professeure et d'une étudiante de 1 ^{ière} , 2 ^{ième} et 3 ^{ième} années	85.05

Tableau 19 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour l'ensemble des répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)	PRIORITÉ (MG)
47. Faire le lien entre les cours de sciences (biochimie, anatomie, pathologie, physiologie, pharmacologie) et les sciences infirmières. (trop axés sur le côté médical)	83.20
48. Favoriser des rencontres entre les administratrices des milieux cliniques et de l'université et les infirmières chefs d'unités de soins (en vue de partager une même philosophie de soins)	81.27
49. Éviter les jugements de valeurs (ex. évaluer en fonction de la performance et non de l'apparence physique des étudiantes)	80.22
50. Que les milieux cliniques fournissent des locaux adéquats lors des stages (faciliter les rencontres)	80.20
51. Deux semaines avant les stages, simuler des situations réelles en laboratoire, afin de réduire le niveau de stress des étudiantes (reproduire un environnement similaire)	79.88
52. Les professeurs devraient être des modèles de rôle (role model) en stage (s'affirmer plus)	77.28
53. Modifier la structure des cours (faire les stages immédiatement après la théorie)	73.30
54. Impliquer les étudiantes dans des équipes de travail multidisciplinaires, de la première à la dernière année de formation	73.14
55. Promouvoir le contrat d'apprentissage dans les stages (tenir compte des objectifs personnels des étudiantes)	71.49
56. Avoir du matériel adéquat et complet lors des laboratoires (ex. stomies, etc.)	70.63
57. Ne pas lancer de messages doubles aux étudiantes (agir comme professionnelle, mais ne déranger pas trop)	69.55

Tableau 19 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour l'ensemble des répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)	PRIORITÉ (MG)
58. Accepter que les étudiantes puissent faire des erreurs lorsqu'elles sont en apprentissage dans les stages (si ça ne représente pas un danger pour le client)	68.75
59. Que l'université diversifie plus les milieux de stage en santé communautaire (ex. centre de jour, centre des femmes, organisme communautaire)	68.18
60. Les milieux devraient être plus réceptifs et plus coopératifs	67.72
61. Qu'il y ait des ententes entre les milieux de stage (CH et CLSC) pour que les intervenantes et les étudiantes aient accès à la formation dispensée dans ces centres (ex. dialyse, inhalothérapie, etc.)	65.29
62. Responsabiliser les étudiantes lors des stages en leur permettant de faire du "coaching" entre elles pour l'application des techniques de soins	65.10
63. Offrir des laboratoires en fonction de toutes les clientèles cibles	64.17
64. Inclure l'anglais comme pré-requis à l'admission	62.94
65. En cas d'insatisfaction lors des stages, les responsables dans les universités devraient déposer une plainte pour qu'il y ait un suivi de la part des milieux (l'université est aussi un client d'une certaine façon)	60.19
66. S'assurer que les professeures supervisent (sur place) le dernier stage d'intégration dans les milieux cliniques (pour évaluer l'aspect psychosocial et familial dans les interventions des étudiantes)	60.19
67. Respecter les étudiantes en stage et dans les cours théoriques	56.77

Tableau 19 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour l'ensemble des répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)	PRIORITÉ (MG)
68. Centrer l'évaluation des stages sur les forces des étudiantes tout en soulignant les améliorations à apporter	56.26
69. Mettre plus l'accent sur la recherche appliquée dans le cours de méthodologie de la recherche en sciences infirmières (comment on peut appliquer les recherches dans les milieux cliniques)	54.90
70. Mettre le cours de réanimation obligatoire	51.52
71. Donner plus de contrôle à l'étudiante sur son cheminement de cours	50.81
72. Dispenser la matière par module et non plusieurs matières dans une même semaine	49.99
73. Les milieux devraient réduire la charge de travail des nouvelles graduées pour faciliter leur intégration	48.59
74. Offrir plus de disponibilité aux étudiantes en dehors des cours (chez les professeures qui dispensent les cours de sciences)	48.19
75. Modifier le contenu du cours de psychiatrie	47.65
76. S'assurer que chaque étudiante ait la possibilité d'appliquer ou de voir l'application de chaque technique de soins lors des stages	47.24
77. Dispenser les cours de formation générale et de sciences la première année	45.88
78. Le nombre de crédits alloués pour les cours devraient être représentatifs de la charge de travail exigé	42.52
79. Éviter les répétitions entre les cours de sciences infirmières et les cours de sciences	41.43
80. Apprendre à faire confiance aux étudiantes dans les cours (même dans les cours qui ont un nombre élevé d'étudiantes)	39.33

Tableau 19 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour l'ensemble des répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)	PRIORITÉ (MG)
81. Travailler conjointement avec le centre d'emploi de l'université pour favoriser l'emploi comme préposé aux bénéficiaires dans les centres hospitaliers et ce dès la première année (afin de faciliter l'intégration dans les milieux lors des stages)	34.46
82. Réviser les principes de la mobilisation des clients à chaque année et les pratiquer en laboratoire chaque année	33.93
83. Faire dispenser les cours de biochimie, de pharmacologie, d'épidémiologie, et de physiologie par des professeures qui ont une formation en sciences infirmières (dans une perspective de sciences infirmières)	33.67
84. Avoir trois cours au choix, soit un par année	33.61
85. Éviter de créer un climat de méfiance dans les stages (en faisant exercer un contrôle par d'autres étudiantes)	33.23
86. Faire passer un test de personnalité aux étudiantes lors de l'admission	25.59
87. Les professeures devraient donner plus de soutien aux étudiants lors du stage d'obstétrique	22.49
88. Mettre le cours d'épidémiologie comme cours optionnel	18.38
89. Dispenser le cours de pharmacologie après la première année une fois que les étudiantes ont eu un contact avec les clients	15.96
90. Ne pas exiger de l'étudiante qu'elle demande au client s'il veut l'avoir comme infirmière	12.29
91. Jumeler un étudiant avec une étudiante dans le stage d'obstétrique (afin de faciliter son intégration)	4.93

de notions de marketing" a été identifiée par les administratrices, les professeures et les graduées comme l'habileté la moins urgente à acquérir. Les CLSC, pour leur part considèrent "la promotion des soins infirmiers auprès de la population" comme la moins importante. Le dernier groupe, les CH, indiquent que "la connaissance des bases philosophiques de la profession" est la dernière habileté que les graduées doivent maîtriser. L'examen de ce tableau nous permet de constater que dans l'ensemble, les représentantes des cinq groupes de détenteurs d'enjeux n'ont pas assigné des rangs similaires aux besoins authentiques.

Afin d'alléger le texte, vous trouverez à l'appendice N la priorisation des moyens pour chaque groupe de répondantes (voir tableau 22). Les moyennes géométriques obtenues (voir tableau 23) dans chacun des groupes sont également rapportées à l'appendice O. L'étendue des résultats moyens pour les besoins authentiques en termes "de moyens" se situe entre 341.41 et 2.11 pour les administratrices; 531.33 et 3.16 pour les professeures; 180.97 et 1.78 pour les CLSC; 376.06 et 5.23 pour les CH et 243.23 et 8.41 pour les graduées. Les professeures et les cliniciennes des centres hospitaliers ont classé le moyen "échelonner la formation sur une période de quatre ans, incluant un internat de spécialisation", comme étant prioritaire.

Les administratrices ont, par contre, classé le moyen suivant en première position: "que toutes les professeures s'impliquent dans les milieux cliniques soit par des projets de recherche ou des supervisions de stage". Pour les représentantes des CLSC, "que l'université développe des mécanismes de contrôle pour éviter que les étudiantes qui ont des problèmes d'ordre psychique ou affectif puissent continuer leur programme de formation (du moins jusqu'à ce que leur problème soit réglé)" représente le moyen le plus important à mettre en place dans le futur. Dans le groupe des graduées, "l'instauration d'un système de préceptorat dans les milieux cliniques" est le moyen qui a été retenu comme prioritaire. "Que les milieux cliniques affiliés à l'université reconnaissent que l'enseignement fait partie du mandat du centre ou des professionnels (les) qui y travaillent" a été classé conjointement, en deuxième position par les administratrices et les graduées. Le moyen qui a été retenu comme le moins important par les administratrices, les professeures, les CLSC et les CH est le suivant: "jumeler un étudiant avec une étudiante dans le stage d'obstétrique (afin de faciliter son intégration)". En ce qui a trait aux graduées, "faire passer un test de personnalité aux étudiantes lors de l'admission" représente le moyen le moins important à mettre en place dans le futur. L'examen de ce tableau nous permet de constater que dans l'ensemble, les représentantes des cinq groupes de détenteurs d'enjeux n'ont pas assigné des rangs similaires aux besoins authentiques.

CHAPITRE V

L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Dans le chapitre précédent, nous avons analysé les résultats obtenus lors de la validation du modèle d'évaluation des besoins auprès de cinq groupes de détenteurs d'enjeux concernés ou visés par un programme de formation initiale en sciences infirmières, à savoir les administratrices, les professeures, les représentantes des milieux hospitaliers et communautaires et les graduées. Ce dernier chapitre comprend trois parties: la synthèse des résultats; la contribution théorique de la recherche et les implications pratiques de la recherche.

I.A. Synthèse des résultats

La présente étude a démontré que certaines dimensions du modèle sont plus pertinentes que d'autres. En effet, les résultats ont fait ressortir l'importance de donner l'opportunité aux répondantes de préciser dès le début les domaines sur lesquels porteront l'évaluation des besoins. Quatre domaines ont été identifiés: les domaines cognitif, moteur, affectif ainsi que les moyens requis pour favoriser l'atteinte de ces habiletés de performance. La première phase de l'étape II, c'est-à-dire la définition du niveau "minimum" par les participantes en fonction des perspectives idiographique et nomothétique, a favorisé l'élaboration d'une définition commune de ce concept évitant ainsi toute source d'ambiguïté lors des étapes ultérieures. Puisque les moyens sont des interventions qui devront être mis en place pour permettre l'acquisition et la maîtrise des habiletés de performance, il n'est pas nécessaire de les inclure à cette étape. A la phase 2, l'assignation par les participantes d'une grandeur d'écart significative de 2 entre l'état cible et l'état actuel a démontré la nécessité de maintenir cette phase qui tient compte du contexte et des valeurs véhiculées par ces dernières. Les participantes ont mentionné qu'idéalement il serait souhaitable que la maîtrise des habiletés par les graduées soit très élevée, mais dans la réalité quotidienne même elles ne pourraient y parvenir. De plus, cette phase devra être conservée selon l'ordre présenté dans le modèle, car si la valeur significative était attribuée après l'identification des écarts, les répondantes pourraient être incitées à inclure des besoins futurs dans la catégorie des besoins de base, et de ce fait, éviter de nombreuses modifications au sein du programme ainsi que l'ajout de nouvelles ressources. L'étape d'identification des états cibles (phase 3) à l'aide d'entrevues de groupe (focus

group) a favorisé l'expression des valeurs des participantes tout en tenant compte du contexte socio-politique et économique qui prévaut dans la société actuelle. Au cours de ces échanges, celles-ci faisaient souvent allusion à leur formation antérieure, à leurs expériences de vie et de travail et à l'importance pour les futures graduées d'acquérir des habiletés qui leur permettront d'éviter certaines erreurs de jugement ou de poser des gestes qui pourraient être préjudiciables à la clientèle. De plus, l'hospitalisation et le décès d'une de leurs collègues a fait prendre conscience aux professeures et aux administratrices de l'importance de mettre plus l'accent sur l'acquisition d'habiletés en relation d'aide et sur la capacité des graduées à établir une relation d'aide efficace avec le client et la famille. Un autre élément qui a influencé le choix des habiletés requises de la part des graduées réside dans les contraintes budgétaires imposées aux institutions d'enseignement et aux organismes de santé par le gouvernement qui les obligent à faire plus et mieux avec moins de ressources.

La distinction entre les besoins de base et les besoins futurs en fonction des deux perspectives a fait ressortir la pertinence de conserver la phase 4 portant sur l'identification des écarts tel que préconisé dans ce modèle. La majorité des moyens ayant été considérés comme des besoins futurs, l'auteure suggère qu'à l'avenir ceux-ci ne soient pas inclus dans cette étape, puisqu'ils sont en fait des solutions ou des interventions qui doivent être mises de l'avant pour permettre l'atteinte des habiletés de performance. Par ailleurs, dans la présente étude, l'étape 3 concernant la vérification de l'authenticité des besoins, tel que le préconise le modèle, ne s'est pas avérée pertinente parce qu'elle n'a pas permis de distinguer individuellement les besoins potentiels des besoins authentiques. Ce phénomène pourrait être en partie attribuable à la méthodologie utilisée ou aux répondantes.

La mise en priorité de l'ensemble des besoins futurs a fait ressortir des éléments communs au sein des différents groupes consultés. Dans le futur l'accent devra être mis sur l'acquisition de connaissances et la maîtrise des habiletés en communication et en relation d'aide auprès des individus et des familles. La prévention, la promotion de la santé et l'enseignement auprès de cette clientèle et des communautés devraient être un souci constant chez les graduées. Ces dernières devront en outre développer des habiletés pour travailler en partenariat avec les familles, les membres de la communauté et les autres professionnels (les) de la santé. Elles devront également montrer plus de leadership si elles veulent avoir un plus grand impact au sein du système de prestations des soins.

L'analyse des priorités en fonction de chaque groupe respectif nous permet de constater que les répondantes n'ont pas assigné des rangs similaires pour les

habiletés de performance. Chez les professeures la priorité a été accordée à l'acquisition des connaissances en bioéthique et en relation d'aide; chez les administratrices, ce sont la capacité d'interagir auprès des familles et l'acquisition de connaissances en relation d'aide qui se sont avérées les plus importants. Les représentantes des milieux hospitaliers pour leur part considèrent comme prioritaire la capacité d'assumer un leadership et de s'organiser, alors que pour les graduées, c'est la capacité de s'organiser et d'interagir avec la famille qui prédomine. Les représentantes des milieux communautaires considèrent la capacité de s'organiser, l'application de la démarche de soins auprès de la communauté ainsi que l'application des grands principes de prévention et de promotion de la santé dans tous les milieux d'intervention comme prioritaires.

Comme on peut le constater, les besoins prioritaires dans chaque groupe sont liés à la fonction occupée par les représentantes. On remarque également que les participantes dans chaque groupe respectif ont priorisé les moyens en fonction du rôle qu'elles ont à jouer au sein des institutions. Les graduées ont centré leur attention sur l'amélioration des méthodes pédagogiques dans les cours et dans les stages; les professeures se sont attardées plus particulièrement à la structure du programme en vue de favoriser l'apprentissage chez les graduées; les administratrices ont surtout mis l'accent sur les relations qu'elles doivent entretenir avec les milieux de stage pour faciliter l'opérationnalisation du programme. Les cliniciennes des milieux hospitaliers, du fait qu'elles reçoivent le plus grand nombres de stagiaires, ont plus insisté sur les relations entre le milieu et l'université tout en reconnaissant l'importance de l'évaluation des habiletés psychosociales. Les représentantes des milieux communautaires ont pour leur part mis l'emphase sur des éléments de la structure du programme qui pouvaient avoir un impact sur le développement personnel et la connaissance de soi des graduées, sur leur apprentissage, et sur le développement de mécanismes de contrôle pour éviter que les étudiantes qui ont des problèmes d'ordre psychologique ou affectif puissent continuer leur formation à court terme. Elles ont aussi considéré les méthodes pédagogiques et l'évaluation des apprentissages qui influenceraient la maîtrise des habiletés psychosociales et son intégration au sein des équipes multidisciplinaires. Ces résultats ont confirmé qu'il est préférable, pour avoir une vue d'ensemble du programme, de joindre les groupes lors de la priorisation des moyens afin d'éviter que chacun privilégie ceux qui sont reliés à leur rôle au sein du programme. Des recommandations ont été formulées aux évaluateurs, aux institutions d'enseignement et aux chercheurs.

I.B. Contribution théorique

Certaines dimensions du modèle se sont avérées moins efficaces que d'autres pour identifier les besoins authentiques des détenteurs d'enjeux concernés ou visés par un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières. L'auteure est cependant consciente que d'autres études devront être entreprises pour procéder à la validation de ce modèle d'évaluation des besoins, que ce soient dans le domaine de l'éducation, des sciences infirmières ou dans d'autres domaines.

Étape 1: Identification du ou des domaines cibles par les détenteurs d'enjeux

Les différents groupes de participantes sont parvenus assez facilement à un consensus par rapport aux domaines cibles. Il serait difficile en effet de concevoir que l'on puisse travailler à titre d'infirmière professionnelle sans posséder des connaissances minimales sur le développement normal de l'être humain, tant au niveau biologique, psychologique que social et sans être consciente de l'impact de l'environnement sur celui-ci. Ces connaissances permettront aux graduées de déceler chez l'être humain l'apparition de tout changement qui pourrait améliorer ou affecter sa qualité de vie et celle des gens qui l'entourent, et parfois même, mettre sa vie en danger. Mais que vaut l'acquisition de connaissances, si on n'en favorise pas l'application dans la pratique journalière d'activités de soins auprès des clientèles? L'une ne va pas sans l'autre. Il est donc nécessaire que les graduées puissent poser des actes concrets, allant de la simple technique de soins à l'interaction entre le client, la famille et la communauté, et ce tout en collaborant étroitement avec les autres intervenants (es) en santé afin de promouvoir la prise en charge par le client, de sa propre santé. Pour favoriser l'autonomie et la prise en charge chez le client, la famille ou la communauté, les graduées doivent posséder ou développer certaines attitudes fondamentales. Elles doivent par exemple, être autonomes, ouvertes au changement, accepter la diversité, être capables de s'affirmer et reconnaître ses propres limites. Pour développer ces diverses habiletés, il est nécessaire que certaines conditions ou moyens soient présents ou mis en place dans le futur pour en favoriser l'acquisition ou la maîtrise; il est donc compréhensible que les participantes s'en soient préoccupées.

En outre, l'identification par les auditoires des domaines cibles a permis dès le début du processus d'évaluation des besoins, d'éviter toute confusion entre la définition du concept de besoin en termes de performance et la définition du concept en termes de traitement (moyen). Bien que Scriven (1991), Kaufman (1988) et Guba et Lincoln (1982) recommandent d'évaluer uniquement les besoins en termes

de performance, l'ensemble des participantes de notre étude considèrent que l'identification simultanée des moyens et des habiletés de performance au niveau des domaines cognitif, moteur et affectif les a incitées à proposer, dans un même contexte, des solutions en vue de satisfaire les nouveaux besoins dans le futur. L'identification des domaines par les participantes a favorisé l'émergence de leurs valeurs. Elles ont eu l'opportunité d'exprimer leurs opinions et de confronter leurs idées face aux habiletés requises de la part des graduées. La plupart d'entre elles ont fait le lien entre la formation qu'elles ont reçue et celles qui est maintenant requise. Elles ont en outre discuté de leurs expériences de travail au sein de divers milieux cliniques et comment celles-ci ont eu une influence sur leur façon de concevoir les soins au client.

Étape II: Identification des besoins potentiels par les détenteurs d'enjeux

L'interprétation des résultats de cette étape sera effectuée en quatre phases: 1) la définition du niveau "minimum" par les participantes en fonction des perspectives idiographique et nomothétique; 2) la détermination de la grandeur de l'écart entre l'état cible et l'état actuel que les participantes considèrent comme significative; 3) l'identification des états cibles au niveau des habiletés de performance et des moyens pour les atteindre; 4) l'identification des écarts.

Phase I: Définition du niveau "minimum" par les participantes en fonction des perspectives idiographique et nomothétique

Les participantes se sont mises d'accord sur la définition du niveau "minimum". Elles sont parvenues à la définition suivante:

un niveau de performance essentiel que toute infirmière graduée d'un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières devrait acquérir pour être capable de travailler à titre d'infirmière professionnelle et dispenser des soins de qualité. La présence des moyens requis pour atteindre ce niveau de performance doit être considérée comme essentielle.

Cette définition confirme que la délimitation de ce niveau dépend du contexte local et des valeurs véhiculées par les différents auditoires impliqués dans le processus tel qu'énoncé par Scriven et Roth (1978), Roth (1978) et Guba et Lincoln (1982). Elles auraient pu tout aussi bien utiliser les normes de compétence requises par la Corporation des infirmières et infirmiers du Québec,

mais elles ont préféré s'en tenir à des habiletés réalistes. Comme le mentionnaient certaines d'entre elles, "on ne peut exiger des graduées qu'elles maîtrisent toutes les habiletés à un niveau très élevé; même nous, nous ne pourrions pas l'atteindre". De nos jours, la population exige de plus en plus que les professionnelles de la santé rendent compte de leurs actes et qu'elles continuent à dispenser des soins de qualité, et ce malgré le fait que les gouvernements sabrent de plus en plus dans les budgets des institutions de santé. Ces coupures ont forcé les institutions à faire des mises à pied au sein du personnel infirmier et à procéder à une réorganisation des tâches qui favorisent le travail à temps partiel. La démobilisation et la rareté des ressources obligent les infirmières à dispenser des soins dans des conditions qui sont souvent précaires. Il devient donc essentiel que ces dernières possèdent des habiletés additionnelles minimales pour continuer à assurer des services de qualité à la population tout en ne mettant pas en danger la vie des individus qui la composent. Pour que les graduées puissent atteindre ce niveau d'habileté, les participantes considèrent essentiel que certains moyens soient mis en place.

Les participantes ont apprécié le fait qu'elles puissent définir ce qu'elles entendent par niveau "minimum". Cette phase du processus d'évaluation des besoins a non seulement permis de clarifier ce concept entre elles, mais elle a en outre facilité l'identification des besoins à partir d'une même perception. Il est cependant surprenant de constater que les groupes en soient arrivés à une définition identique dès la première rencontre. Ce phénomène pourrait-il être relié au fait que les participantes ont comme objectifs communs: la dispensation de soins de qualité qui tiennent compte des besoins exprimés par les usagers de ces services et des besoins de la société dont ils font partie intégrante? Guba et Lincoln (1982) soulignent que le choix d'un niveau minimum n'a pas la même connotation s'il est pris dans une perspective individuelle (idiographique) plutôt que dans une perspective institutionnelle (nomothétique). Selon ces auteurs, les besoins exprimés dans la perspective idiographique sont plus catégorisés comme des besoins ressentis et des désirs. Les résultats obtenus nous permettent de remettre en question cet énoncé. En effet, nous avons constaté lors de l'analyse de la phase d'identification des états cibles que plusieurs besoins exprimés par les représentantes des institutions (perspective nomothétique) et les graduées (perspective idiographique) étaient identiques: 32 au niveau des habiletés cognitives; six au niveau des habiletés motrices; neuf au niveau des habiletés affectives et six au niveau des moyens. Les besoins exprimés par les graduées ne sont donc pas tous des désirs même si Guba & Lincoln (1982) et Witkin (1984) indiquent le contraire. On pourrait conclure au même titre que certains besoins exprimés par les représentantes des institutions se situent au niveau des besoins ressentis ou des désirs.

Phase 2: Détermination de la grandeur de l'écart entre l'état cible et l'état actuel que les participantes considèrent comme significative.

La détermination par tous les auditoires d'une grandeur significative de 2 entre l'état cible et l'état actuel (voir p. 46) a amené les participantes à exprimer leurs valeurs et à tenir compte du contexte dans l'attribution de cette valeur. En effet, elles étaient conscientes qu'idéalement toutes les graduées devraient maîtriser à un niveau très élevé toutes les connaissances, les habiletés motrices et les habiletés affectives requises dans l'exercice de leur pratique. Cependant, tenant compte du fait que ce niveau est dans la réalité quasi impossible à atteindre, elles ont considéré qu'un niveau de maîtrise élevé serait un niveau essentiel acceptable (si l'écart est plus petit que 2). Ce niveau est d'autant plus important dans les milieux communautaires où l'on exige de la graduée qu'elle travaille souvent seule sans aucune supervision directe. Par contre, un niveau de maîtrise de moyen à très faible impliquerait que les graduées pourraient, dans certaines situations, dispenser des soins déficients, et dans certains cas, mettre en danger le bien-être des bénéficiaires. Ces résultats confirment l'opportunité de conserver cette étape dans le processus d'évaluation des besoins tel que préconisé par Guba et Lincoln (1982). Toutefois, à l'encontre de Guba et Lincoln (1982), nous croyons qu'il est essentiel que cette étape soit conservée dans l'ordre présenté sinon, comme le soulignaient les répondantes, elles pourraient choisir un écart significatif qui permettrait de retenir un plus grand nombre de besoins de base, et de ce fait, nécessiterait peu de changements au sein du programme alors qu'en réalité cela pourrait être le phénomène inverse. A noter que Kaufman aurait avantage à intégrer cette étape dans son modèle d'évaluation des besoins. Bien qu'il considère que son modèle est axé sur le contexte et les valeurs des auditoires (Kaufman, 1982), il n'indique aucune référence à la capacité des participants de déterminer une valeur qui leur permettrait de sélectionner des énoncés et de les reconnaître comme des besoins.

Phase 3: Identification des états cibles au niveau des habiletés de performance et des moyens requis pour les atteindre.

Des entrevues de groupe (focus group) ont facilité l'identification de nouvelles habiletés tant au niveau cognitif, moteur qu'affectif. Des moyens requis pour favoriser l'acquisition de ces habiletés de performance ont de plus été proposés. Les besoins exprimés ne provenant pas d'une liste pré-établie par l'investigatrice, les participantes ont pu exprimer leurs valeurs tout en tenant compte du contexte dans lequel s'est déroulée l'étude. Au cours de cette phase l'auteure a recueilli ce que Kaufman (1988) appelle des données subjectives qui font référence aux besoins perçus, aux valeurs des personnes consultées lors de cette

cette étape. De plus, l'opérationnalisation de cette phase confirme la nécessité de tenir compte de ces deux éléments (valeurs et contexte) lors de l'identification des besoins tel que préconisé dans le processus d'évaluation des besoins de Guba et Lincoln.

Habiletés cognitives identifiées en fonction de la perspective nomothétique

Lors de l'analyse des résultats, on a pu constater que seulement neuf habiletés cognitives ont été soulignées par l'ensemble des représentantes des institutions: acquérir des connaissances sur l'approche systémique auprès de la famille; connaître les grands principes de la santé communautaire (prévention, promotion de la santé); connaître et appliquer les principales étapes de la démarche de soins auprès d'un client; élaborer avec la clientèle cible un plan de soins en fonction de leurs besoins et prioriser ses interventions de soins; posséder une bonne capacité d'analyse et un esprit critique; émettre des jugements cliniques adéquats dans le but d'assurer des soins de qualité à la clientèle visée par ses interventions. Les bouleversements au sein des familles liés, entre autres, à la violence envers les femmes et les enfants, au taux élevé de divorces et à la précarité des emplois nécessitent que les graduées possèdent des connaissances sur le fonctionnement de la famille afin de pouvoir détecter des signes de dysfonctionnement au sein de celle-ci et lui venir en aide. Les politiques actuelles en matière de santé sont orientées vers la prévention et la promotion de la santé. Il n'est donc pas surprenant que les participantes soulignent l'importance de connaître les principes sous-jacents à savoir: l'autonomie et la prise en charge par le client de sa propre santé; l'influence de l'environnement sur la qualité de vie des individus et des communautés; la capacité de ces derniers d'influencer les gouvernements au niveau des politiques sociales; l'identification des déterminants biologiques, psychologiques et sociaux qui influencent l'état de santé des populations et la volonté de redonner aux individus et aux communautés le pouvoir de contrôler leur propre destinée. Pour être capable d'intervenir auprès de la clientèle, les graduées doivent être capables d'identifier et de prioriser leurs besoins de santé ainsi que de planifier conjointement les interventions de soins. Ces actions requièrent que les graduées possèdent une capacité d'analyse et un esprit critique lui permettant de poser des jugements cliniques adéquats.

Contrairement aux administratrices, les autres répondantes ont identifié des habiletés cognitives spécifiques à leur groupe. Les interventions au niveau de la promotion de saines habitudes de vie et la prévention de problèmes de santé impliquent que les graduées fassent de l'enseignement auprès de la population; il n'est donc surprenant que les professeures aient souligné l'importance pour

les graduées d'acquérir des connaissances en pédagogie et en andragogie. De plus, les nouvelles technologies de pointe mises à la disposition des intervenantes requièrent que les graduées aient certaines connaissances en informatique pour comprendre le fonctionnement des appareils sophistiqués et être capable de rédiger les plans de soins informatisés que l'on retrouve de plus en plus sur les unités de soins. Puisque les graduées seront appelées à dispenser des soins auprès de clientèles de tout âge, avec des problématiques de soins différentes, que ce soit dans les milieux hospitaliers ou les milieux naturels, elles devront connaître toutes les phases de développement du corps humain. L'importance de reconnaître une famille dysfonctionnelle a été en outre soulignée par une des professeures qui enseigne et supervise les stages au niveau communautaire.

Les représentantes des milieux communautaires ont pour leur part identifié onze habiletés cognitives: l'acquisition de connaissances en microbiologie, immunologie, épidémiologie, psychologie de l'apprentissage, en organisation et en éducation sanitaire. En plus des techniques de premiers soins, les graduées doivent aussi connaître les différentes façons de faire des pansements et les principes sous-jacents à la mobilisation des patients alités. Elles doivent également approfondir un modèle conceptuel en sciences infirmières afin d'être capables d'en faire le transfert d'un milieu à l'autre. Les graduées qui interviennent dans les familles ou la communauté doivent être capables d'identifier les facteurs de risques présents dans l'environnement et possiblement les agents responsables du ou des problèmes de santé. Puisqu'elles travaillent souvent seules à domicile, elles peuvent être appelées à intervenir rapidement dans des situations d'urgence, surtout depuis le virage ambulatoire préconisé par le gouvernement qui vise de plus en plus le retour à domicile de la clientèle après une chirurgie d'un jour. De ce fait, les graduées sont appelées à changer des pansements de toutes sortes et à faire de l'enseignement auprès de l'individu et de la famille qui vivent un niveau de stress élevé. Dans leur programme d'études, les graduées étudient plusieurs modèles en sciences infirmières; cependant, comme le soulignent ces dernières, ces modèles ne sont pas suffisamment approfondis. Elles ont par conséquent de la difficulté à les appliquer auprès de différentes clientèles cibles.

Dans les milieux hospitaliers, une seule habileté diffère des autres groupes: l'acquisition de notions de marketing. Les infirmières éprouvent de la difficulté à faire reconnaître leurs compétences par les autres professionnels (les) de la santé. Pour plusieurs de ces professionnels (les), leur rôle se limite à dispenser des soins au niveau physique et à être l'assistante du médecin. La présence de deux paliers de formation au sein de la profession, collégial et universitaire, ne fait qu'accentuer cette perception. Le faible pourcentage de

graduées au niveau universitaire implique que celles-ci doivent constamment convaincre les autres professionnels (les) que leur rôle ne se limite pas à dispenser des soins physiques, mais à percevoir le client de façon holistique au même titre que les psychologues et les travailleurs sociaux.

Habiletés cognitives identifiées en fonction de la perspective idiographique

Parmi les trente cinq habiletés cognitives identifiées par les graduées, seulement trois d'entre elles n'ont pas été mentionnées par les représentantes des institutions: l'acquisition de connaissances plus poussées en pharmacologie et l'acquisition de connaissances sur les théories du leadership et la sociologie de la santé. L'inclusion des graduées au sein de l'échantillon nous a permis de constater que celles-ci sont en mesure d'évaluer l'ensemble des habiletés cognitives requises pour travailler à titre d'infirmières professionnelles. Je doute que l'on en serait arrivé à des résultats similaires si les étudiantes en formation avaient été incluses dans l'étude. Il semble que les connaissances en pharmacologie soient nettement insuffisantes pour permettre aux graduées de comprendre l'impact des médicaments sur l'organisme et permettre de déceler rapidement les effets secondaires. Le désir des graduées d'acquérir des bases en leadership laisse supposer que ces dernières sont conscientes du rôle qu'elles auront à jouer au sein de la profession infirmière. Les programmes présentent certaines lacunes puisque les graduées n'ont fait aucunement mention de notions de prévention et promotion qui sont à la base des nouvelles philosophies de soins préconisées par les gouvernements. De plus, l'application des différentes étapes de la démarche de soins auprès de la communauté semble dénoter un manque d'intérêt au niveau de cette clientèle cible. Serait-ce lié au fait que le contenu des programmes est trop centré sur le curatif? Cette constatation viendrait confirmer la position de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (7 sept 1989) à l'effet que les programmes de formation portent encore principalement sur les connaissances et les habiletés nécessaires pour soigner les individus lors de maladies ou d'états de crise.

Habiletés motrices identifiées en fonction de la perspective nomothétique

La recrudescence de la violence au sein de la famille, le nombre de plus en plus élevé de familles monoparentales et de personnes âgées vivant sous le seuil de la pauvreté et les problèmes de santé de plus en plus complexes requièrent des graduées qu'elles soient capables d'interagir avec le client et la famille, que ce soit sur les unités de soins aigus, dans les urgences, dans les écoles ou à domicile. Les infirmières étant perçues comme moins menaçantes par la clientèle,

car elles n'ont pas de pouvoir décisionnel en ce qui concerne le placement des enfants ou les allocations sociales, sont souvent le premier point de contact avec la clientèle cible. Il est donc important qu'elles puissent établir un climat de confiance et une relation d'aide efficace pour venir en aide à la clientèle et, si nécessaire, la référer à d'autres professionnels (les) de la santé. Elles doivent en outre, développer des habiletés à travailler en équipe multidisciplinaire si elles veulent se faire respecter et défendre les intérêts du client. Devant l'augmentation des cas de sida, d'hépatite B et de tuberculose dans la population, les infirmières doivent être de plus en plus vigilantes pour assurer leur protection et celle de leur clientèle; il est donc primordial que ces dernières maîtrisent les techniques de soins de base en respectant les règles élémentaires de l'asepsie et si nécessaire donner de l'enseignement au client et aux membres de sa famille.

Il est surprenant de constater que seul le groupe des administratrices ait mentionné que les graduées doivent encourager la clientèle à participer aux activités de soins en vue de prendre en charge leur propre santé. Ce phénomène pourrait s'expliquer par le fait que certaines administratrices ont dispensé et dispensent encore des cours en plus de superviser les stages cliniques. De plus, comme le soulignaient la plupart des participantes au sein des cinq groupes, il se peut qu'elles aient omis de spécifier certaines habiletés au cours de l'entrevue. Elles étaient toutefois confiantes que l'ensemble des habiletés seraient mentionnées dans les autres groupes et qu'elles auraient l'occasion de se prononcer sur leur pertinence au cours des étapes subséquentes. En dernier lieu, les administratrices insistent fortement sur l'obligation pour les graduées, d'aviser les autorités concernées de toutes erreurs lorsque les soins sont dispensés. On peut comprendre leurs préoccupations en tant que gestionnaires, car la moindre erreur peut mettre en péril la vie ou la qualité de vie du client en plus d'ouvrir la voie à des poursuites devant les tribunaux.

En ce qui concerne les cliniciennes des milieux hospitaliers, celles-ci considèrent important que les graduées soient capables d'effectuer un examen physique centré sur la normalité. Que ce soit à l'urgence, aux soins intensifs ou sur les diverses unités de soins, les infirmières graduées doivent être capables de déceler tout signe de complication chez le client afin d'intervenir rapidement, et par le fait même, lui éviter des conséquences désastreuses. Les coupures budgétaires et les fermetures de lits dans les hôpitaux ont obligé les responsables des soins infirmiers à effectuer des changements au sein de l'organisation du travail. Le travail à temps partiel étant favorisé, il devient doublement important pour assurer la qualité et la continuité des soins que les infirmières graduées rédigent des notes claires au dossier.

Habiletés motrices identifiées en fonction de la perspective idiographique

On constate que parmi les sept habiletés motrices identifiées par les graduées, une seule n'a pas été mentionnée par les représentantes des institutions: expliquer les interventions infirmières au client. Il semble que les graduées soient conscientes de l'impact que leurs interventions pourraient avoir sur le niveau d'anxiété de la clientèle cible et dans certains cas, affecter, l'efficacité du traitement. L'ensemble des habiletés motrices mentionnées portent surtout sur l'application des techniques de soins de base et la capacité d'interagir avec le client et la famille. On pouvait s'attendre à ce que les techniques de soins de base occupent une place importante car les milieux hospitaliers favorisent plus l'aspect technique que l'aspect psychosocial des soins. Il est rassurant de constater que, malgré ce fait, les graduées perçoivent l'importance de tenir compte de l'individu dans sa globalité tel que le préconisent les théories en sciences infirmières. Contrairement aux autres groupes, elles n'ont pas mentionné l'implication au niveau des équipes multidisciplinaires. Cela pourrait-il être lié au fait que dans les cours et dans les milieux de stage tels que mentionnés par les professeures, les graduées apprennent peu à collaborer entre elles?

Devant le nombre de plus en plus croissant de découvertes dans le domaine de la santé, de la technologie et des sciences infirmières, les graduées ne peuvent plus se limiter aux connaissances apprises au cours de leur formation universitaire. Elles doivent constamment garder leurs connaissances à jour si elles veulent continuer à améliorer la qualité des soins dispensés tout en faisant avancer la pratique professionnelle dans leur milieu de travail respectif.

Habiletés affectives identifiées en fonction de la perspective nomothétique

Les professeures ont une responsabilité vis-à-vis la qualité des soins que les clients sont en droit de recevoir; il n'est donc pas surprenant que ces dernières requièrent des graduées qu'elles soient capables de faire face aux frustrations, aux échecs et à leur propre agressivité en plus de tolérer leur dépendance face à la clientèle. Dans bien des situations, en plus de se sentir impuissantes devant l'évolution de la maladie, les graduées sont confrontées à l'agressivité verbale de la part des clients ou de leurs familles. Elles doivent donc être vigilantes pour ne pas laisser percevoir des sentiments négatifs qui pourraient nuire au bien-être du client. Est-il réaliste cependant, dans le climat de permissivité et d'insécurité que vivent un bon nombre d'adolescentes d'aujourd'hui, qu'elles puissent développer ces attitudes au cours de leurs trois années de formation? Le climat de compétition qui existe parmi les étudiantes

tant dans les cours que dans les milieux de stage ne favorise pas l'esprit d'équipe qui est pourtant une qualité essentielle pour travailler en partenariat avec les autres professionnels (les) de la santé. Un des objectifs de la formation est selon les administratrices de développer une conscience sociale chez les étudiantes. Il est surprenant que cette habileté n'ait pas été soulevée par les représentantes des milieux communautaires, car un des mandats des centres locaux de services communautaires (CLSC) est de faire de la promotion de la santé auprès des membres de la communauté. Comme tous les professionnels (les) qui interviennent dans le domaine de la santé, les graduées selon toutes les répondantes, doivent faire preuve d'autonomie, être capables de s'affirmer au sein des équipes multidisciplinaires, reconnaître leurs limites, être responsables de leurs actions et faire preuve de créativité dans leurs interventions tout en démontrant une grande capacité d'adaptation. Elles ne peuvent plus se limiter à un rôle d'exécutante; elles doivent assumer un leadership pour faire avancer la profession infirmière.

Habiletés affectives identifiées en fonction de la perspective idiographique

La majorité des habiletés identifiées par toutes les répondantes des institutions ont été également rapportées par les graduées. Ces dernières mentionnent l'importance d'être responsables de leur apprentissage. Si on veut développer l'autonomie et le sens de responsabilité chez les graduées, il est important qu'elles aient l'opportunité d'exprimer leurs besoins d'apprentissage et qu'elles soient supportées par les professeures et les responsables de la supervision clinique. La possibilité de conserver leur honnêteté et leur intégrité personnelle est importante aux yeux des graduées. En effet, si on leur demande constamment d'être conformistes, tant au niveau des cours que des stages, on ne peut pas s'attendre à ce qu'elles deviennent des agents de changement et qu'elles développent des habiletés de leadership.

Moyens identifiés en fonction de la perspective nomothétique

Les moyens identifiés par les représentantes des institutions ont été regroupés en six catégories: la structure du programme, les méthodes pédagogiques, l'évaluation des apprentissages, les relations interpersonnelles, le soutien aux étudiantes ainsi que la collaboration entre les milieux cliniques et l'université. Les ressources matérielles et l'encadrement des superviseuses de stage ont été inclus dans la structure. Dans les milieux cliniques et dans la société en général, on s'attend à ce que les graduées en sciences infirmières puissent intervenir rapidement lorsque des individus se trouvent dans des situations qui

peuvent mettre leur vie en danger; c'est pourquoi, les professeures recommandent qu'un cours de réanimation soit obligatoire au sein du programme de baccalauréat. Ces graduées par le fait même vivraient moins de stress et se sentiraient plus en contrôle de la situation. Actuellement, le ratio professeure/étudiantes dans les stages ne permet pas aux professeures d'offrir un encadrement qu'elles considèrent adéquat, car le nombre d'étudiantes étant trop élevé, elles ne peuvent consacrer suffisamment de temps à la supervision individuelle et à l'évaluation des habiletés psychosociales. Dans cette situation d'apprentissage, les graduées peuvent être appelées à prendre des décisions qui dans certains cas pourraient affecter la qualité des soins qu'elles dispensent au client. Ceci pourrait par contre obliger les graduées à se prendre en main et à utiliser les ressources de l'unité de soins.

Les premiers mois de leur entrée sur le marché du travail, les graduées éprouvent beaucoup de stress par rapport aux techniques de soins de base; c'est pourquoi les professeures, les cliniciennes et les administratrices recommandent qu'elles aient accès à un plus grand nombre de laboratoires supervisés au cours de leur formation et que ceux-ci soient offerts en fonction de toutes les clientèles cibles. De plus, l'accès à des périodes libres en laboratoire favoriserait la prise en charge de leur apprentissage et leur permettrait d'approfondir leurs habiletés en relation d'aide. Les orientations futures dans le domaine de la santé étant centrées sur la promotion de la qualité de vie des individus en interaction avec leur environnement, il est souhaitable, dès le début du programme, que l'accent soit mis sur la santé communautaire et non sur le curatif, et qu'en plus les milieux de stage dans la communauté soient plus diversifiés afin que les graduées soient aptes à intervenir auprès de diverses clientèles dans des milieux de vie différents. Les habiletés requises des graduées étant de plus en plus élevées, il devient nécessaire que la formation soit échelonnée sur une période de quatre ans, incluant un internat de spécialisation. Cet internat pourrait permettre de mettre plus l'accent sur la maîtrise des habiletés psychosociales des graduées. De plus, une connaissance et un niveau de maîtrise du français étant nécessaire pour communiquer avec la clientèle au Québec, il serait souhaitable que les graduées qui éprouvent des difficultés soient obligées de suivre des cours de français lors de leur formation. Certaines exigences relatives aux conditions d'admission telles que la connaissance de l'anglais seraient un atout pour faciliter l'apprentissage chez les graduées. Certaines répondantes vont même jusqu'à suggérer qu'un test de personnalité soit administré avant l'admission afin de déceler certains troubles de comportement qui pourraient éventuellement affecter leur relation avec la clientèle.

Les difficultés présentes au niveau des méthodes pédagogiques ont majoritairement

été soulevées par les représentantes des milieux hospitaliers. En effet celles-ci considèrent que dès le début de leur formation, on devrait offrir aux graduées plus de possibilité de s'intégrer au sein des équipes multidisciplinaires. Cela leur permettrait de mieux comprendre le rôle des divers intervenants (tes) en santé, de se faire respecter en tant que professionnelles, d'assurer une meilleure continuité de soins et de développer une meilleure confiance en leurs propres capacités. Ce même phénomène a été soulevé par les représentantes des CLSC. De plus, si on offrait aux graduées la possibilité de définir leurs propres objectifs de stage, cela leur permettrait de travailler autant sur leurs forces que sur leurs faiblesses. Les infirmières des unités de soins considèrent que le temps et les efforts qu'elles investissent dans la formation des graduées ont plus ou moins d'impact sur la continuité des soins. En effet, à quoi servira l'élaboration de plans de soins complets si les infirmières des unités de soins n'ont pas la possibilité de les consulter et d'en discuter avec les graduées pour assurer un certain suivi. Le fait de présenter leurs travaux aux infirmières serait également une source de valorisation pour les graduées. Afin de mieux refléter la réalité des milieux, il serait souhaitable qu'on leur assigne un nombre plus élevé de clients ou de familles lors des stages. On demande en effet à ces dernières, lors de leur entrée sur le marché du travail, de travailler soit la nuit ou le soir, avec un nombre beaucoup plus élevé de clients que ce à quoi elles sont habituées lors des stages, ceci a pour effet de créer beaucoup de stress, d'insécurité et risque même parfois de les décourager au point de quitter la profession. Un élément qui a été soulevé par les professeures et les cliniciennes consiste à offrir des ateliers sur la connaissance de soi et le développement professionnel. Pour être capables de comprendre leurs clients, les graduées doivent être en mesure d'analyser leurs propres comportements et réaliser comment ceux-ci peuvent influencer leur relation d'aide avec ces derniers. De plus, des mises en situation clinique en petit groupe faciliteraient l'étude de problématiques de soins multiples tout en leur permettant de reconnaître leurs forces et de travailler sur leurs faiblesses dans un environnement contrôlé et propice à l'apprentissage.

L'évaluation des apprentissages est un sujet de préoccupation pour les milieux hospitaliers et communautaires, tant au niveau de la maîtrise des habiletés motrices de base que des habiletés psychosociales lors des interventions auprès des clients et des familles. La capacité de percevoir le client comme un être holistique relève du fait que les graduées sont en mesure de reconnaître les facteurs psychologiques et sociaux qui pourraient influencer le comportement de celui-ci, l'évolution de sa maladie et sa capacité de se prendre en charge. Si ces aspects ne sont pas ou peu évalués lors des stages, il y a de fortes chances que les graduées mettent plus l'accent sur la maîtrise des techniques de soins. Il semble que les professeures et les représentantes des milieux aient constaté

cette faiblesse puisqu'elles recommandent de développer des moyens d'évaluation pour favoriser une meilleure qualité au niveau des étudiants. Cette constatation pourrait dépendre du fait que lors de l'évaluation des stages, les critères semblent plus ou moins respectés par les superviseuses. On pourrait aussi se demander si la formation que reçoivent les superviseuses est adéquate.

Au niveau des relations interpersonnelles, il semble que les professeures ne font pas suffisamment confiance aux étudiantes dans les cours et qu'en plus on ne favorise pas leurs initiatives. Si tel est le cas, il n'est pas surprenant que les graduées aient soulevé le même phénomène. Comment peut-on espérer que les graduées puissent travailler à titre d'infirmières professionnelles si tout au long de leur formation on leur a fait peu confiance et on les a empêchées de prendre des initiatives? Ce n'est pas en se conformant qu'on apprend à développer l'autonomie professionnelle. De plus, à l'université et dans les stages, il ne semble pas y avoir suffisamment d'emphase placée sur l'affirmation de soi. Peut-on alors demander aux graduées de s'affirmer et de prendre leur place au sein des équipes multidisciplinaires?

Au cours de leur formation, les graduées peuvent vivre des situations difficiles tant au niveau personnel, familial qu'académique; l'aide ou le soutien qu'elles reçoivent des services de santé et des services aux étudiants de l'université semblent plus ou moins satisfaisants. C'est pourquoi, les professeures et les représentantes des milieux cliniques considèrent qu'un groupe d'entraide ou de tutorat composé d'une professeure et d'étudiantes de première, deuxième et troisième années devrait être mis sur pied. L'objectif de ce groupe pourrait être de faciliter l'intégration des graduées lors de leur formation, de les conseiller dans leur cheminement et de leur fournir des moyens pour gérer leur stress.

Au niveau de la collaboration entre l'université et les milieux de stage, les représentantes des centres hospitaliers ont manifesté beaucoup plus d'attentes. Elles demandent que des postes conjoints entre l'université et les milieux cliniques soient mis en place afin de favoriser la recherche clinique et permettre aux étudiantes, dans les cours et dans les stages, de ne pas être confrontées uniquement à des théoriciennes, mais également à des cliniciennes spécialisées. Les professeures pourraient également donner des conférences et expliquer les cas complexes aux infirmières des unités de soins qui sont moins au courant des nouvelles approches de soins. A cet égard, l'instauration d'un système de préceptorat dans les milieux cliniques aurait pour effet de valoriser les infirmières en place et de leur permettre d'acquérir de l'expérience en supervision clinique et éventuellement, de participer à des projets de recherches cliniques. Les modes de distribution de soins, tels qu'ils existent actuellement, ne

semblent pas favoriser suffisamment la continuité des soins; c'est pourquoi, les cliniciennes et les administratrices recommandent que les milieux cliniques et communautaires adoptent une philosophie de soins basée sur les soins intégraux. L'infirmière serait alors seule responsable de son client et non toutes les infirmières de l'équipe de soins. L'absence de reconnaissance par les gestionnaires de la composante "relation d'aide" dans la tâche des infirmières expliquerait en partie que cet élément soit peu considéré lors de l'évaluation des stages. De plus, la collaboration entre l'université et les milieux cliniques serait grandement améliorée si ces derniers reconnaissaient que l'enseignement fait partie du mandat du centre ou des professionnelles qui y travaillent. Il serait alors plus facile de recruter des superviseures de stage dans les milieux, car ceci serait reconnu comme faisant partie de leur tâche et en plus, les infirmières sur les unités de soins seraient plus incitées à travailler en collaboration avec les stagiaires. Enfin, les administratrices du programme et les cliniciennes des hôpitaux ont suggéré un dernier moyen, à savoir que des représentantes des ces deux groupes siègent conjointement sur des comités décisionnels. De cette façon, celles-ci pourront avoir une influence sur des politiques et des règlements, tout en facilitant la collaboration entre les deux centres en vue d'offrir un programme de formation de qualité.

Moyens identifiés en fonction de la perspective idiographique

Les graduées étaient plus préoccupées par des changements au niveau de la structure du programme et des méthodes pédagogiques, l'évaluation des apprentissages lors des stages, les relations interpersonnelles ainsi que le soutien de la part des milieux. Ces répondantes ont exprimé les mêmes besoins que les professeures et les administratrices quant à la réduction du ratio professeure/étudiantes lors des stages ainsi que l'ajout d'une année de formation. Afin d'avoir plus de contrôle sur leur apprentissage, les graduées aimeraient s'impliquer plus au niveau de leur cheminement de cours et avoir la possibilité de sélectionner trois cours au choix. Cette option leur permettrait de prendre des cours hors programme et d'avoir ainsi une autre perspective que celle des soins infirmiers. Les cours liés à une même spécialisation, suivis immédiatement par une stage clinique, favoriseraient l'intégration des connaissances. La présence de cours de formation générale et de sciences lors de la première année leur permettrait de s'acclimater à leur nouveau milieu de vie sans subir un stress additionnel lié à la présence dans les unités de soins. Le fait qu'elles aient demandé que le cours d'épidémiologie soit optionnel dans le programme dénote que les graduées sont peu sensibilisées à la prévention et à la promotion de la santé des individus dans leur milieu naturel. Afin de mieux réaliser l'impact des médicaments sur l'organisme humain, les graduées suggèrent

que le cours de pharmacologie soit reporté après la première année. Ceci pourrait leur permettre au contact des clients, d'être plus à l'affût des effets secondaires et des signes précurseurs d'intoxication médicamenteuse. Le déplacement des clients représente la source la plus fréquente de traumatismes dorsaux chez les graduées, c'est pourquoi elles devraient avoir l'opportunité de pratiquer cette technique le plus souvent possible en laboratoire pour acquérir de bonnes habitudes de travail. L'augmentation du nombre d'étudiants (300 et plus) dans certains cours théoriques est peu propice à l'apprentissage; c'est pourquoi les graduées demandent que le nombre soit réduit pour faciliter les échanges entre les étudiantes et les relations professeure-étudiante. Un dernier élément qui démotive les graduées est lié au fait que le nombre de crédits alloués au cours (ex. un crédit) ne reflète pas la somme de travail qu'elles doivent investir.

On pouvait s'attendre à ce que les graduées insistent plus sur les méthodes pédagogiques tant au niveau des cours, des laboratoires que des stages. Au cours de leur formation, les graduées éprouvent de la difficulté à faire les liens entre les cours de sciences et les cours en sciences infirmières. Souvent les premiers sont offerts dans d'autres facultés et les professeurs (res) se préoccupent peu si les étudiantes font le transfert; c'est pourquoi il devient important que ces professeurs (res) soient encadrés par des professeures en sciences infirmières. De plus, les responsables des laboratoires devraient s'assurer que les graduées aient la possibilité de pratiquer toutes les techniques de soins de base avec un matériel complet. Si ces dernières utilisent du matériel désuet ou incomplet, elles vont vivre beaucoup de stress durant les stages car elles ne seront pas capables d'appliquer les techniques de soins en plus d'insécuriser le client qui percevra ces hésitations. Au même titre que les cliniciennes des milieux, les graduées demandent qu'on mette l'accent sur les interactions infirmière-client lors de simulation en laboratoire. Elles déplorent également le fait qu'on ne les responsabilise pas suffisamment face à leurs clients lors des réunions d'équipe multidisciplinaire. Comment pourront-elles plus tard dans leur pratique développer leur autonomie professionnelle si on ne leur a pas fait suffisamment confiance? Les graduées veulent être responsables de leur apprentissage; elles doivent donc avoir la possibilité de définir leurs objectifs de stage en collaboration avec les superviseures, d'augmenter le nombre de clients si elles s'en sentent capables, de pratiquer toutes leurs techniques de soins au cours des stages et même de servir de mentor à des collègues. Les milieux devraient, lors des stages, favoriser le jumelage des graduées et des infirmières de l'unité de soins afin de leur permettre d'être confrontées au plus grand nombre de cas possibles. Elles seraient moins anxieuses lors de leur entrée sur le marché du travail où elles sont appelées à travailler sur l'équipe volante jour-soir-nuit, auprès de clientèles qui ont de

multiples problèmes de santé. Un dernier moyen mentionné par les graduées est le fait qu'on ne leur apprend pas à s'entraider dans les cours ni dans les stages. Ceci pourrait expliquer en partie le reproche qu'on fait souvent aux infirmières de ne pas être solidaires, ni d'être capables de se prendre en main comme groupe de professionnelles et de revendiquer des avantages qu'elles seraient en droit de recevoir.

Au niveau de l'évaluation des apprentissages les graduées ont constaté les mêmes difficultés face aux respect des critères d'évaluation des expériences cliniques et de l'évaluation des habiletés psychosociales. L'évaluation devrait aussi avoir une connotation plus formative. En effet, l'accent devrait être mis sur leurs forces et les améliorations à apporter lors des stages et non seulement sur leurs faiblesses. Les graduées se sentiraient alors plus valorisées et motivées à changer ou à renforcer leur comportement.

Les graduées s'attendent à avoir plus de soutien des milieux pour favoriser leur intégration sur le marché du travail. On demande en effet à celles-ci de performer comme si elles avaient dix ans d'expérience. Aucune autre profession n'exige autant de leurs graduées et ne leur demande de travailler sur des horaires jour-soir-nuit, à temps partiel, de changer d'unité de soins presque à tous les jours. Au contraire, on leur accorde une période d'adaptation beaucoup plus longue que les trois à cinq jours qui sont offerts aux infirmières. Chez les autres professionnels, la collaboration est souvent plus évidente.

Phase 4: L'identification des écarts

Les résultats recueillis ont permis d'identifier les besoins potentiels en fonction des perspectives nomothétique et idiographique et de répondre aux deux premières questions de recherche:

1. Est-ce que le modèle tel que modifié permet d'identifier, dans une perspective idiographique les besoins potentiels (ECI - EA) des détenteurs d'enjeux concernés ou visés par le programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières?
2. Est-ce que le modèle tel que modifié, permet d'identifier, dans une perspective nomothétique les besoins potentiels (EC2 - EA) des détenteurs d'enjeux concernés ou visés par le programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières?

L'identification des besoins potentiels par les représentantes des institutions et des graduées, en termes de besoins de base et de besoins futurs, renforce la position de Scriven (1991) à l'effet que dans toute évaluation de besoins on doit tenir compte de ces deux types de besoins. Les participantes considèrent que la première catégorie de besoins i.e. de base, bien que satisfaits par le programme de formation actuel, doit être maintenue car ces besoins sont essentiels pour faciliter l'apprentissage de l'étudiante et la maîtrise des habiletés cognitives, motrices et affectives requises pour pouvoir travailler à titre d'infirmière professionnelle. Ces résultats corroborent la critique du modèle de Kaufman qui ne permet pas d'identifier les besoins de base. Pour Scriven (1991), ceux-ci sont considérés comme essentiels et doivent être maintenus au sein du programme actuel. Pour Kaufman (1972), un besoin est inexistant si on note l'absence d'écart entre un état désiré et un état actuel. En ce qui concerne les besoins futurs, leur identification permettra aux responsables de l'élaboration ou de la modification du programme de mettre en place des moyens nécessaires à la maîtrise de ces nouvelles habiletés par les graduées.

Dans l'ensemble, les graduées possèdent les connaissances de base pour intervenir adéquatement auprès des clientèles cibles. Cependant, elles devront acquérir de nouvelles habiletés si elles veulent inscrire leurs interventions dans les nouvelles orientations du gouvernement en matière de santé. Celles-ci devront en effet mettre plus d'emphasis sur l'enseignement aux clientèles de tout âge et de différentes ethnies afin que ces dernières puissent devenir autonomes et acquérir des comportements de santé en vue d'atteindre un niveau de bien-être optimal. Puisqu'elles sont appelées à travailler de plus en plus en partenariat avec des groupes et des communautés, il est nécessaire qu'elles acquièrent des connaissances sur la gestion d'équipes multidisciplinaires, en droit de la santé, en changement planifié, en organisation et en éducation sanitaire. De plus en plus, les gens sont conscients des limites des interventions médicales traditionnelles; c'est pourquoi, les graduées devront connaître les différentes approches alternatives en matière de santé pour les guider dans leurs choix. Pour pouvoir intervenir adéquatement auprès des membres de la communauté, il est primordial que les graduées soient capables d'identifier leurs besoins, de planifier conjointement les interventions et d'évaluer l'efficacité de ces interventions. Les restrictions budgétaires ont fait prendre conscience aux divers gouvernements qu'ils ne peuvent plus se permettre d'investir autant dans le domaine du curatif; par conséquent, les graduées devront investir plus au niveau de la prévention et de la promotion de la santé et ce, autant dans les milieux hospitaliers que les milieux de vie des clientèles cibles. Les graduées sont appelées à promouvoir le rôle professionnel de l'infirmière; les représentantes des milieux institutionnels et les graduées constatent cependant que ces dernières ne connaissent pas suffisamment les bases philosophiques de leur profession, les

modèles conceptuels en sciences infirmières et qu'en plus, elles ont de la difficulté à appliquer ces modèles auprès de différentes clientèles cibles.

Les besoins futurs identifiés par les graduées diffèrent grandement de ceux des milieux institutionnels. Celles-ci considèrent en effet, qu'elles n'ont pas les connaissances nécessaires pour intervenir efficacement auprès des familles et des communautés. Il est nécessaire qu'elles aient plus de formation en relation d'aide et développent des habiletés afin d'évaluer les aspects psychosociaux qui pourraient nuire à leur bon fonctionnement. Le manque de connaissances sur les théories en leadership pourrait expliquer en partie la difficulté qu'éprouvent les graduées à assumer leur rôle de leader dans les milieux hospitaliers. De plus, elles ont noté des déficiences au niveau de l'organisation de leur travail; ceci pourrait être dû au fait qu'elles n'ont pas tendance à demander de l'aide auprès de leurs collègues et qu'elles n'ont pas développé de sentiment de solidarité au cours de leur formation. Elles considèrent cependant qu'elles ont développé un esprit critique et une bonne capacité d'analyse, ces qualités étant requises pour poursuivre des études supérieures. Les représentantes des institutions en sont arrivées aux mêmes conclusions.

Au niveau des habiletés cognitives, les milieux communautaires se distinguent nettement des milieux hospitaliers et de l'enseignement. Étant appelées souvent à intervenir seules auprès des clients dans leur milieu de vie, les graduées devront développer des plans d'intervention en collaboration avec ces derniers si elles veulent que ceux-ci puissent se prendre en main et devenir autonomes. Étant donné qu'elles peuvent se retrouver dans des situations requérant qu'elles réagissent rapidement, elles doivent donc posséder des connaissances sur les premiers soins et les signes indicateurs de complication, que ce soit au niveau des infections ou des intoxications médicamenteuses. Elles doivent aussi faire beaucoup d'enseignement à domicile sur la nutrition et la prise de médicaments et promouvoir de saines habitudes de vie.

Au niveau des habiletés motrices, le groupe des représentantes des milieux hospitaliers se distinguent des autres. Elles ont en effet constaté que les graduées éprouvent certaines difficultés liées pour la plupart au manque de connaissances identifiées précédemment: travailler en équipe multidisciplinaire, faire de l'enseignement auprès de la clientèle, référer les clients et/ou les familles aux ressources appropriées, mobiliser les clients alités en tenant compte des principes sous-jacents, faire différents types de pansements, inter-agir avec la famille, établir une relation d'aide efficace et travailler en collaboration avec leurs collègues de l'équipe de soins.

En ce qui a trait aux habiletés affectives, les graduées semblent avoir de la

difficulté à faire face à leur propre agressivité, aux frustrations et aux échecs, à tolérer l'ambiguïté. Ceci pourrait être dû au fait qu'elles manquent de maturité et de confiance en elles-mêmes. Précédemment, les graduées avaient souligné que lors des stages, on leur lançait des messages doubles: ayez de l'initiative, mais ne dérangez pas trop. Comment peut-on espérer qu'elles fassent preuve de créativité dans leurs interventions et assument un certain leadership si on leur fait plus ou moins comprendre qu'elles doivent se conformer.

Puisque la majorité des moyens ont été identifiés comme des besoins futurs, l'auteure suggère que ceux-ci soient exclus de l'étape d'identification des écarts, car ils représentent des solutions ou des interventions requises pour favoriser l'acquisition et la maîtrise des habiletés de performance.

L'ajout de l'étape de l'identification des écarts dans un modèle d'évaluation des besoins, tel que recommandé par Guba et Lincoln (1982) et Scriven (1991), a donc facilité l'identification des besoins de base et des besoins futurs. Nous constatons également que l'identification des besoins potentiels de base favorise l'évaluation des performances actuelles des graduées au sein du programme.

Étape III: Vérification de l'authenticité des besoins potentiels par les détenteurs d'enjeux

Les résultats n'ont pas fourni de réponse à la question de recherche suivante:

3. Est-ce que le modèle tel que modifié permet de discerner les besoins potentiels des besoins authentiques en fonction des deux éléments suivants: le bénéfice significatif et l'état d'insatisfaction?

Bénéfice significatif

L'ensemble des répondantes ont décrit concrètement, à partir des besoins potentiels qu'elles ont identifiés lors de la phase 4, comment ceux-ci représentent un bénéfice significatif pour la graduée d'un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières. On constate cependant que la description du bénéfice significatif par les répondantes ne permet pas de distinguer individuellement les besoins authentiques des simples désirs tel qu'énoncé par Scriven et Roth (1978), Guba et Lincoln (1982). En définissant, dès le début du processus, ce qu'elles percevaient comme un niveau minimum, soit "un niveau de

performance essentiel", les répondantes considéraient les besoins potentiels identifiés lors des étapes antérieures comme des besoins authentiques parce que les graduées doivent maîtriser l'ensemble des habiletés pour travailler à titre d'infirmières professionnelles. Ces résultats viennent infirmer l'énoncé de Scriven et Roth (1978), de Guba & Lincoln (1982) et de Witkin (1984). Ces derniers considèrent les besoins exprimés dans une perspective idiographique (graduées) comme des besoins ressentis et des désirs. Lors de la description de ce concept par les détenteurs d'enjeux, les valeurs sont inhérentes au processus; il devient donc impossible pour l'évaluateur de différencier à partir d'une construction améliorée les besoins authentiques des simples désirs. Ceci supposerait que ces besoins seraient sélectionnés à partir des valeurs de l'évaluateur et non de celles des personnes impliquées dans le processus.

Lors d'une entrevue avec une clinicienne des centres hospitaliers, celle-ci considérait que "la pratique de l'infirmière étant globale, l'ensemble des besoins exprimés forme un tout indissociable". Ce ne serait donc pas la présence d'un besoin à lui seul qui représenterait un bénéfice significatif pour le sujet, mais bien l'ensemble de plusieurs besoins. Cette constatation confirme la position de Roth (1978) à l'effet que l'expression "bénéficie de façon significative" ne sous-entend pas nécessairement que l'entité Z sera dans une condition satisfaisante même si elle est en présence de l'élément X. Un ensemble de plusieurs autres éléments ($X_1, X_2 \dots X_n$) pourrait être nécessaire pour que Z soit dans une condition satisfaisante. L'absence d'un de ces éléments peut être le facteur qui suscite l'état d'insatisfaction de Z.

État d'insatisfaction

L'ensemble des répondantes considèrent que tous les besoins potentiels identifiés sont des besoins authentiques et que l'absence de ceux-ci, dans le cadre d'un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières, les placeraient dans un état d'insatisfaction. En effet, l'insatisfaction de l'un ou l'autre de ces besoins serait une source importante de frustration chez les graduées parce qu'elles ne seraient pas en mesure de répondre aux besoins le plus en plus exigeants de la collectivité. En outre, l'insatisfaction est perçue comme une perte pour le milieu et la profession parce qu'elle ne permet pas de faire progresser la pratique des soins infirmiers. De plus, l'absence des moyens mis en place pour faciliter l'apprentissage des étudiantes constitue une contrainte car elles ne pourraient pas répondre adéquatement aux demandes du marché du travail.

De l'avis des représentantes, les notions de bénéfice significatif et d'état

d'insatisfaction sont indissociables. L'opérationnalisation du concept de besoin axé sur l'écart, l'état insatisfaisant et le bénéfice significatif font ressortir la présence d'une complémentarité entre ces deux éléments comme l'avait suggéré Roth (1978), Guba et Lincoln (1982) à la condition que les besoins soient considérés comme un tout.

Puisque la présence de ces deux éléments n'a pas permis de distinguer individuellement les besoins authentiques des simples désirs, l'auteure s'interroge sur la pertinence de la méthodologie utilisée. En effet, est-ce que le fait de demander directement aux répondantes, à l'aide d'un questionnaire, de distinguer les besoins qui représentent pour elles un bénéfice significatif, tout en les laissant en l'absence de ceux-ci dans un état d'insatisfaction, aurait permis de distinguer les besoins authentiques des simples désirs? L'auteure aurait pu en outre demander à des détenteurs d'enjeux, autres que ceux qui ont participé au processus, de définir ces deux conditions et par la suite les présenter aux répondantes de l'étude afin qu'elles puissent différencier les besoins authentiques des désirs. Cette absence de distinction peut aussi être attribuable aux répondantes elles-mêmes. Est-ce que le fait de présenter la construction améliorée à un plus grand nombre de détenteurs d'enjeux autres que ceux qui ont été impliqués dans l'étude aurait permis d'obtenir des résultats différents?

Étape IV: Mise en priorité des besoins authentiques par les détenteurs d'enjeux

Les résultats relatifs à cette dernière étape ont démontré l'importance d'inclure la priorisation des besoins authentiques dans le modèle et de répondre à la cinquième question de recherche:

4. Le modèle d'évaluation des besoins tel que modifié favorise -t- il la mise en priorité des besoins authentiques par les détenteurs d'enjeux concernés ou visés par le programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières?

Bien que Guba et Lincoln n'aient pas vu la nécessité d'inclure une étape de priorisation des besoins, plusieurs auteurs dont Kaufman (1972), Witkin (1984) et Stufflebeam (1985) considèrent cette étape comme essentielle pour faire ressortir les besoins les plus importants. Puisqu'il n'est pas toujours possible pour des raisons monétaires de recommander, lors de l'élaboration ou de la modification d'un programme, l'ajout de ressources pour répondre à tous les besoins

identifiés, il est parfois nécessaire de ne conserver que les besoins qui ont été retenus comme les plus prioritaires par les détenteurs d'enjeux. A l'encontre de Scriven et Roth, seuls les besoins futurs ont été inclus dans l'étape de priorisation. Les besoins de base étant considérés comme des besoins essentiels qui doivent être maintenus dans le programme, il n'a pas été jugé nécessaire de les inclure.

Les habiletés reconnues comme prioritaires au sein de chaque groupe et par l'ensemble des participantes se retrouvent au niveau cognitif, moteur et affectif, et s'inscrivent dans les nouvelles orientations en matière de santé. Les graduées devront mettre plus l'emphasis sur la prévention, la promotion et l'évaluation des besoins de santé de la population. Actuellement, les graduées éprouvent de la difficulté à appliquer la démarche de soins auprès d'une communauté, faute de connaissances suffisantes. Dans le futur, elles devront donc développer des habiletés au niveau de la démarche de soins, en vue de travailler en partenariat avec les membres de la communauté et les aider à identifier leurs problèmes de santé, à planifier conjointement les stratégies d'intervention à exécuter pour satisfaire leurs besoins en relation avec le phénomène qu'ils vivent. De plus, la famille doit être au centre des préoccupations des graduées. Dans le futur, celles-ci devront mettre plus l'emphasis sur l'aspect psychosocial des soins et établir une relation d'aide thérapeutique avec le client et sa famille dans le but de développer chez ces derniers des comportements adaptés à leur situation. Pour y parvenir, elles devront apprendre à reconnaître leurs limites et travailler en étroite collaboration avec les membres de l'équipe de soins. L'enseignement à la clientèle est aussi une caractéristique importante de la fonction des infirmières professionnelles, car celles-ci doivent veiller à ce que le client devienne autonome et acquière un certain contrôle sur son état de santé. Pour y parvenir, celles-ci devront être capables de faire face à leurs propres frustrations, aux échecs et au rejet de façon positive. L'atteinte de ces objectifs de soins ne sera possible qu'à la condition que les graduées possèdent une bonne capacité d'organisation, fassent preuve de créativité dans leurs interventions, respectent le client et soient capables de s'affirmer auprès des autres professionnels (les) de la santé. Pour pouvoir planifier des interventions de soins adéquates, ces dernières devront aussi être capables d'effectuer des examens physiques centrés sur la normalité. Puisque le nombre d'infirmières québécoises détenant un baccalauréat ne représente que 16% de la population infirmière (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1994), les milieux s'attendent à ce que les graduées assument un leadership afin d'être capables d'influencer et de gérer de façon constructive les changements dans un système de prestations des soins infirmiers.

Les moyens prioritaires identifiés par l'ensemble des groupes se retrouvent plus

au niveau des relations entre les universités et les milieux, suivis de près par les modifications au niveau de la structure du programme. L'évaluation des apprentissages, les méthodes pédagogiques et le soutien de la part des milieux cliniques sont ressortis dans les mêmes proportions. Ces résultats nous permettent de constater que les milieux cliniques et le personnel infirmier ne mettent pas suffisamment l'accent sur la fonction enseignement qui fait pourtant partie du mandat de tout hôpital universitaire. Il n'est donc pas surprenant que l'on recommande qu'un système de préceptorat soit mis sur pied. On a pu constater des lacunes au sein de l'enseignement, de la communication et de la relation d'aide entre les graduées, le client et sa famille. Il est donc important que dans le futur, l'accent soit mis sur la maîtrise des habiletés psychomotrices en laboratoire, sur la mise sur pied d'atelier pratique, sur l'affirmation de soi des graduées et sur l'évaluation des habiletés psychosociales lors des stages. Afin de faciliter la communication avec le client et assurer une continuité des soins, les représentantes des universités devront s'assurer que les graduées aient un niveau de maîtrise minimale du français parlé et écrit avant qu'elles ne puissent aller en stage. La réduction du ratio professeure/étudiantes dans les stages et la reconnaissance de la part des milieux de la force curative de la relation d'aide dans les interventions de soins ne pourraient que favoriser l'acquisition de ces habiletés chez les graduées. Celles-ci seraient mieux outillées pour satisfaire les besoins multiples de la clientèle, faire de la prévention et de la promotion auprès des individus, des familles et des communautés. La possibilité de faire des examens physiques auprès d'une clientèle de tout âge leur permettrait d'identifier les besoins de santé, de planifier et d'offrir des soins en collaboration avec le client. L'université devrait en outre développer des mécanismes pour permettre aux graduées de gérer leur stress dans les cours et lors des stages. Les milieux devraient être plus conciliants envers les graduées lorsqu'elles arrivent sur le marché du travail et ne pas s'attendre à ce qu'elles performant comme si elles avaient 10 ans d'expérience.

Comme on pouvait s'y attendre, les participantes dans chaque groupe respectif ont priorisé les moyens en fonction du rôle qu'elles ont à jouer au sein des institutions. Les graduées ont centré leur attention sur l'amélioration des méthodes pédagogiques dans les cours et dans les stages; les professeures se sont attardées plus particulièrement à la structure du programme en vue de favoriser l'apprentissage chez les graduées; les administratrices ont surtout mis l'accent sur les relations qu'elles doivent entretenir avec les milieux de stage pour faciliter l'opérationnalisation du programme. Les cliniciennes des milieux hospitaliers, du fait qu'elles reçoivent le plus grand nombre de stagiaires, ont plus insisté sur les relations entre le milieu et l'université tout en reconnaissant l'importance de l'évaluation des habiletés psychosociales.

Les représentantes des milieux communautaires se sont centrées sur des éléments de la structure du programme qui pouvaient avoir un impact sur le développement personnel et la connaissance de soi des graduées, sur leur apprentissage et sur le développement de mécanismes de contrôle pour éviter que les étudiantes qui ont des problèmes d'ordre psychologique ou affectif puissent continuer leur formation à court terme. Elles ont aussi considéré les méthodes pédagogiques et l'évaluation des apprentissages qui influenceraient la maîtrise des habiletés psychosociales et son intégration au sein des équipes multidisciplinaires.

Ces résultats ont confirmé qu'il est préférable, pour avoir une vue d'ensemble du programme, de joindre les groupes lors de la priorisation des moyens afin d'éviter que chacun privilégie ceux qui sont reliés à leur rôle au sein du programme.

Les études empiriques

A notre connaissance, il n'existe aucune évaluation systématique des besoins des étudiantes au sein d'un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières. Il nous apparaît donc impossible de comparer les résultats de la présente recherche à ceux de d'autres études empiriques.

Toutefois, il nous apparaît opportun de faire état de certaines enquêtes effectuées par la Corporation des infirmières et infirmiers du Québec (1989) et l'Association des hôpitaux du Québec (1988). Ces dernières sont parvenues à des résultats similaires à la présente étude. Nous constatons en effet, que les habiletés identifiées dans la présente recherche viendraient combler certaines lacunes au sein des programmes universitaires telles que rapportées par la Corporation des infirmières et infirmiers du Québec (1989) à savoir: tenir compte des besoins de santé de la population; tenir compte des nouvelles orientations gouvernementales, du mouvement mondial de la santé en l'an 2000 pour les soins de santé primaire et du rôle professionnel de l'infirmière dans un contexte de santé et non de maladie. En effet, l'accent dans la formation sur l'identification des besoins de santé en collaboration avec la clientèle cible, sur leur implication lors de l'élaboration des stratégies et des moyens susceptibles d'améliorer leur qualité de vie, favorisera l'accroissement de l'autonomie de la clientèle dans l'atteinte d'un état de santé optimale. De plus, l'ensemble des habiletés de performance tant au niveau cognitif, moteur qu'affectif que les représentantes des graduées et des institutions requièrent des graduées devraient préparer celles-ci à intervenir auprès des différentes clientèles cibles (individu, famille, groupe, communauté) qui présentent des situations de santé de plus en plus aiguës et complexes dans une société multiethnique dont la

moyenne d'âge augmente constamment.

Il est à noter que la formation n'assure pas à elle seule un niveau élevé de compétence professionnelle; le contexte organisationnel des services de santé, les modes de dispensation des soins et la collaboration université-milieus tels que mentionnés par les répondantes sont des facteurs qui influencent la capacité de la graduée d'actualiser ses compétences professionnelles dans un contexte multidisciplinaire. Le même phénomène avait été constaté en 1988 par la Corporation des infirmières et infirmiers du Québec et par Johnson en 1989. Devant l'ampleur des exigences requises de la part des infirmières graduées pour travailler à titre d'infirmières professionnelles, toutes les participantes ont constaté que la durée du programme actuel était nettement insuffisante pour pouvoir répondre aux besoins de la société. Elles suggèrent un ajout d'une année académique, incluant un stage d'internat. Cette recommandation vient renforcer la position des directrices des soins infirmiers et de l'association des hôpitaux qui en étaient arrivées aux mêmes conclusions en 1987 et en 1988.

I.C. Les implications pratiques

Les implications pratiques sont nombreuses et s'adressent aux évaluateurs qui effectuent l'évaluation des besoins ainsi qu'à l'ensemble des groupes de détenteurs d'enjeux.

1. Pour les évaluateurs qui effectuent l'évaluation des besoins

L'application de ce nouveau modèle d'évaluation des besoins a mis en évidence la relation constante entre l'évaluateur et les détenteurs d'enjeux. A cet égard, la présente recherche devrait sensibiliser les évaluateurs à l'importance de donner l'opportunité aux participants de définir ce que signifie pour eux le concept de besoin afin d'éviter toute confusion dans l'esprit des participants.

Lors d'une évaluation des besoins, l'évaluateur devrait privilégier des méthodes de collecte de données telle l'entrevue de groupe (focus group) qui favorise l'expression de nouveaux besoins par les détenteurs d'enjeux en ne les astreignant pas à identifier des besoins à partir d'une liste pré-établie qui provient de données tirées de la littérature ou de données véhiculées par l'évaluateur. De plus, ces méthodes permettent de tenir compte du contexte socio-économique et politique qui prévaut lors de l'évaluation des besoins.

L'évaluateur devrait permettre aux détenteurs d'enjeux d'identifier des besoins tant au niveau des habiletés de performance que des moyens afin de favoriser

l'acquisition de ces habiletés. Dans ce contexte, les moyens privilégiés seraient en lien direct avec les habiletés identifiées lors du processus. L'auteure suggère par contre, que les moyens ne soient pas inclus lors de l'étape d'identification des écarts, car ceux-ci représentent des solutions ou des interventions qui devront être mis en place pour favoriser l'atteinte future des habiletés de performance par les détenteurs d'enjeux.

La grandeur d'un écart significatif devrait toujours être déterminée par les détenteurs d'enjeux car ce sont eux qui vont faire la distinction entre les habiletés actuellement maîtrisées au sein du programme et celles qui devront l'être dans le futur. De plus, il est primordial que cette phase soit conservée selon l'ordre établi dans ce modèle, car s'ils avaient l'opportunité d'assigner cette valeur après l'identification des états cibles, il y aurait un danger que ceux-ci retiennent une valeur qui leur permettrait d'assigner ces états cibles dans la catégorie des besoins de base plutôt que dans celle des besoins futurs ou vice-versa.

La différenciation entre les besoins de base et les besoins futurs devrait être incluse lors de toute évaluation des besoins afin non seulement d'identifier les habiletés qui doivent continuer à être maîtrisées au sein du programme, mais également celles qui devront l'être dans le futur pour répondre aux besoins des personnes ou des organismes qui sont visés par le programme.

L'inclusion de tous les auditoires concernés par le programme lors de l'évaluation des besoins permettra par la suite, lors de la planification ou de la modification de ce dernier, de répondre aux besoins de l'ensemble des personnes et des organismes concernés. Présentement, nous ne pouvons recommander à cause des faiblesses méthodologiques mentionnées précédemment d'éliminer l'étape de vérification de l'authenticité des besoins. De plus, les détenteurs d'enjeux devront être regroupés lors de l'étape de priorisation des besoins futurs afin d'avoir une vue d'ensemble du programme.

2. Pour les groupes de détenteurs d'enjeux concernés par la formation universitaire des infirmières professionnelles.

Les besoins croissants et diversifiés de la population d'aujourd'hui exigent des infirmières professionnelles qu'elles soient de plus en plus autonomes et qu'elles collaborent avec les autres professionnels (les) pour assurer une meilleure qualité de vie aux individus qui la composent. Par conséquent, elles doivent développer certaines habiletés complémentaires à leur formation pour être capables de répondre à l'ensemble de ces besoins. Actuellement, les programmes

de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières ne préparent pas adéquatement les graduées à répondre aux besoins de la clientèle, de la famille et des communautés dans un contexte de santé primaire. L'accent devra être mis plus particulièrement sur l'acquisition de connaissances en communication et en relation d'aide et la maîtrise de ces habiletés auprès du client et de sa famille. Une plus grande importance devra être accordée à la prévention et à la promotion de la santé au sein des programmes, et ce autant auprès du client que de la communauté. Les difficultés économiques qui prévalent actuellement auront certainement une influence sur la décision du gouvernement de continuer à dispenser la formation infirmière au niveau universitaire. Les graduées devront donc, dans le futur, faire preuve de plus de leadership au sein de la population et démontrer qu'elles peuvent dispenser des soins de qualité. Elles devront développer un meilleur esprit de solidarité entre elles et travailler en partenariat avec les membres de la communauté et les autres professionnels (les) de la santé afin de favoriser l'autonomie et l'autodétermination de la clientèle en matière de santé. Elles doivent donc percevoir le client comme un être holistique en constante interaction avec son environnement. De plus, le caractère multiculturel de notre société oblige les infirmières professionnelles à modifier leurs approches de soins traditionnelles et à être ouvertes à la diversité.

L'acquisition et la maîtrise de ces habiletés ne seront possibles qu'à la condition que les milieux universitaires et les milieux cliniques collaborent pour favoriser le transfert des connaissances et une meilleure intégration des étudiantes lors des stages. De plus, les administratrices et les professeures devront modifier les structures, le contenu du programme et les méthodes pédagogiques actuelles pour faciliter l'apprentissage des étudiantes. Devant l'ampleur des nouvelles habiletés requises des graduées, il serait préférable que le programme s'échelonne sur une plus longue période et inclut un internat de spécialisation.

CONCLUSION

Les buts de cette recherche étaient, en premier lieu, d'adapter et de valider un modèle d'évaluation des besoins et, en second lieu, d'identifier les besoins des détenteurs d'enjeux concernés ou visés par un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières. Cette étude constitue en fait une première étape de validation; il sera nécessaire d'effectuer d'autres études pour évaluer la pertinence de toutes les étapes du modèle.

La recension des écrits en sciences infirmières et en éducation a montré qu'aucun auteur n'a tenté d'identifier des besoins en prenant en considération les valeurs des détenteurs d'enjeux concernés ou visés par un programme de formation tout en tenant compte du contexte local. De plus, l'analyse du concept de besoin a permis de constater qu'aucun auteur n'a tenté jusqu'à présent d'opérationnaliser la définition de Guba et Lincoln (1982) basée sur les notions d'écart de Kaufman (1972), du bénéfice significatif et de l'état d'insatisfaction de Scriven et Roth (1978). En 1982, Guba et Lincoln ont élaboré les grandes lignes d'un processus d'évaluation des besoins centré sur la notion d'écart, du bénéfice significatif et de l'état insatisfaisant sans tenter toutefois de l'opérationnaliser. La présence de certaines faiblesses au sein de ce processus a incité l'auteure à faire plusieurs modifications et à procéder à sa validation auprès des détenteurs d'enjeux concernés ou visés par un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières. Le modèle tel que modifié prend en considération les valeurs des détenteurs d'enjeux tout en tenant compte du contexte local dans lequel se déroulait l'évaluation des besoins.

La validation du modèle d'évaluation des besoins a été effectuée à l'aide d'entrevues de groupe (focus group), de questionnaires, de l'approche herméneutique et de la méthode d'échelonnage d'estimation de l'amplitude. Cinq groupes de détenteurs d'enjeux ont été consultés lors du processus de validation: les administratrices, les professeures, les représentantes des milieux hospitaliers et communautaires ainsi que les graduées d'un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières. Les résultats ont fait ressortir l'importance pour les participantes d'identifier dès le début du processus les domaines sur lesquels porteraient l'évaluation des besoins. Les quatre domaines retenus se situent au niveau des habiletés cognitives, motrices, affectives et des moyens requis pour atteindre la maîtrise de ces habiletés dans le futur. La définition du "niveau minimal" par les participantes, en fonction des perspectives

idiographique et nomothétique, a permis d'éviter toute source d'ambiguïté lors des étapes ultérieures. De plus, l'assignation d'une grandeur de l'écart entre l'état cible et l'état actuel qu'elles considèrent comme significative a favorisé l'expression de leurs valeurs évitant ainsi que cet écart soit défini de façon arbitraire par l'évaluateur. Il nous apparaît donc important de conserver cette phase selon l'ordre présenté dans le modèle. L'identification des états cibles par les participantes lors de la phase 3 a favorisé l'expression de leurs valeurs tout en tenant compte des nouvelles tendances dans les demandes de services des usagers. Les répondantes ont identifié des habiletés communes; cependant, certaines habiletés tant au niveau cognitif, moteur qu'affectif sont ressorties en fonction de leur milieu de travail respectif et de la clientèle qu'elles desservent. Les graduées ont pour leur part identifié des états cibles qui sont plus reliés au contrôle de leur apprentissage.

La distinction entre les besoins de base et les besoins futurs en fonction des deux perspectives a fait prendre conscience aux répondantes que certaines habiletés cognitives, motrices et affectives sont actuellement peu ou pas maîtrisées par les graduées qui terminent le programme. Par contre les habiletés qui sont très bien maîtrisées par les graduées devront continuer à l'être dans le futur. L'inclusion des moyens au sein de cette étape ne s'est pas avérée essentielle, car ceux-ci sont en fait des solutions ou des interventions qui devront être mises de l'avant afin de permettre aux graduées d'acquérir les habiletés additionnelles et de travailler à titre d'infirmières professionnelles.

L'étape 3 fondée sur le bénéfice significatif et l'état insatisfaisant n'a pas permis de vérifier l'authenticité des besoins identifiés. L'impossibilité de discerner les besoins authentiques des besoins potentiels peut être attribuable en partie à la méthodologie utilisée ou à la sélection des répondantes lors de cette étape. Elle a cependant confirmé la nécessité de conserver l'ensemble des habiletés et des moyens identifiés par les participantes en vue de permettre aux graduées de travailler à titre d'infirmières professionnelles.

La mise en priorité des besoins a fait ressortir des éléments communs au sein des différents groupes de détenteurs d'enjeux qui interviennent dans le programme. L'accent devra être mis dans le futur, sur l'acquisition des connaissances et sur la maîtrise des habiletés en communication et en relation d'aide auprès des individus, des familles et des communautés. Les nouvelles orientations en matière de santé requièrent que les graduées centrent plus leurs interventions sur la prévention et la promotion de la santé auprès de cette clientèle. Il est surprenant de constater que dans aucun des groupes la population des personnes âgées n'a été mentionnée. Pourtant, les statistiques démontrent que la population québécoise est de plus en plus âgée (Bureau de la statistique du

Québec, 1995), qu'elle a des problèmes de santé très complexes et qu'elle nécessitera des soins en vue de leur assurer une meilleure qualité de vie. Les graduées devront faire plus d'enseignement auprès de la clientèle et apprendre à travailler plus en partenariat avec les familles, les membres de la communauté et les autres professionnels (les) de la santé. Elles devront également montrer plus de leadership si elles veulent avoir un plus grand impact au sein du système de prestations des soins.

I.A. Limites de l'étude

Les représentantes des cinq groupes que nous avons sélectionnées proviennent de la région métropolitaine de Montréal et ne sont pas nécessairement représentatives de l'ensemble des infirmières en exercice et des graduées de la province du Québec.

L'utilisation d'un échantillonnage raisonné ne nous permet pas de généraliser nos résultats à l'ensemble de la population infirmière. En outre, compte tenu du petit nombre de répondantes dans chaque groupe, l'auteure est consciente de la perte de précision encourue lors de l'analyse des écarts ainsi que lors de la priorisation des besoins.

I.B. Recommandations

Cette étude constitue une première validation du modèle d'évaluation des besoins auprès des détenteurs d'enjeux concernés ou visés par un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières. De plus, on a constaté que ce modèle tient compte des valeurs des répondantes ainsi que du contexte local dans lequel s'est déroulé l'évaluation des besoins. L'auteure recommande que d'autres recherches soient effectuées pour poursuivre le processus de validation.

La méthodologie utilisée lors de la validation de ce modèle n'ayant pas permis de discerner les besoins authentiques par rapport aux besoins potentiels, plusieurs suggestions sont formulées par l'auteure. Lors de l'étape de vérification un questionnaire regroupant tous les besoins potentiels identifiés par les détenteurs d'enjeux se soit distribué à ces derniers; ils devraient alors sélectionner les besoins qui représentent un bénéfice significatif pour eux tout en les laissant, en l'absence de ceux-ci, dans un état d'insatisfaction. Des détenteurs d'enjeux, autres que ceux qui participent au processus, pourraient définir ce que représentent pour eux un bénéfice significatif et un état d'insatisfaction. Par la suite, la construction améliorée serait présentée aux

répondants initiaux afin qu'ils puissent discerner les besoins authentiques des besoins potentiels. Une dernière alternative pourrait être envisagée; la construction améliorée serait présentée à des détenteurs d'enjeux autres que ceux qui l'ont formulée et en un nombre plus élevé afin de sélectionner les besoins authentiques.

Lors d'une seconde validation du modèle, les moyens ne devraient pas être inclus lors de la phase de définition du niveau "minimum", car ils représentent des solutions ou des interventions qui devront être mises en place dans le futur pour favoriser l'atteinte des habiletés de performance. De plus, l'inclusion des moyens lors de la phase d'identification des besoins de base versus les besoins futurs devrait aussi être éliminée pour les mêmes raisons.

Afin de permettre une plus grande utilisation de ce modèle d'évaluation des besoins, une étude pourrait être entreprise auprès d'une autre population pour vérifier son application dans un domaine autre que l'éducation.

La validation des habiletés retenues dans la présente recherche auprès d'un plus grand échantillon aléatoire permettrait de vérifier si les habiletés identifiées lors de cette étude seraient sensiblement les mêmes qui seraient requises des infirmières pour travailler au Québec à titre d'infirmières professionnelles en plus de répondre aux besoins de la clientèle (individu, famille et communauté).

Les lacunes présentes au sein de ces types de programme de formation nous laissent entrevoir la possibilité que la population ne reçoit pas les soins qu'elle est en droit de recevoir; il est donc urgent que les universités en collaboration avec les milieux cliniques se penchent sur le contenu des programmes universitaires de formation initiale et s'assurent que les graduées possèdent les habiletés requises pour travailler à titre d'infirmières professionnelles.

RÉFÉRENCES

Alkin, M.C. & Fitzgibbon, C.T. (1975). Methods and theories of evaluating programs. Journal of Research and Development in Education, 8 (3), 1-15.

Association des hôpitaux du Québec (avril 1988). L'infirmière force vive du centre hospitalier. Montréal.

Beach, E.K. (1982). Johari's window as a framework for needs assessment. Journal of Continuing Education in Nursing, 13 (3), 28-32.

Bureau de la statistique du Québec (1995). Le Québec statistique (60th ed.). Sainte-Foy: Les Publications du Québec.

Buttram, J.L. (1990). Focus group. A starting point for needs assessment. Evaluation Practice, 2 (3), 207-212.

Calder, B.L. (1986). Perceptions of staff nurses' perinatal continuing education needs. Nursing Papers, 18 (3), 17-30.

Chatham, M.A. (1979). Discrepancies in learning needs are being assessed? The Journal of Continuing Education in Nursing, 10 (5), 18-22.

Coffing, R.T. (1977). Client needs assessment. Dans G. Zaltman, D.H. Florio & L.A. Sikorski, Dynamic Educational Change (pp. 182-220). London: Collier Macmillan Publishers.

Cookfair, J.M. (1983). An assessment to be used in the development of a graduate level curriculum in nursing: A case study approach. Dissertation Abstracts International, 44 (05), 1314A. (University Microfilms No. DA8320308).

Curran, C.L. (1977). Factors affecting participation in continuing education activities and identified learning needs of registered nurses. The Journal of Continuing Education in Nursing, 8 (4), 17-22.

Dell, D.R. (1974) Magnitude Estimation Scaling in Needs Assessment. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, Chicago.

Derdiarian, A.K. (1979). Education: a way to theory construction in nursing. Journal of Nursing Education, 18, 36-47.

Direction générale de l'enseignement collégial (Mars 1987). Cahier de l'enseignement collégial 1987-1988. Québec, 1-125.

Directrices des programmes universitaires de sciences infirmières (1986). Commentaires à la commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, Association canadienne des écoles universitaires de nursing, région Québec. Partie II. Montréal.

Directrices des programmes universitaires & l'Association des collèges universitaires du nursing-région Québec (1986). Commentaires à la commission sur les services de santé et les services sociaux. Partie III: commentaires et recommandations. Montréal, 1-9.

Directrices des soins infirmiers du Québec (Novembre 1987). Le point de vue des directrices des soins infirmiers sur le rapport du comité d'étude sur la main d'oeuvre en soins infirmiers. Montréal, 4-7.

Dulong, C. (1980). Description actuelle et prévisible de la fonction du travail de l'infirmière. Québec: Direction générale de l'enseignement collégial.

Freese, B.T. (1989). Application of a formative transactional evaluation model with the South Carolina professional nursing competencies. Dissertation Abstracts International, 50 (06), 1542A. (University Microfilms No. DA8919284).

Getzels, J.W., & Guba, E.G. (1957). Social behavior and the administrative process. School Review, 65, 423-441.

Grenier, R. (1988). Etude comparative de cinq méthodes de mise en priorité des besoins. Thèse de doctorat non publiée, Université Laval, Québec, Canada.

Groupe régional des directeurs de soins infirmiers des régions 06 (15 mars, 1990). Lettre adressée à la doyenne de la Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Guba, E.G. (1987). Naturalistic evaluation. New Directions for Program Evaluation, 34, 23-43.

Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1981). Effective evaluation. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Guba, E.G., & Lincoln, Y.S. (1982). The place of values in needs assessment. Educational Evaluation and Policy Analysis, 4 (3), 311-320.

Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1989). Fourth generation evaluation. Newbury Park, CA.: Sage.

Hamdane, K. (1990). Analyse de la convergence des besoins résultant de l'application de trois méthodes de mesure de besoins dans le secteur de l'éducation. Thèse de doctorat non publiée, Université Laval, Québec, Canada.

Hamilton, D.L. (1972). Battelle survey of educational needs. Columbus, Ohio: Center for Improved Education Battelle Memorial Institute. (Eric Document Reproduction Service No. ED 009 882).

Harless, J.H. (1975). An ounce of analysis (Is worth a pound of objectives). McLean, Va.: Harless Performance Guild.

Hershkowitz, M. (1973). A regional ETV network: Community needs and system structure. Technical report No. 791, Prepared for regional education service agency of Appalachian Maryland, Silver Spring, Md.

Hill, B.A. (1989). The development of a master's degree program based on perceived future practice needs. Journal of Nursing Education, 28 (7), 307-313.

Hill, D. & Zitney, D. (1992). Practising fourth generation evaluation. Paper presented at the conference of the American Evaluation Association, Seattle.

Hoepfner, R., Bradley, P.A., Klein, S.P., Alkin, M.C. (1972). A guidebook for CSE/Elementary school evaluation kit: Needs assessment. Boston: Allyn & Bacon.

Huot, A. (1982). Analyse des besoins de formation en technique de réadaptation. Thèse de maîtrise non publiée, Université de Montréal, Montréal, Canada.

Hurteau, M. (1984). Essai d'un modèle naturaliste dans l'évaluation du certificat de relations industrielles. Thèse de doctorat non publiée, Université Laval, Québec, Canada.

Jackson, R. (1980). Application of a conceptual model of evaluation in a graduate program in nursing education: A case study. Dissertation Abstracts International, 41 (08), 3402A (University Microfilms no. DA8103888).

Johnson, J.H. (1988). Differences in the performance of associate degree and diploma nurses: A meta analysis. Nursing and Health, 11, 183-197.

Kaufman R.A. (1972). Educational system planning. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Kaufman, R.A. (1979). Achieving useful results: Beyond performance and instruction. NSPI - Journal, 18, (10), 4-8.

Kaufman, R.A. (1988). Planning educational systems: A results based approach. Lancaster: Technomic.

Kaufman, R.A., & Stakenas, R.G. (1981). Needs assessment and holistic planning. Educational Leadership, 38 (8), 612-616.

Kaufman, R.A., & English, F.W. (1979). Needs assessment, concept and application. Englewood Cliffs, N.J.: Educational Technology Publications.

Krueger, R.A. (1988). Focus groups: A practical guide for applied research. Newbury Park, CA.: Sage.

Kuzel, A.J. (1992). Sampling in qualitative inquiry. Dans B.F. Crabtree & W.L. Miller (Eds.), Research methods for primary care: Vol. 3. Doing qualitative research. (pp. 31-44). Newbury Park, Ca.: Sage.

Kvale, S. (1983). The qualitative research interview: A phenomenological and a hermeneutical mode of understanding. Journal of Phenomenological Psychology, 14 (2) 171-196.

Lang, L.W. (1984). The design and application of an evaluation model for nursing curricula. Dissertation Abstracts International, 45 (08), 2377A. (University Microfilms No. DA8424310).

Lapointe, J. (1981). Analyse qualitative des besoins en formation et perfectionnement des maîtres et du personnel dans le domaine de la technologie éducative à l'université Laval. Québec: Université Laval, Department de technologie de l'enseignement.

L'Ecuyer, R. (1988). L'analyse de contenu: notion et étapes. Dans J.P. Deslaurier, Les méthodes de la recherche qualitative. Québec: Presses de l'université du Québec.

Lee, W.S. (1973). The assessment, analysis and monitoring of educational needs. Educational Technology, 13 (4), 28-32.

Lodge, M.B. (1981). Magnitude scaling. Quantitative measurement of opinion. Quantitative application in the social sciences, No. 07-025. Beverly Hills, Ca.: Sage.

Long, J.M. (1983). Identification et analyse des besoins de perfectionnement dans le cadre d'une approche systémique pour la formation continue des enseignants: le cas des enseignants du Nouveau-Brunswick. Thèse de doctorat non publiée, Université Laval, Québec, Canada.

Morgan, D.L. (1988). Focus groups as qualitative research. Newbury Park, CA.: Sage.

Nadeau, M.A. (1988). L'évaluation de programme, théorie et pratique. Québec: Les Presses de l'université Laval.

National League for Nursing (1983). The criteria for the evaluation of baccalaureate and higher degree programs in nursing. New York: National League for Nursing.

Northern California Program Development Center and the Commission on Educational Planning, Phi Delta Kappa (1972). Educational goals and objectives: A model program for community and professional involvement. Bloomington, Indiana: Phi Delta Kappa.

Ödman, P.J. (1988). Hermeneutics. Dans J.P. Keeves (Eds.), Educational research, methodology, and measurement, an international handbook (pp. 63-70). Toronto: Pergamon Press.

Okunewick, S.C. (1985). Baccalaureate nursing education programs: Meeting the needs of non traditional students. Dissertation Abstracts International, 46 (09), 2575A. (University Microfilms No. DA8524089).

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1989). L'urgence des choix. Montréal: O.I.I.Q..

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (Janvier 1989). La nécessité d'une formation universitaire pour l'admission à la profession d'infirmière et d'infirmier. Montréal: O.I.I.Q..

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1989). Projet 2000: Le baccalauréat pour l'admission à la profession d'infirmière ou d'infirmier en vue de la santé pour tous. Montréal: O.I.I.Q..

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1994). Statistiques relatives aux infirmières et infirmiers inscrits au tableau au 31 mars. Montréal: O.I.I.Q.

Patton, M.Q. (1987). How to use qualitative methods in evaluation. Newbury Park, Ca.: Sage.

Patton, M.Q. (1990). Qualitative evaluation and research methods. (2th. ed.). Newbury Park, Ca.: Sage.

Peterson, R., & Uhl, N. (1972). Institutional goals inventory. Princeton, N.J.: ETS College and University Programs. (ERIC Document Reproduction Service No. EA 009 882).

Phi Delta Kappa (1972). Educational goals and objectives a model for community and professional involvement. Bloomington, IN: Commission on Educational Planning.

Porter, A.L. (1987). A clinical ladder system in nursing: A program evaluation. Dissertation Abstracts International, 48 (08), 2266B. (University Microfilms No. DA8723702).

Pourtois, J.P. & Desmet, H. (1988). Epistémologie et instrumentation en sciences humaines. Liège: Pierre Mardaga.

Provus, M. (1971). Discrepancy evaluation. Berkeley, CA.: McCutchan Publishing Corporation.

Redding, B.A. (1982). Formative evaluation of the secondary care sequence of a competency-based baccalaureate program in nursing. Dissertations Abstracts International, 44 (02), 457B. (University Microfilms, No. DA8313683).

Richardson, S. & Sherwood, J. (1983). Non-degree continuing nursing education needs of Alberta's registered nurses. Edmonton, Alberta: University of Alberta.

Roth, J.E. (1978). Needs and the needs assessment process. Evaluation News, 5, 15.

Roth, J.E. (1978). Theory and needs assessment with special application to institutions of higher learning. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Berkely, California.

Sarnecky, M.T. (1990). Program evaluation Part 2: A responsive model proposal. Nurse Educator, 15 (6), 7-10.

Schneeberger, B. (1984). Registered nurses in generic baccalaureate programs of nursing in New York State: Learning needs assessment as a basis for curriculum development and/or curriculum revitalization. Dissertation Abstracts International, 45 (03), 741A. (University Microfilms No. DA8411486).

Schwirian, P.M. (1976). Prediction of successful nursing performance. Hyattsville, Maryland: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.

Scriven, M. (1991). Evaluation thesaurus (4th ed.). Inverness, Ca.: Edgepress.

Scriven, M., & Roth, J. (1977). Special feature: Needs assessment. Evaluation News, 2, 25-28.

Scriven, M., & Roth, J. (1978). Needs assessment: Concept and practice. New Directions for Program Evaluation, 1, 1-11.

Scriven, M., & Roth, J. (1990). Special feature: needs assessment. Evaluation Practice, 11 (2), 135-140.

Sécor. (Septembre 1979). Les infirmières et infirmiers québécois: leurs attitudes, leurs attentes et leur satisfaction professionnelle. Montréal: Marcel Côté.

Smith, J.O., Ross, G.R., Smith, I.K. (1980). Statewide continuing education needs assessment in nursing: The SNAP system. The Journal of Continuing Education in Nursing, 11 (4), 40-45.

Smith, K.F. (1988). A needs assessment model for classroom and system-wide curriculum development. Dissertation Abstracts International, 49 (07), 2757B (University Microfilms No. DA8816377).

Sobeco Inc. (Novembre 1984). Rapport de recherche concernant les infirmières et infirmiers et les infirmières (ers) auxiliaires du réseau des affaires sociales. Montréal.

Stake, R.E. (1967). The countenance of educational evaluation. Teachers College Records, 68, 523-540.

Stake, R.E. (1973). The countenance of educational evaluation. Dans B. Worthen & J. Sanders (Eds), Educational evaluation theory and practice (pp. 106-127). Worthington, Ohio: Charles A. Jonels.

Stewart, D.W., & Shamdasani, P.N. (1990). Focus groups: Theory and practice. Newbury Park, Ca.: Sage.

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. Newbury Park, CA.: Sage.

Stufflebeam, D.L., Foley, W.J., Gephart, W.J., Guba, E.G., Hammond R.I., Merriman, H.O., Provus, M.M. (1971). Educational evaluation and decision making. Itaska, ILL.: Peacock.

Stufflebeam, D.L., McCormick, C.H., Brinkerhoff, R.O., Nelson, C.O. (1985). Conducting educational needs assessments. Boston: Kluwer-Nijhoff.

Swenson, M.M. (1991). Using fourth-generation evaluation in nursing. Evaluation and the Health Professions, 14 (1), 79-87.

Tyler, R.W. (1949). Basic principles of curriculum and instruction. Chicago, Illinois: University of Chicago Press.

Tesch, R. (1993). Textbase alpha user's manual. Desert Hot Springs, CA.: Qualitative Research Management.

Vaillancourt, M. (1993). Évaluation des besoins éducationnels en ergonomie au sein de la formation professionnelle en physiothérapie. Thèse de doctorat non publiée, Université du Québec à Hull, Hull, Canada.

Wanamaker, G. (1986). State of the art of alpha and beta needs assessment models in 1983. Dissertation Abstracts International, 47 (09), 3302A. (University Microfilms No. DA8700535).

Westinghouse Learning Corporation (1973). Westinghouse survey. Iowa City, Iowa: Westinghouse Learning Corporation.

Witkin, B.R. (1975). Communication strategies in public policy decision making: An analysis of processes in major needs assessment models from a systems point of view. Paper presented at annual meeting of International Communication Association, Chicago, IL. (Eric Document Reproduction Service No. ED 120 848)

Witkin, B.R. (1984). Assessing needs in educational and social programs. San Francisco, Ca.: Jossey-Bass.

Worthen, B.R., & Sanders, J.R. (1973). Educational evaluation: Theory and practice. Worthington, Ohio: Charles A. Jones.

Yuskiewicz, V.D. (1980). Educational needs assessment: A systematic method for determining educational need of instructional programs. Nazareth, Pennsylvania: Colonial Northampton Intermediate Unit. (ERIC Document Reproduction Service No. ED 196 136).

APPENDICE A

TEXAS A&M UNIVERSITY

201

COLLEGE OF EDUCATION
COLLEGE STATION, TEXAS 77843-4226

Department of
EDUCATIONAL ADMINISTRATION

Room 222
M. T. HARRINGTON EDUCATION CENTER
Phone (409) 845-2716

May 14, 1992

Ms. Monique Lebreque
Dept. Sc. Humaines
Universite du Quebec a Hull
Case postale 1250, succursale B
Hull, Quebec J8X 3X7
CANADA

Dear Ms. Lebreque:

Please forgive me for taking so long to get back to you. I'm afraid things have been rather busy since I last saw you, and of course, we are, as you probably are, in the midst of the end-of-the- semester flurry: grades, final exams, and the like.

In fact, I'm not certain that I understand all your questions or can answer them, but I'll see if anything I can do will be helpful.

1. With respect to whether or not we've ever operationalized the Needs Assessment Model: no, actually. We were never very interested in needs assessment save as a theoretical concern related to the practice of evaluation -- and concomitantly, in response to great concern over needs assessment throughout the evaluation community back in the early 80s. But the "operation" of our needs assessment model would closely parallel that of a fourth generation evaluation, the process steps for which are laid out in a table in *FOURTH GENERATION EVALUATION*, Guba and Lincoln, Sage Publications, 1989. In this book, you would find the processes for what we now term a "hermeneutic dialectic" which is necessary for needs

assessment within our paradigm. That would be the closest we could come to any operationalization.

2. While we do not personally prioritize needs, we certainly see their prioritization as critical. The prioritization is done by collecting all projected needs, assembling them in a questionnaire/survey format, and permitting all stakeholders (via survey) to indicate their own priorities (since presumably, as targets of the proposed interventions, they will have their own ideas about highest priority needs, second-order priorities, third-order priorities, etc.). The naturalistic/constructivist evaluator never presumes to tell target groups what s/he believes their needs are; rather, s/he informs them of the possibilities for needs being met, and allows stakeholders and target groups to nominate their own priorities (assuming, once again, limited resources and therefore, some needs remaining unmet).

3. You say: "You indicate that the audience can identify target states; what happens to the planning of the subsequent stages if the individuals or community representatives selected target states which were different from those selected by the audience?" I'm not certain that I understand this question, but if I do, then I would have to respond in this way: the audience is that group which is to be affected most by having its needs met or unmet. Their community representatives have as their responsibility being responsive to their constituencies' needs, and the target states -- while always open to negotiation -- must ultimately be the responsibility of the target audience, or those for whom the intervention is originally designed, and who have the unmet needs.

4. With respect to Scriven's maintenance and incremental needs, yes, I do believe it is possible to incorporate the two into our model, but they could probably best be viewed as if on a continuum, with maintenance being at the low end, and incremental being at the higher end.

I am not certain if these answers are responsive to your questions. We have truly not done very much work at all since the early A.E.R.A. paper which you are undoubtedly referencing, having spent the majority of our time on evaluation practice itself, and theories of evaluation usage which abandon traditional positivist formulations. Thus, we have more or less ignored since the early 80's any work in needs assessment. This may be a serious omission on our parts, but it was simply not where our major research and theoretical interests lay.

I trust this will be of some help to you.

Cordially,



Yvonna S. Lincoln
Professor of Higher Education

APPENDICE B

Ottawa, Ontario
Mai, 1993

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Chère madame,

Dans le cadre d'un projet de thèse doctorale, à la faculté d'éducation de l'Université d'Ottawa, j'ai sollicité votre participation afin de valider un modèle d'évaluation des besoins des différents détenteurs d'enjeux concernés par un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières. La méthodologie utilisée dans cette recherche nécessitera de votre part, de participer à trois entrevues de groupe d'une durée de 30 minutes à 2 heures chacune en plus d'une entrevue individuelle d'environ 1 heure. Vous aurez également à remplir deux questionnaires qui exigeront respectivement 30 minutes de votre temps.

Votre participation est volontaire. Si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez le faire en tout temps sans que cela ne vous cause aucun préjudice.

Je sollicite également votre permission d'enregistrer l'entrevue individuelle et les entrevues de groupe. Afin d'assurer l'anonymat, je remplacerai votre nom par un pseudonyme sur les enregistrements, les transcriptions et les notes prises lors des entrevues. Un numéro connu seulement par l'investigatrice sera assigné aux questionnaires. Je m'engage à conserver les données sous clé et à détruire les enregistrements lorsque la recherche sera terminée. La confidentialité des données sera respectée lors de la rédaction du rapport final. Le nom de votre institution ne sera pas inclus dans le rapport final.

Si vous avez des questions ou des commentaires relatifs à votre participation à cette recherche, n'hésitez pas à me contacter au (819) 595-2274 ou à contacter mon directeur de thèse, Marc Richard, Ph.D. au (613) 564-7732. Si vous désirez obtenir une copie des résultats de cette recherche, je me ferai un plaisir de vous la faire parvenir.

Si vous acceptez de participer à la recherche veuillez s'il vous plaît remplir et signer le présent formulaire et le faire parvenir à l'adresse suivante:

Faculté d'Éducation
Université d'Ottawa
Pavillon Lamoureux
Boîte postale 91
145 Jean-Jacques Lussier
Ottawa, Ontario
K1N 6N5

Merci de votre collaboration.

Monique Labrecque
Étudiante au doctorat en Éducation
Université d'Ottawa

Marc Richard, Ph.D.
Directeur de thèse
Université d'Ottawa

J'accepte de participer au projet de recherche décrit ci-haut,

Nom de la responsable de la formation: _____

Nom de l'institution: _____

Date: _____

Signature de la responsable
de la formation: _____

Signature de l'investigatrice: _____

APPENDICE C

**Guide d'entrevue pour l'identification du ou des domaines
cibles par les détenteurs d'enjeux**

1. Question générale:

Qu'est-ce qu'une graduée d'un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières devrait posséder en termes d'habiletés pour pouvoir travailler à titre d'infirmière professionnelle?

2. Question centrée sur le thème de la rencontre:

Identifiez le ou les domaines cibles sur lequel ou lesquels porteront l'évaluation des besoins.

APPENDICE D

Guide d'entrevue non-structurée pour la définition du niveau
"minimum" et de la détermination de la grandeur de l'écart
entre l'état cible et l'état actuel que les détenteurs
d'enjeux considèrent comme significative

Question 1:

Dans le modèle d'évaluation des besoins dont il est question dans cette recherche, un niveau "minimum" de performance que les graduées doivent atteindre à la fin de leur programme de formation pour travailler à titre d'infirmières professionnelles a été retenu. Afin d'éviter toute ambiguïté relative à l'interprétation de ce niveau, nous vous demandons de définir dans vos propres mots ce que signifie pour vous un niveau de performance "minimum".

Question 2:

Pour déterminer les besoins potentiels qui seront retenus dans l'étude, il est nécessaire que l'écart existant entre l'état cible (situation désirée) et l'état actuel (situation actuelle) soit confronté à la grandeur de l'écart que vous considéreriez comme significative. La grandeur de cet écart doit être significative dans le sens qu'elle permettra d'identifier les besoins qui devront être satisfaits dans le futur ainsi que les besoins de base qui devront continuer à être satisfaits par la formation actuelle. La question que je vous adresse est la suivante: quelle grandeur d'écart entre l'état cible (situation désirée) et l'état actuel (situation actuelle) considéreriez-vous comme étant significative pour vous?

APPENDICE E

Guide d'entrevue pour l'identification des états cibles

L'objectif de la présente rencontre est d'identifier des états cibles, i.e. des situations désirées en tenant compte de la définition du niveau "minimum" qui a été retenue par toutes les participantes de chaque groupe de détenteurs d'enjeux.

Les énoncés (états cibles) doivent tenir compte des 4 domaines qui ont été retenus par tous les groupes de détenteurs d'enjeux. De plus, ceux-ci doivent être formulés selon les mêmes spécifications que celles requises pour un objectif mesurable.

Question 1: Auriez-vous l'obligeance de formuler des énoncés de besoin (situation désirée) en termes d'habiletés de performance que toutes graduées d'un programme universitaire de formation initiale en sciences infirmières devraient acquérir en cours de formation pour être capable de travailler à titre d'infirmières professionnelles.

Question 2: Auriez-vous l'obligeance de formuler des énoncés de besoin (situation désirée) en termes de moyens requis pour favoriser l'atteinte des habiletés de performance chez ces graduées.

APPENDICE F

Lundi, le 31 janvier 1994

Madame
Adresse

Chère graduée,

A titre de graduée d'un programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières, je sollicite votre participation à cette quatrième étape de mon projet de thèse de doctorat. Comme je vous l'ai souligné antérieurement, votre tâche consiste à répondre à un questionnaire d'une durée approximative de 20 à 30 minutes. Vos réponses sont confidentielles et aucun résultat individuel ne sera divulgué.

Votre participation à cette étape de mon projet est cruciale pour moi puisqu'elle me permettra d'identifier les habiletés essentielles requises d'une infirmière professionnelle ainsi que les moyens que vous jugez indispensables pour faciliter l'acquisition de ces dernières dans le cadre d'un programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières. A la fin du questionnaire, auriez vous l'obligeance de répondre à deux questions ayant trait au poste que vous occupez ainsi qu'au domaine de spécialisation dans lequel vous travaillez présentement.

Je vous demande de remplir le questionnaire et de me le retourner dans l'enveloppe affranchie ci-jointe, au plus tard le 18 février 1994.

Je vous remercie sincèrement de votre collaboration

Monique Labrecque
Étudiante au doctorat
31 Cortina, B.P. 402
Cantley (Québec)
J0X 1L0

* Tout au long du questionnaire, le terme "infirmière" inclut infirmier

Lors de notre dernière rencontre de groupe, vous avez formulé des énoncés de besoin en termes de situations désirées. Ces énoncés de besoin ont été regroupés sous quatre domaines cibles: cognitif, moteur, affectif et environnement. Les trois premiers domaines représentent les connaissances, les habiletés motrices et les attitudes essentielles que chaque graduée d'un programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières devraient posséder dans le futur pour pouvoir travailler à titre d'infirmière professionnelle. Le quatrième domaine représente les moyens qui devraient exister (ou mis en place) pour favoriser l'atteinte d'un niveau de performance minimal chez ces graduées.

L'objectif de ce questionnaire est double. Il vise en premier lieu, à recueillir votre opinion quant au niveau de maîtrise des habiletés actuellement atteint par les infirmières graduées d'un programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières. En second lieu, il vise à recueillir votre opinion sur les moyens actuellement présents qui favorisent la maîtrise des habiletés considérées comme essentielles pour travailler à titre d'infirmières professionnelles. A cette fin, deux questions ont été formulées pour chacun des énoncés:

Première question:

Selon vous, jusqu'à quel point les infirmières graduées **MAITRISENT-ELLES ACTUELLEMENT** chacune des habiletés énumérées dans ce questionnaire lors de leurs interventions professionnelles? (SITUATION ACTUELLE)

CONSIGNES relatives aux domaines cognitif, affectif et moteur:

- A) Pour chaque énoncé nous vous demandons d'indiquer vos réponses sur une échelle en cinq points à droite de chacun des énoncés.

Les cinq points de l'échelle sont:

Niveau de maîtrise très élevé	5
Niveau de maîtrise élevé	4
Niveau de maîtrise moyen	3
Niveau de maîtrise faible	2
Niveau de maîtrise très faible	1
Je ne sais pas	0

B) EXEMPLE DE RÉPONSE

HABILETÉS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
1. Etre capable de formuler un diagnostic infirmier en tenant compte des besoins du client	1	2	3	④	5	9

Dans ce premier exemple, la répondante a encerclé "4" parce qu'elle considère que le niveau de maîtrise de cette habileté est actuellement élevé.

Première partie: Maîtrise des habiletés au niveau du DOMAINE
COGNITIF

HABILETÉS COGNITIVES	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
1. Acquérir des connaissances en anatomie	1	2	3	4	5	9
2. Acquérir des connaissances en physiologie	1	2	3	4	5	9
3. Acquérir des connaissances en biochimie	1	2	3	4	5	9
4. Acquérir des connaissances plus poussées en pharmacologie	1	2	3	4	5	9
5. Acquérir des connaissances en biologie	1	2	3	4	5	9

HABILETÉS COGNITIVES		SITUATION ACTUELLE					
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
6.	Acquérir des connaissances plus poussées en pathologie	1	2	3	4	5	9
7.	Acquérir des connaissances sur la dynamique familiale	1	2	3	4	5	9
8.	Acquérir des connaissances sur l'approche systémique auprès de la famille	1	2	3	4	5	9
9.	Acquérir des connaissances sur la bioéthique	1	2	3	4	5	9
10.	Acquérir des connaissances sur l'enseignement aux clientèles cibles	1	2	3	4	5	9
11.	Acquérir des connaissances de base sur les différents modèles conceptuels en sciences infirmières ainsi que la philosophie qui les sous-tend	1	2	3	4	5	9
12.	Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en psychiatrie	1	2	3	4	5	9
13.	Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en obstétrique (mère-enfant).	1	2	3	4	5	9
14.	Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en médecine-chirurgie (orthopédie, etc.)	1	2	3	4	5	9
15.	Acquérir des connaissances en gestion des soins infirmiers	1	2	3	4	5	9

HABILETÉS COGNITIVES		SITUATION ACTUELLE					
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
16.	Acquérir des connaissances de base en sociologie de la santé	1	2	3	4	5	9
17.	Acquérir des connaissances en épidémiologie	1	2	3	4	5	9
18.	Acquérir des connaissances en microbiologie	1	2	3	4	5	9
19.	Acquérir des connaissances sur les méthodologies de recherche en sciences infirmières	1	2	3	4	5	9
20.	Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en pédiatrie	1	2	3	4	5	9
21.	Acquérir des connaissances en relation d'aide	1	2	3	4	5	9
22.	Acquérir des connaissances sur les sciences du comportement (psychosocial)	1	2	3	4	5	9
23.	Acquérir des connaissances sur le travail en équipe	1	2	3	4	5	9
24.	Posséder des connaissances sur les théories du leadership	1	2	3	4	5	9
25.	Connaître les bases philosophiques de la profession infirmière	1	2	3	4	5	9
26.	Connaître les paramètres de la normalité (ex. signes vitaux, bilan électrolytique, etc.)	1	2	3	4	5	9

HABILETÉS COGNITIVES		SITUATION ACTUELLE					
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
27.	Connaître les principes de base des différentes techniques de soins	1	2	3	4	5	9
28.	Connaître les principes sous-jacents à la mobilisation des patients alités	1	2	3	4	5	9
29.	Connaître les différentes sortes de stomie, (leur fonctionnement, l'alimentation requise)	1	2	3	4	5	9
30.	Connaître les principes d'asepsie	1	2	3	4	5	9
31.	Connaître les différentes façons de faire les pansements	1	2	3	4	5	9
32.	Etre capable d'organiser son travail	1	2	3	4	5	9
33.	Développer un esprit critique	1	2	3	4	5	9
34.	Développer une capacité d'analyse	1	2	3	4	5	9
35.	Etre capable d'émettre des jugements cliniques adéquats	1	2	3	4	5	9

Première partie (suite): Maîtrise des habiletés au niveau du DOMAINE
MOTEUR

HABILETÉS MOTRICES		SITUATION ACTUELLE					
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
1.	Etre capable de faire les techniques de base reliées aux soins infirmiers (ex. lit, bain, injection, intraveineuse, poser des sondes, etc.)	1	2	3	4	5	9
2.	Appliquer les principes d'asepsie lors de leurs interventions	1	2	3	4	5	9
3.	Etre capable de faire des pansements	1	2	3	4	5	9
4.	Etre capable de mobiliser les clients alités en tenant compte des principes scientifiques sous-jacents	1	2	3	4	5	9
5.	Etre capable d'interagir avec le client	1	2	3	4	5	9
6.	Etre capable d'interagir avec la famille du client	1	2	3	4	5	9
7.	Etre capable d'expliquer les interventions infirmières au client	1	2	3	4	5	9

Première partie (suite): Maîtrise des habiletés au niveau du DOMAINE AFFECTIF

HABILETÉS AFFECTIVES		SITUATION ACTUELLE					
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
1.	Etre responsable de son apprentissage	1	2	3	4	5	9
2.	Avoir un certain décorum vestimentaire	1	2	3	4	5	9
3.	Développer une curiosité intellectuelle (aller chercher des informations additionnelles dans les revues scientifiques, les livres)	1	2	3	4	5	9
4.	Reconnaître ses limites	1	2	3	4	5	9
5.	Demander de l'aide au besoin	1	2	3	4	5	9
6.	Etre capable de s'affirmer	1	2	3	4	5	9
7.	Etre capable de prendre sa place	1	2	3	4	5	9
8.	Etre capable de s'adapter à différentes situations	1	2	3	4	5	9
9.	Se remettre constamment en question dans sa pratique (ne rien prendre pour acquis)	1	2	3	4	5	9
10.	Etre autonome	1	2	3	4	5	9
11.	Conserver son honnêteté et son intégrité personnelle	1	2	3	4	5	9

HABILETÉS AFFECTIVES		SITUATION ACTUELLE					
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
12.	Développer un esprit de solidarité entre infirmières (dans les cours et dans les milieux de stage)	1	2	3	4	5	9
13.	Promouvoir les soins infirmiers auprès de la population	1	2	3	4	5	9

Deuxième question:

Selon vous, jusqu'à quel point les moyens mentionnés dans les énoncés suivants sont-ils ACTUELLEMENT PRÉSENTS pour favoriser la maîtrise des habiletés considérées comme essentielles pour travailler à titre d'infirmière professionnelle? (SITUATION ACTUELLE)

CONSIGNES relatives au domaine des moyens:

- A) Pour chaque énoncé nous vous demandons d'indiquer vos réponses s u r une échelle en cinq points à droite de chacun des énoncés.

Les cinq points de l'échelle sont:

Niveau de présence très élevé	5
Niveau de présence élevé	4
Niveau de présence moyen	3
Niveau de présence faible	2
Niveau de présence très faible	1
Je ne sais pas	9

B) EXEMPLE DE RÉPONSE

MOYEN	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
1. Offrir un plus grand choix de cours optionnels	1	(2)	3	4	5	9

Dans ce deuxième exemple, la répondante a encerclé "2" parce qu'elle considère que la présence de ce moyen pour favoriser l'atteinte d'un niveau de performance minimal chez les graduées est actuellement faible .

Deuxième partie: Moyens actuellement présents au niveau du DOMAINE DES MOYENS

MOYENS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
1. Faire le lien entre les cours de sciences (biochimie, anatomie, pathologie, physiologie, pharmacologie) et les sciences infirmières (trop axés sur le côté médical)	1	2	3	4	5	9
2. Modifier le contenu du cours de psychiatrie	1	2	3	4	5	9
3. Dispenser la matière par module et non plusieurs matières dans une même semaine	1	2	3	4	5	9
4. Mettre le cours d'épidémiologie comme cours optionnel	1	2	3	4	5	9
5. Éviter les répétitions entre les cours en sciences infirmières et les cours de sciences	1	2	3	4	5	9
6. Dispenser les cours de formation générale et de sciences la première année	1	2	3	4	5	9
7. Dispenser le cours de pharmacologie après la première année une fois que les étudiantes ont eu un contact avec les clients	1	2	3	4	5	9
8. Avoir trois cours au choix, soit un par année	1	2	3	4	5	9

MOYENS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
9. Modifier la structure des cours (faire les stages immédiatement après la théorie)	1	2	3	4	5	9
10. Le nombre de crédits alloués pour les cours devraient être représentatifs de la charge de travail exigé	1	2	3	4	5	9
11. Réduire le nombre d'étudiantes dans les cours théoriques	1	2	3	4	5	9
12. Faire dispenser les cours de biochimie, de pharmacologie, d'épidémiologie et de physiologie par des professeurs (res) qui ont une formation en sciences infirmières (dans une perspective de sciences infirmières)	1	2	3	4	5	9
13. Offrir plus de disponibilité aux étudiantes en dehors des cours (chez les professeurs (res) qui dispensent les cours de sciences)	1	2	3	4	5	9
14. Donner plus de contrôle à l'étudiante sur son cheminement de cours.	1	2	3	4	5	9
15. Réviser les principes de la mobilisation des clients à chaque année et les pratiquer en laboratoire chaque année	1	2	3	4	5	9

MOYENS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
16. Permettre à chaque étudiante en laboratoire de manipuler le matériel pour chaque technique de soins	1	2	3	4	5	9
17. Avoir du matériel adéquat et complet lors des laboratoires (ex. stomies, etc.)	1	2	3	4	5	9
18. Favoriser les interactions infirmière-client en laboratoire à l'aide de simulation de cas	1	2	3	4	5	9
19. Réduire le ratio professeure/étudiantes dans les groupes de stage	1	2	3	4	5	9
20. Augmenter le ratio infirmière-clients en stage si cette dernière s'en sent capable (lors du stage d'intégration)	1	2	3	4	5	9
21. Les professeures devraient être des modèles de rôle (role model) en stage (s'affirmer plus)	1	2	3	4	5	9
22. Permettre aux étudiantes de s'affirmer dans les stages (leur faire plus confiance)	1	2	3	4	5	9
23. Respecter les étudiantes en stage et dans les cours théoriques	1	2	3	4	5	9

MOYENS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
24. Ne pas lancer de messages doubles aux étudiantes (agir comme professionnelle, mais ne déranger pas trop)	1	2	3	4	5	9
25. Valoriser les initiatives des étudiantes	1	2	3	4	5	9
26. Éviter de créer un climat de méfiance dans les stages (en faisant exercer un contrôle par d'autres étudiantes)	1	2	3	4	5	9
27. Permettre à l'étudiante en stage d'être responsable de son client face aux autres professionnels (les)	1	2	3	4	5	9
28. Accepter que les étudiantes puissent faire des erreurs lorsqu'elles sont en apprentissage dans les stages (si cela ne représente pas un danger pour le client)	1	2	3	4	5	9
29. Les professeures devraient donner plus de support aux étudiants lors du stage d'obstétrique	1	2	3	4	5	9
30. Ne pas exiger de l'étudiante qu'elle demande au client s'il veut l'avoir comme infirmière	1	2	3	4	5	9
31. Promouvoir le contrat d'apprentissage dans les stages (tenir compte des objectifs personnels des étudiantes)	1	2	3	4	5	9

MOYENS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
32. Promouvoir l'entraide, l'esprit d'équipe dans les cours et dans les stages	1	2	3	4	5	9
33. Responsabiliser les étudiantes lors des stages en leur permettant de faire du "coaching" entre elles pour l'application des techniques de soins	1	2	3	4	5	9
34. S'assurer que chaque étudiante ait la possibilité d'appliquer ou de voir l'application de chaque technique de soins lors des stages	1	2	3	4	5	9
35. Jumeler un étudiant avec une étudiante dans le stage d'obstétrique (afin de faciliter son intégration)	1	2	3	4	5	9
36. Jumeler chaque étudiante en stage avec une infirmière du département où elle travaille (favorise l'apprentissage)	1	2	3	4	5	9
37. Centrer l'évaluation des stages sur les forces des étudiantes tout en soulignant les améliorations à apporter	1	2	3	4	5	9
38. Veiller à ce que les superviseuses respectent les critères d'évaluation lors des stages	1	2	3	4	5	9

MOYENS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
39. Lors des stages, mettre autant l'accent sur l'évaluation des attitudes que sur les habiletés motrices (ex. intégration dans l'équipe, capacité d'offrir son aide, interaction avec le client, la famille)	1	2	3	4	5	9
40. Éviter les jugements de valeurs (ex. évaluer en fonction de la performance et non de l'apparence physique des étudiantes)	1	2	3	4	5	9
41. Travailler conjointement avec le centre d'emploi de l'université pour favoriser l'emploi comme préposé aux bénéficiaires dans les centres hospitaliers, et ce dès la première année (afin de faciliter l'intégration dans les milieux lors des stages)	1	2	3	4	5	9
42. Mettre sur pied un groupe d'entraide ou de tutorat par les pairs	1	2	3	4	5	9
43. Les milieux devraient être plus réceptifs et plus coopératifs	1	2	3	4	5	9
44. Les milieux devraient réduire la charge de travail des nouvelles graduées pour faciliter leur intégration	1	2	3	4	5	9

MOYENS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
45. Ne pas s'attendre qu'une infirmière nouvellement diplômée performe comme une infirmière ayant 10 ans d'expérience	1	2	3	4	5	9
46. Echelonner la formation sur une période de quatre ans	1	2	3	4	5	9

Troisième partie: DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

1. Titre du poste actuel: _____
2. Domaine de spécialisation dans lequel vous travaillez actuellement:

APPENDICE G

**QUESTIONNAIRE S'ADRESSANT AUX REPRÉSENTANTES
DES INSTITUTIONS**

Lors de notre dernière rencontre de groupe, vous avez formulé des énoncés de besoin en termes de situations désirées. Ces énoncés de besoin ont été regroupés sous quatre domaines cibles: cognitif, moteur, affectif et les moyens. Les trois premiers domaines représentent les connaissances, les habiletés motrices et les attitudes essentielles que chaque graduée d'un programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières devraient posséder dans le futur pour pouvoir travailler à titre d'infirmière professionnelle. Le quatrième domaine, représente les moyens qui devraient exister (ou mis en place) pour favoriser l'atteinte d'un niveau de performance minimal chez ces graduées.

L'objectif de ce questionnaire est double. Il vise en premier lieu, à recueillir votre opinion quant au niveau de maîtrise des habiletés actuellement atteint par les infirmières graduées d'un programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières. En second lieu, il vise à recueillir votre opinion sur les moyens actuellement présents qui favorisent la maîtrise des habiletés considérées comme essentielles pour travailler à titre d'infirmières professionnelles. A cette fin, deux questions ont été formulées pour chacun des énoncés:

Première question:

Selon vous, jusqu'à quel point les infirmières graduées **MAITRISENT-ELLES ACTUELLEMENT** chacune des habiletés énumérées dans ce questionnaire lors de leurs interventions professionnelles?
(SITUATION ACTUELLE)

CONSIGNES relatives aux domaines cognitif, affectif et moteur:

- A) Pour chaque énoncé nous vous demandons d'indiquer vos réponses sur une échelle en cinq points à droite de chacun des énoncés.

Les cinq points de l'échelle sont:

Niveau de maîtrise très élevé	5
Niveau de maîtrise élevé	4
Niveau de maîtrise moyen	3
Niveau de maîtrise faible	2
Niveau de maîtrise très faible	1
Je ne sais pas	9

B) EXEMPLE DE RÉPONSE

HABILETÉS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
1. Etre capable de formuler un diagnostic infirmier en tenant compte des besoins du client	1	2	3	④	5	9

Dans ce premier exemple, la répondante a encerclé "4" parce qu'elle considère que le niveau de maîtrise de cette habileté est actuellement élevé.

Première partie: Maîtrise des habiletés du DOMAINE COGNITIF

HABILETÉS COGNITIVES		SITUATION ACTUELLE					
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
1.	Acquérir des connaissances en philosophie humaine (croyances, valeurs, la vie, la mort)	1	2	3	4	5	9
2.	Acquérir des connaissances en anatomie	1	2	3	4	5	9
3.	Acquérir des connaissances en physiopathologie	1	2	3	4	5	9
4.	Acquérir des connaissances en pharmacologie	1	2	3	4	5	9
5.	Acquérir des connaissances en nutrition	1	2	3	4	5	9
6.	Acquérir des connaissances de base en informatique	1	2	3	4	5	9
7.	Acquérir des connaissances en bioéthique	1	2	3	4	5	9
8.	Acquérir des connaissances en droit de la santé	1	2	3	4	5	9
9.	Acquérir des connaissances de base en ethnoculturalisme (anthropologie)	1	2	3	4	5	9
10.	Acquérir des connaissances dans les sciences biologiques	1	2	3	4	5	9
11.	Acquérir des connaissances en microbiologie et immunologie	1	2	3	4	5	9
12.	Acquérir des connaissances en épidémiologie	1	2	3	4	5	9

HABILETÉS COGNITIVES		SITUATION ACTUELLE					
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
13.	Acquérir des connaissances dans les sciences sociales (sociologie)	1	2	3	4	5	9
14.	Acquérir des connaissances dans les sciences de comportement (psychosocial)	1	2	3	4	5	9
15.	Acquérir des connaissances sur la gestion des équipes multidisciplinaires (principes de la négociation)	1	2	3	4	5	9
16.	Connaître les grands principes de santé mentale (maturité, sécurité, actualisation de soi, tolérance à l'ambiguïté, agressivité de croissance versus agressivité nocive)	1	2	3	4	5	9
17.	Acquérir des connaissances en psychologie de l'apprentissage	1	2	3	4	5	9
18.	Acquérir des connaissances en pédagogie	1	2	3	4	5	9
19.	Acquérir des connaissances en andragogie	1	2	3	4	5	9
20.	Acquérir des connaissances en créativité	1	2	3	4	5	9
21.	Acquérir des connaissances sur le développement de la personne	1	2	3	4	5	9
22.	Acquérir des connaissances sur l'affirmation de soi	1	2	3	4	5	9

HABILETÉS COGNITIVES		SITUATION ACTUELLE					
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
23.	Acquérir des notions théoriques sur la connaissance de soi	1	2	3	4	5	9
24.	Acquérir des connaissances sur les dynamiques familiales (ex. familles reconstituées, etc.)	1	2	3	4	5	9
25.	Acquérir des connaissances sur l'approche systémique auprès de la famille	1	2	3	4	5	9
26.	Acquérir des connaissances sur la théorie des systèmes	1	2	3	4	5	9
27.	Acquérir des notions théoriques sur le changement planifié	1	2	3	4	5	9
28.	Acquérir des notions de marketing	1	2	3	4	5	9
29.	Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en psychiatrie	1	2	3	4	5	9
30.	Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en pédiatrie	1	2	3	4	5	9
31.	Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en obstétrique	1	2	3	4	5	9
32.	Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en gériatrie	1	2	3	4	5	9
33.	Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en médecine-chirurgie	1	2	3	4	5	9

HABILETÉS COGNITIVES		SITUATION ACTUELLE					
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
34.	Acquérir des connaissances sur la relation d'aide	1	2	3	4	5	9
35.	Connaître les principes de la communication verbale et non verbale	1	2	3	4	5	9
36.	Acquérir des connaissances sur les soins de santé intégraux (primary nursing)	1	2	3	4	5	9
37.	Acquérir des connaissances en gestion des soins infirmiers (inclure des notions de contrôle et d'évaluation de la qualité des soins)	1	2	3	4	5	9
38.	Acquérir des connaissances sur les modes de distribution de soins	1	2	3	4	5	9
39.	Connaître les bases philosophiques de la profession infirmière	1	2	3	4	5	9
40.	Etre capable de définir le rôle autonome de l'infirmière	1	2	3	4	5	9
41.	Acquérir des connaissances de base sur les différents modèles conceptuels en sciences infirmières ainsi que la philosophie qui les sous-tend.	1	2	3	4	5	9
42.	Connaître les grands principes de la santé communautaire (prévention, promotion)	1	2	3	4	5	9

HABILETÉS COGNITIVES		SITUATION ACTUELLE					
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
43.	Acquérir des connaissances sur l'organisation et l'éducation socio-sanitaire	1	2	3	4	5	9
44.	Connaître les principales étapes de la démarche de soins	1	2	3	4	5	9
45.	Acquérir des connaissances sur l'intervention ethno-culturelle	1	2	3	4	5	9
46.	Acquérir des connaissances de base en méthodologie de la recherche en sciences infirmières	1	2	3	4	5	9
47.	Connaître les principes d'asepsie	1	2	3	4	5	9
48.	Connaître les différentes façons de faire les pansements	1	2	3	4	5	9
49.	Connaître les principes de base des différentes techniques de soins	1	2	3	4	5	9
50.	Connaître les principes sous-jacents à la mobilisation des patients alités (à domicile et à l'hôpital)	1	2	3	4	5	9
51.	Connaître les différentes sortes de stomie, (leur fonctionnement, l'alimentation requise)	1	2	3	4	5	9
52.	Acquérir des connaissances sur la réanimation	1	2	3	4	5	9

HABILETÉS COGNITIVES		SITUATION ACTUELLE					
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
53.	Acquérir des connaissances sur les soins d'urgence (premiers soins)	1	2	3	4	5	9
54.	Connaître les méthodes d'intervention et les limites des autres professionnels(les) de la santé	1	2	3	4	5	9
55.	Acquérir des connaissances sur les différentes thérapies alternatives (buts, objectifs, accessibilité)	1	2	3	4	5	9
56.	Etre capable de discerner le stress optimal (positif) du stress nuisible	1	2	3	4	5	9
57.	Etre capable d'appliquer les différentes étapes de la démarche de soins auprès d'un <u>client</u> , (évaluation des besoins de la clientèle cible, analyse, formulation d'un diagnostic infirmier, validation du diagnostic, planification, intervention et évaluation)	1	2	3	4	5	9
58.	Etre capable d'appliquer les différentes étapes de la démarche de soins auprès d'une <u>famille</u> , (évaluation des besoins de la clientèle cible, analyse, formulation d'un diagnostic infirmier, validation du diagnostic, planification, intervention et évaluation)	1	2	3	4	5	9

HABILETÉS COGNITIVES	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
59. Etre capable d'appliquer les différentes étapes de la démarche de soins auprès d'une <u>communauté</u> , (évaluation des besoins de la clientèle cible, analyse, formulation d'un diagnostic infirmier, validation du diagnostic, planification, intervention et évaluation)	1	2	3	4	5	9
60. Etre capable d'élaborer un plan de soins en fonction des besoins de la clientèle cible (faire participer la clientèle cible)	1	2	3	4	5	9
61. Etre capable d'appliquer un modèle conceptuel auprès de différentes clientèles cibles	1	2	3	4	5	9
62. Etre capable de voir l'individu dans sa globalité (interdépendance entre son état de santé, son mode de vie, et son environnement)	1	2	3	4	5	9
63. Etre capable de reconnaître les signes indicateurs de complication	1	2	3	4	5	9
64. Etre capable de dispenser des soins à toutes les clientèles cibles (en psychiatrie, pédiatrie, obstétrique, médecine-chirurgie, gériatrie)	1	2	3	4	5	9

HABILETÉS COGNITIVES		SITUATION ACTUELLE				
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé Je ne sais pas
65.	Tenir compte du développement de l'enfant lors des interventions de soins	1	2	3	4	5 9
66.	Etre capable d'évaluer l'enseignement dispensé à une clientèle cible	1	2	3	4	5 9
67.	Etre capable d'appliquer les grands principes de prévention et de promotion de la santé dans différentes situations de soins	1	2	3	4	5 9
68.	Etre capable d'appliquer les grands principes de prévention et de promotion de la santé dans tous les milieux d'intervention (centres hospitaliers, milieux naturels, etc.)	1	2	3	4	5 9
69.	Etre capable d'identifier lors de la planification des soins, les ressources disponibles au client qui retourne à domicile	1	2	3	4	5 9
70.	Etre capable d'identifier une situation problématique au sein de la famille	1	2	3	4	5 9
71.	Etre capable de prioriser ses interventions (discerner entre l'essentiel et l'accessoire)	1	2	3	4	5 9
72.	Etre capable de conceptualiser	1	2	3	4	5 9
73.	Développer une capacité d'analyse	1	2	3	4	5 9

HABILETÉS COGNITIVES	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
74. Développer un esprit critique	1	2	3	4	5	9
75. Etre capable d'émettre des jugements cliniques adéquats	1	2	3	4	5	9
76. Tenir compte de la dimension éthique lors de ses interventions	1	2	3	4	5	9
77. Etre capable d'organiser son travail	1	2	3	4	5	9

Première partie (suite): Maîtrise des habiletés du DOMAINE MOTEUR

HABILETÉS MOTRICES		SITUATION ACTUELLE					
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
1.	Etre capable de s'impliquer dans les équipes multidisciplinaires	1	2	3	4	5	9
2.	Etre capable de faire de l'enseignement auprès de différentes clientèles cibles	1	2	3	4	5	9
3.	Encourager le client à participer aux activités de soins (prise en charge par le client)	1	2	3	4	5	9
4.	Compléter les plans de soins dans les milieux de stage	1	2	3	4	5	9
5.	Référer le client et/ou la famille aux ressources appropriées	1	2	3	4	5	9
6.	Maîtriser les techniques de soins de base appliquées aux différentes clientèles cibles (ex. lit, bain, injection, intraveineuse, poser des sondes, signes vitaux, ponctions veineuses, médication, lavement, etc.)	1	2	3	4	5	9
7.	Appliquer les principes d'asepsie lors de leurs interventions	1	2	3	4	5	9
8.	Respecter les normes de confort et de sécurité lors de ses interventions	1	2	3	4	5	9

HABILETÉS MOTRICES		SITUATION ACTUELLE					
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
9.	Etre capable de mobiliser les clients alités en tenant compte des principes scientifiques sous-jacents (enfants, adultes)	1	2	3	4	5	9
10.	Etre capable d'appliquer les grands principes de prévention et de promotion de la santé	1	2	3	4	5	9
11.	Etre capable de faire un examen physique centré sur la normalité	1	2	3	4	5	9
12.	Etre capable de faire différents types de pansement	1	2	3	4	5	9
13.	Etre capable d'effectuer une réanimation cardiaque	1	2	3	4	5	9
14.	Etre capable d'intervenir dans des situations d'urgence (secourisme)	1	2	3	4	5	9
15.	Etre capable d'interagir avec le client	1	2	3	4	5	9
16.	Etre capable d'interagir avec la famille du client	1	2	3	4	5	9
17.	Etre capable d'établir une relation d'aide efficace avec la clientèle cible	1	2	3	4	5	9
18.	Etre capable d'établir un travail d'équipe efficace avec ses collègues de l'équipe de soins	1	2	3	4	5	9

HABILETÉS MOTRICES	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
19. Discuter des problématiques de leurs clients avec leurs collègues étudiantes (étude de cas)	1	2	3	4	5	9
20. Discuter des problématiques de soins de leurs clients avec les autres membres de l'équipe de soins (cela permet de valider leurs observations)	1	2	3	4	5	9
21. Aviser les autorités concernées de toutes erreurs lorsque les soins sont dispensés	1	2	3	4	5	9
22. Rédiger des notes claires dans le dossier du client (en vue de favoriser la continuité des soins)	1	2	3	4	5	9

Première partie (suite): Maîtrise des habiletés du DOMAINE AFFECTIF

HABILETÉS AFFECTIVES		SITUATION ACTUELLE					
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
1.	Développer une curiosité intellectuelle (aller chercher des informations additionnelles dans les revues scientifiques, les livres)	1	2	3	4	5	9
2.	Avoir une bonne connaissance de soi	1	2	3	4	5	9
3.	Etre plus mature	1	2	3	4	5	9
4.	Avoir confiance en soi	1	2	3	4	5	9
5.	Etre autonome	1	2	3	4	5	9
6.	Reconnaître ses limites	1	2	3	4	5	9
7.	Reconnaître ses préjugés et le fait que cela puisse nuire à ses interactions avec autrui (clients, collègues, etc.)	1	2	3	4	5	9
8.	Respecter les autres (collègues, professeurs, clients)	1	2	3	4	5	9
9.	Démontrer un certain sens des responsabilités	1	2	3	4	5	9
10.	Etre capable de gérer son stress (ex. vivre avec une certaine dose d'insécurité)	1	2	3	4	5	9
11.	Apprendre à tolérer sa propre dépendance et celle de son client	1	2	3	4	5	9

HABILETÉS AFFECTIVES		SITUATION ACTUELLE					
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
12.	Etre capable de faire face à sa propre agressivité et à celle des autres	1	2	3	4	5	9
13.	Etre capable de faire face aux frustrations, aux échecs et au rejet de façon positive	1	2	3	4	5	9
14.	Etre tolérant face à l'ambiguïté	1	2	3	4	5	9
15.	Demander de l'aide au besoin	1	2	3	4	5	9
16.	Etre capable de s'affirmer	1	2	3	4	5	9
17.	Faire preuve de créativité dans ses interventions (sortir des cadres habituels)	1	2	3	4	5	9
18.	Avoir le sens de l'humour	1	2	3	4	5	9
19.	Etre capable de prendre sa place	1	2	3	4	5	9
20.	Etre capable de s'adapter à différentes situations	1	2	3	4	5	9
21.	Etre capable d'assumer un leadership	1	2	3	4	5	9
22.	Etre capable de démontrer une attitude de motivation	1	2	3	4	5	9
23.	Développer un esprit de solidarité entre infirmières (dans les cours et dans les milieux de stage)	1	2	3	4	5	9

HABILETÉS AFFECTIVES		SITUATION ACTUELLE					
		Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
24.	Développer une conscience sociale	1	2	3	4	5	9
25.	Avoir un certain décorum vestimentaire	1	2	3	4	5	9

Deuxième question:

Selon vous, jusqu'à quel point les moyens mentionnés dans les énoncés suivants sont-ils **ACTUELLEMENT PRÉSENTS** pour favoriser la maîtrise des habiletés considérées comme essentielles pour travailler à titre d'infirmière professionnelle? (SITUATION ACTUELLE)

CONSIGNES relatives au domaine des moyens:

- A) Pour chaque énoncé nous vous demandons d'indiquer vos réponses s u r une échelle en cinq points à droite de chacun des énoncés.

Les cinq points de l'échelle sont:

Niveau de présence très élevé	5
Niveau de présence élevé	4
Niveau de présence moyen	3
Niveau de présence faible	2
Niveau de présence très faible	1
Je ne sais pas	9

B) EXEMPLE DE RÉPONSE

MOYEN	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
1. Offrir un plus grand choix de cours optionnels	1	②	3	4	5	9

Dans ce deuxième exemple, la répondante a encerclé "2" parce qu'elle considère que la présence de ce moyen pour favoriser l'atteinte d'un niveau de performance minimal chez les graduées est actuellement faible .

Deuxième partie: Moyens actuellement présents dans le DOMAINE DES MOYENS

MOYENS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
1. Réduire à 40 le nombre d'étudiantes dans les cours théoriques ou prévoir des ateliers avec un nombre réduit d'étudiantes	1	2	3	4	5	9
2. Mettre le cours de réanimation obligatoire	1	2	3	4	5	9
3. Favoriser la mise en place d'ateliers sur la connaissance de soi, le développement personnel	1	2	3	4	5	9
4. Avoir des ateliers à orientation pratique (mise en situation clinique en petit groupe)	1	2	3	4	5	9
5. Apprendre à faire confiance aux étudiantes dans les cours (même dans les cours qui ont un nombre élevé d'étudiantes)	1	2	3	4	5	9
6. Impliquer les étudiantes dans des équipes de travail multidisciplinaires, de la première à la dernière année de formation	1	2	3	4	5	9
7. Mettre l'accent sur la recherche appliquée dans le cours de méthodologie de la recherche en sciences infirmières (comment on peut appliquer les recherches dans les milieux cliniques)	1	2	3	4	5	9

MOYENS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
8. Inclure l'anglais comme pré-requis à l'admission	1	2	3	4	5	9
9. Que l'université fournisse des locaux adéquats, en nombre suffisant et avec des installations adéquates	1	2	3	4	5	9
10. Réduire le ratio professeure/étudiantes dans les groupes de stage.	1	2	3	4	5	9
11. Effectuer le stage en santé communautaire avant le stage en médecine-chirurgie	1	2	3	4	5	9
12. Augmenter la durée du stage de première année (soins aux adultes) à 4 semaines, à raison de 4 jours/semaine	1	2	3	4	5	9
13. Lors du stage d'intégration, augmenter graduellement le nombre de clients ou de familles par étudiante afin de mieux refléter la réalité des milieux (cela leur permet d'apprendre à gérer leur stress)	1	2	3	4	5	9
14. Deux semaines avant les stages, simuler des situations réelles en laboratoire, afin de réduire le niveau de stress des étudiantes (reproduire un environnement similaire)	1	2	3	4	5	9

MOYENS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
15. Impliquer plus les étudiantes au sein des réunions cliniques (leur demander de présenter une histoire de cas)	1	2	3	4	5	9
16. Demander aux étudiantes de définir clairement leurs objectifs de stage	1	2	3	4	5	9
17. Demander aux étudiantes en stage de présenter les résultats de leur travail aux infirmières de l'unité de soins (source d'affirmation et d'estime de soi)	1	2	3	4	5	9
18. Demander aux étudiantes en stage de discuter de leurs plans de soins avec les infirmières de l'unité où elles travaillent et de les laisser à l'unité (source de stimulation pour les infirmières de l'unité de soins)	1	2	3	4	5	9
19. S'assurer que les professeurs supervisent (sur place) le dernier stage d'intégration dans les milieux cliniques (pour évaluer l'aspect psychosocial et familial dans les interventions des étudiantes)	1	2	3	4	5	9
20. Que l'université donne plus de formation aux superviseuses de stage	1	2	3	4	5	9

MOYENS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
21. S'assurer que les superviseuses respectent rigoureusement les exigences de stage lors de l'évaluation de l'étudiante	1	2	3	4	5	9
22. Permettre aux étudiantes de rencontrer des infirmières qui dispensent des soins intégraux (primary nursing)	1	2	3	4	5	9
23. Donner plus de responsabilités aux étudiantes (ne pas tout faire pour elles, car cela ne reflète pas la réalité des milieux cliniques)	1	2	3	4	5	9
24. Favoriser l'affirmation de soi des étudiantes (au sein de l'université)	1	2	3	4	5	9
25. Que les professeures conscientisent les étudiantes face à leurs responsabilités envers le client	1	2	3	4	5	9
26. Encourager les initiatives des étudiantes	1	2	3	4	5	9
27. Permettre aux étudiantes de s'affirmer dans les stages (que les milieux leur fassent davantage confiance)	1	2	3	4	5	9

MOYENS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
28. S'assurer que les professeurs et les étudiantes en stage ne quittent pas l'unité de soins avant que tous les soins ne soient dispensés au client	1	2	3	4	5	9
29. Que les responsables des unités de soins manifestent leurs attentes aux étudiantes en stage (en termes de ce que ça pourrait leur rapporter)	1	2	3	4	5	9
30. Que les professeures/superviseuses fassent profiter les infirmières du milieu de leur expertise (ex. conférences le midi, explication de cas complexe)	1	2	3	4	5	9
31. Offrir des périodes libres de laboratoire (cela permet aux étudiantes de pratiquer leurs habiletés psychomotrices)	1	2	3	4	5	9
32. Offrir des laboratoires en fonction de toutes les clientèles cibles	1	2	3	4	5	9
33. S'assurer qu'en laboratoire les étudiantes maîtrisent les habiletés psychomotrices fondamentales	1	2	3	4	5	9
34. Faire des laboratoires d'examen physique autant pour les enfants que pour les adultes	1	2	3	4	5	9

MOYENS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
35. Augmenter le nombre de laboratoires dirigés	1	2	3	4	5	9
36. Mettre sur pied un groupe de soutien ou d'entraide par les pairs	1	2	3	4	5	9
37. Mettre sur pied un groupe d'entraide ou de tutorat composé d'une professeure et d'une étudiante de 1 ^{ière} , 2 ^{ième} et 3 ^{ième} années.	1	2	3	4	5	9
38. Obtenir le soutien de l'administration suite aux décisions des professeures d'échouer une étudiante dans les cours ou en stage	1	2	3	4	5	9
39. Faire passer un test de personnalité aux étudiantes lors de l'admission	1	2	3	4	5	9
40. S'assurer que les étudiantes puissent s'exprimer et écrire correctement en français (afin de pouvoir mieux communiquer avec leur client)	1	2	3	4	5	9
41. Développer des moyens d'évaluation pour favoriser une meilleure qualité au niveau de la population étudiante en sciences infirmières (ex. augmenter les exigences au niveau des cours, des stages)	1	2	3	4	5	9

MOYENS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
42. Que l'université développe des mécanismes de contrôle pour éviter que les étudiantes qui ont des problèmes d'ordre psychique ou affectif puissent continuer leur programme de formation (du moins jusqu'à ce que le problème soit réglé)	1	2	3	4	5	9
43. Que les gestionnaires des milieux cliniques mettent sur pied des modes de distribution de soins qui favoriseraient une continuité des soins	1	2	3	4	5	9
44. Que les gestionnaires des milieux cliniques reconnaissent l'importance de la force curative de la relation d'aide dans les interventions des infirmières	1	2	3	4	5	9
45. Favoriser la mise en place de postes conjoints entre l'université et les milieux cliniques	1	2	3	4	5	9
46. Instaurer un système de préceptorat dans les milieux cliniques	1	2	3	4	5	9
47. Conclure une entente avec les milieux cliniques et l'université pour que l'étudiante puisse pratiquer les techniques de soins de base dans les milieux (ex. au centre de prélèvement)	1	2	3	4	5	9

MOYENS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
48. Que toutes les professeures s'impliquent dans les milieux cliniques soit par des projets de recherche ou des supervisions de stage (cela permet de rester en contact avec la réalité des milieux)	1	2	3	4	5	9
49. Avoir au moins 30% d'infirmières bachelières dans les milieux de stage (cela favorise l'apprentissage par modèle de rôle (role model))	1	2	3	4	5	9
50. Que l'université favorise le développement d'une conscience sociale chez les étudiantes en les impliquant au sein de la communauté dès le début de leur formation (ex. travailler avec les itinérants)	1	2	3	4	5	9
51. Que les milieux cliniques et communautaires adoptent une philosophie de soins basée sur les soins intégraux	1	2	3	4	5	9
52. Que les milieux cliniques affiliés à l'université reconnaissent que l'enseignement fait partie du mandat du centre ou des professionnels (les) qui y travaillent.	1	2	3	4	5	9
53. Que les milieux cliniques fournissent des locaux adéquats lors des stages (faciliter les rencontres)	1	2	3	4	5	9

MOYENS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
54. Valoriser la recherche clinique dans les facultés de sciences infirmières	1	2	3	4	5	9
55. Favoriser des rencontres entre les administratrices des milieux cliniques, de l'université et les infirmières chefs d'unités de soins (en vue de partager une même philosophie de soins)	1	2	3	4	5	9
56. Que les professeures siègent sur des comités décisionnels dans les milieux et que les représentantes des milieux siègent sur des comités décisionnels au sein de l'université	1	2	3	4	5	9
57. Qu'il y ait des ententes entre les milieux de stage (CH et CLSC) pour que les intervenantes et les étudiantes aient accès à la formation dispensée dans ces centres (ex. dialyse, inhalothérapie, etc.)	1	2	3	4	5	9
58. Que l'université diversifie plus les milieux de stage en santé communautaire (ex. centre de jour, centre des femmes, organisme communautaire)	1	2	3	4	5	9

MOYENS	SITUATION ACTUELLE					
	Très faible	Faible	Moyen	Élevé	Très Élevé	Je ne sais pas
59. En cas d'insatisfaction lors des stages, les responsables dans les universités devraient déposer une plainte pour qu'il y ait un suivi de la part des milieux (l'université est aussi un client d'une certaine façon)	1	2	3	4	5	9
60. Échelonner la formation sur une période de quatre ans, incluant un internat de spécialisation	1	2	3	4	5	9

Troisième partie: DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

1. Titre du poste actuel: _____
2. Domaine de spécialisation dans lequel vous travaillez actuellement:

APPENDICE H

**Guide d'entrevue pour l'identification des besoins
authentiques par les détenteurs d'enjeux**

Question 1: A partir de situations désirées (ou besoins) que vous avez identifiées lors de l'étape précédente, pouvez-vous me décrire concrètement comment celles-ci représenteraient un bénéfice significatif pour vous en tant que clinicienne spécialisée (graduée, professeure, administratrice ou représentante d'un CLSC)?

Question 2: A partir des situations désirées (ou besoins) que vous avez identifiées précédemment, pouvez-vous me décrire concrètement ce que représente pour vous un état d'insatisfaction dans lequel vous pourriez vous retrouver si ces situations désirées ne sont pas satisfaites?

APPENDICE I

QUESTIONNAIRE DE PRIORISATION DES BESOINS AUTHENTIQUES

Lors de notre dernière rencontre de groupe, vous avez manifesté votre opinion quant au niveau de maîtrise des habiletés actuellement atteint par les infirmières graduées d'un programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières ainsi que sur les moyens actuellement présents qui favorisent la maîtrise de ces habiletés.

L'objectif de ce questionnaire est double. Il vise en premier lieu à recueillir votre opinion sur le degré d'importance que vous attribuez aux différentes habiletés requises des infirmières graduées d'un programme de formation initiale en sciences infirmières pour travailler à titre d'infirmières professionnelles. En second lieu, il vise à recueillir votre opinion sur le degré d'importance que vous attribuez aux moyens requis pour favoriser la maîtrise de ces habiletés. Nous supposons que toutes ces habiletés et ces moyens se situent à des degrés d'importance différents.

CONSIGNES RELATIVES AUX HABILITES:

a) Pour déterminer l'importance des habiletés contenues dans ce questionnaire, nous vous demandons d'utiliser l'habileté de référence qui apparaît en haut de chaque page. Votre tâche consiste à attribuer une valeur à chacune des habiletés en les comparant à l'habileté de référence. Une valeur de 50 a été assignée à l'habileté de référence.

b) EXEMPLE DE RÉPONSE

=====

Habileté de référence:

IDENTIFIER EN COLLABORATION AVEC D'AUTRES PROFESSIONNELS (LES), LES
FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX QUI PEUVENT AFFECTER L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA
CLIENTELE CIBLE

Valeur = 50

=====

HABILETÉS	VALEUR
1. Etre ouverte aux changements	100
2. Maîtriser les techniques de soins appliquées aux clients lors d'une hémodialyse	10

Pour l'habileté no. 1, la répondante a assigné une valeur de 100, ce qui signifie que celle-ci est considérée deux fois plus importante que l'habileté de référence.

Pour l'habileté no. 2, la répondante a assigné une valeur de 10, ce qui signifie que celle-ci est considérée cinq fois moins importante que l'habileté de référence.

Chacune des habiletés est comparée à l'habileté de référence qui a une valeur de 50. Il n'y a pas de limite à la valeur maximale que vous pouvez assigner à une habileté. Par contre, la valeur minimale que vous pouvez attribuer est de 1, ce qui signifierait que cette habileté n'aurait aucune valeur, c'est-à-dire qu'elle serait sans importance.

Première partie: PRIORISATION DES HABILETÉS DES DOMAINES COGNITIF, MOTEUR
ET AFFECTIF

=====

Habileté de référence:

SUPERVISER ET COORDONNER LE TRAVAIL DES AUTRES MEMBRES DE L'ÉQUIPE
DE SOINS

Valeur = 50

=====

HABILETÉS	VALEUR
1. Acquérir des connaissances plus poussées en pharmacologie	_____
2. Acquérir des connaissances en épidémiologie	_____
3. Acquérir des connaissances en droit de la santé	_____
4. Acquérir des connaissances de base en ethnoculturalisme (anthropologie)	_____
5. Acquérir des connaissances de base en sociologie de la santé	_____
6. Acquérir des connaissances sur les sciences du comportement (psychosocial)	_____
7. Acquérir des connaissances sur l'affirmation de soi	_____
8. Acquérir des notions théoriques sur la connaissance de soi	_____
9. Acquérir des connaissances sur la théorie des systèmes	_____
10. Acquérir des connaissances sur la dynamique familiale	_____

=====

Habilité de référence:

SUPERVISER ET COORDONNER LE TRAVAIL DES AUTRES MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE SOINS

Valeur = 50

=====

HABILETÉS	VALEUR
11. Acquérir des connaissances sur l'approche systémique auprès de la famille	_____
12. Connaître les bases philosophiques de la profession infirmière	_____
13. Acquérir des connaissances de base sur les différents modèles conceptuels en sciences infirmières ainsi que la philosophie qui les sous-tend.	_____
14. Acquérir des connaissances sur la bioéthique	_____
15. Acquérir des connaissances en relation d'aide	_____
16. Posséder des connaissances sur les théories du leadership	_____
17. Acquérir des connaissances sur les méthodologies de recherche en sciences infirmières.	_____
18. Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en psychiatrie	_____
19. Acquérir des connaissances en pédagogie (enseignement à la clientèle cible)	_____
20. Acquérir des connaissances en andragogie	_____
21. Acquérir des connaissances en créativité	_____
22. Acquérir des notions théoriques sur le changement planifié	_____

=====

Habileté de référence:

SUPERVISER ET COORDONNER LE TRAVAIL DES AUTRES MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE SOINS

Valeur = 50

=====

HABILETÉS	VALEUR
23. Acquérir des notions de marketing	_____
24. Acquérir des connaissances sur les modes de distribution de soins	_____
25. Acquérir des connaissances en gestion des soins infirmiers (inclure des notions de contrôle et d'évaluation de la qualité des soins)	_____
26. Acquérir des connaissances sur la gestion des équipes multidisciplinaires (principes de la négociation)	_____
27. Acquérir des connaissances sur l'organisation et l'éducation socio-sanitaire	_____
28. Acquérir des connaissances sur l'intervention ethnoculturelle	_____
29. Connaître les méthodes d'intervention et les limites des autres professionnels (les) de la santé	_____
30. Acquérir des connaissances sur les différentes thérapies alternatives (buts, objectifs, accessibilité)	_____
31. Connaître les principes sous-jacents à la mobilisation des clients alités	_____
32. Connaître les différentes sortes de stomie (leur fonctionnement, l'alimentation requise)	_____

=====

Habilitété de référence:

SUPERVISER ET COORDONNER LE TRAVAIL DES AUTRES MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE SOINS

Valeur = 50

=====

HABILETÉS	VALEUR
33. Connaître les différentes façons de faire les pansements	_____
34. Etre capable de discerner le stress optimal (positif) du stress nuisible	_____
35. Etre capable d'appliquer les différentes étapes de la démarche de soins auprès d'une <u>communauté</u> , (évaluation des besoins de la clientèle cible, analyse, formulation d'un diagnostic infirmier, validation du diagnostic, planification, intervention et évaluation)	_____
36. Etre capable d'appliquer un modèle conceptuel auprès de différentes clientèles cibles	_____
37. Etre capable d'appliquer les grands principes de prévention et de promotion de la santé dans tous les milieux d'intervention (centres hospitaliers, milieux naturels, etc.)	_____
38. Etre capable d'organiser son travail	_____
39. Etre capable de faire les techniques de base reliées aux soins infirmiers (ex. lit, bain, injection, intraveineuse, poser des sondes, etc.)	_____
40. Etre capable de mobiliser les clientèles en tenant compte des principes scientifiques sous-jacents	_____

=====

Habileté de référence:

SUPERVISER ET COORDONNER LE TRAVAIL DES AUTRES MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE SOINS

Valeur = 50

=====

HABILETÉS	VALEUR
41. Etre capable d'interagir avec la famille du client	_____
42. Etre capable de faire un examen physique centré sur la normalité	_____
43. Etre capable d'effectuer une réanimation cardiaque	_____
44. Etre capable d'intervenir dans des situations d'urgence (secourisme)	_____
45. Discuter des problématiques de soins de leur client avec les autres membres de l'équipe de soins (cela permet de valider leurs observations)	_____
46. Etre capable de faire face à sa propre agressivité et à celle des autres	_____
47. Etre capable de faire face aux frustrations, aux échecs et au rejet de façon positive	_____
48. Etre tolérant face à l'ambiguïté	_____
49. Faire preuve de créativité dans ses interventions (sortir des cadres habituels)	_____
50. Demander de l'aide au besoin	_____
51. Etre capable d'assumer un leadership	_____

=====

Habilité de référence:

SUPERVISER ET COORDONNER LE TRAVAIL DES AUTRES MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE SOINS

Valeur = 50

=====

HABILETÉS	VALEUR
52. Développer un esprit de solidarité entre infirmières (dans les cours et dans les milieux de stage)	_____
53. Promouvoir les soins infirmiers auprès de la population	_____

DEUXIEME PARTIE:CONSIGNES RELATIVES AUX MOYENS:

a) Pour déterminer l'importance des moyens contenus dans ce questionnaire, nous vous demandons d'utiliser le moyen de référence qui apparaît en haut de chaque page. Votre tâche consiste à attribuer une valeur à chacun des moyens en les comparant au moyen de référence. Une valeur de 50 a été assignée au moyen de référence.

b) EXEMPLE DE RÉPONSE

=====

Moyen de référence:

IMPLIQUER LES ÉTUDIANTES INFIRMIERES DE TROISIEME ANNÉE DANS DES PROJETS DE RECHERCHE CLINIQUE

Valeur = 50

=====

HABILETÉS	VALEUR
1. Offrir un plus grand choix de cours optionnels	10
2. Instaurer un internat de quatre mois à la fin du programme de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières	700

Pour le moyen no. 1, la répondante a assigné une valeur de 10, ce qui signifie que celui-ci est considéré cinq fois moins important que le moyen de référence.

Pour le moyen no. 2, la répondante a assigné une valeur de 700, ce qui signifie que celui-ci est considéré 14 fois plus important que le moyen de référence.

Chacun de ces moyens est comparé au moyen de référence qui a une valeur de 50. Il n'y a pas de limite à la valeur maximale que vous pouvez assigner à un moyen. Par contre, la valeur minimale que vous pouvez attribuer est de 1, ce qui signifierait que ce moyen n'aurait aucune valeur, c'est-à-dire qu'il serait sans importance.

Deuxième partie: PRIORISATION DES MOYENS

=====

Moyen de référence:

DISPENSER LES COURS DE RELATION D'AIDE SUR UNE PÉRIODE INTENSIVE

Valeur = 50

=====

MOYENS	VALEUR
1. Faire le lien entre les cours de sciences (biochimie, anatomie, pathologie, physiologie, pharmacologie) et les sciences infirmières. (trop axés sur le côté médical)	_____
2. Modifier le contenu du cours de psychiatrie	_____
3. Dispenser la matière par module et non plusieurs matières dans un même cours	_____
4. Mettre le cours d'épidémiologie comme cours optionnel	_____
5. Éviter les répétitions entre les cours en sciences infirmières et les cours de sciences	_____
6. Dispenser les cours de formation générale et de sciences la première année	_____
7. Dispenser le cours de pharmacologie après la première année une fois que les étudiantes ont eu un contact avec les clients	_____
8. Avoir trois cours au choix, soit un par année	_____
9. Modifier la structure des cours (faire les stages immédiatement après la théorie)	_____
10. Le nombre de crédits alloués pour les cours devraient être représentatifs de la charge de travail exigé	_____

=====

Moyen de référence:

DISPENSER LES COURS DE RELATION D'AIDE SUR UNE PÉRIODE INTENSIVE

Valeur = 50

=====

MOYENS	VALEUR
11. Faire dispenser les cours de biochimie, de pharmacologie, d'épidémiologie, et de physiologie par des professeurs (res) qui ont une formation en sciences infirmières (dans une perspective de sciences infirmières)	_____
12. Offrir plus de disponibilité aux étudiantes en dehors des cours (chez les professeurs (res) qui dispensent les cours de sciences)	_____
13. Donner plus de contrôle à l'étudiante sur son cheminement de cours.	_____
14. Réviser les principes de la mobilisation des clients à chaque année et les pratiquer en laboratoire chaque année	_____
15. Avoir du matériel adéquat et complet lors des laboratoires (ex. stomies, etc.)	_____
16. Favoriser les interactions infirmière-client en laboratoire à l'aide de simulation de cas	_____
17. Réduire à 40 le nombre d'étudiants dans les cours théoriques ou prévoir des ateliers avec un nombre réduit d'étudiantes	_____
18. Mettre le cours de réanimation obligatoire	_____
19. Favoriser la mise en place d'ateliers sur la connaissance de soi et le développement personnel	_____
20. Avoir des ateliers à orientation pratique (mise en situation clinique en petit groupe)	_____

=====

Moyen de référence:

DISPENSER LES COURS DE RELATION D'AIDE SUR UNE PÉRIODE INTENSIVE

Valeur = 50

=====

MOYENS	VALEUR
21. Apprendre à faire confiance aux étudiantes dans les cours (même dans les cours qui ont un nombre élevé d'étudiantes)	_____
22. Impliquer les étudiantes dans des équipes de travail multidisciplinaires, de la première à la dernière année de formation	_____
23. Mettre plus l'accent sur la recherche appliquée dans le cours de méthodologie de la recherche en sciences infirmières (comment on peut appliquer les recherches dans les milieux cliniques)	_____
24. Les professeures devraient être des modèles de rôle (role model) en stage (s'affirmer plus)	_____
25. Respecter les étudiantes en stage et dans les cours théoriques	_____
26. Ne pas lancer de doubles messages aux étudiantes (agir comme professionnelle, mais ne déranger pas trop)	_____
27. Valoriser les initiatives des étudiantes	_____
28. Éviter de créer un climat de méfiance dans les stages (en faisant exercer un contrôle par d'autres étudiantes)	_____
29. Permettre à l'étudiante en stage d'être responsable de son client face aux autres professionnels (les)	_____

=====

Moyen de référence:

DISPENSER LES COURS DE RELATION D'AIDE SUR UNE PÉRIODE INTENSIVE

Valeur = 50

=====

MOYENS	VALEUR
30. Accepter que les étudiantes puissent faire des erreurs lorsqu'elles sont en apprentissage dans les stages (si cela ne représente pas un danger pour le client)	_____
31. Les professeures devraient donner plus de soutien aux étudiants lors du stage d'obstétrique	_____
32. Ne pas exiger de l'étudiante qu'elle demande au client s'il veut l'avoir comme infirmière	_____
33. Promouvoir le contrat d'apprentissage dans les stages (tenir compte des objectifs personnels des étudiantes)	_____
34. Promouvoir l'entraide, l'esprit d'équipe dans les cours et dans les stages	_____
35. Responsabiliser les étudiantes lors des stages en leur permettant de faire du "coaching" entre elles pour l'application des techniques de soins	_____
36. S'assurer que chaque étudiante ait la possibilité d'appliquer ou de voir l'application de chaque technique de soins lors des stages	_____
37. Jumeler un étudiant avec une étudiante dans le stage d'obstétrique (afin de faciliter son intégration)	_____
38. Centrer l'évaluation des stages sur les forces des étudiantes tout en soulignant les améliorations à apporter	_____

=====

Moyen de référence:

DISPENSER LES COURS DE RELATION D'AIDE SUR UNE PÉRIODE INTENSIVE

Valeur = 50

=====

MOYENS	VALEUR
39. Veiller à ce que les superviseures respectent les critères d'évaluation lors des stages	_____
40. Lors des stages, mettre autant l'accent sur l'évaluation des attitudes que sur les habiletés motrices (ex. intégration dans l'équipe, capacité d'offrir son aide, interaction avec le client, la famille)	_____
41. Éviter les jugements de valeurs (ex. évaluer en fonction de la performance et non de l'apparence physique des étudiantes)	_____
42. Travailler conjointement avec le centre d'emploi de l'université pour favoriser l'emploi comme préposé aux bénéficiaires dans les centres hospitaliers et ce dès la première année (afin de faciliter l'intégration dans les milieux lors des stages)	_____
43. Inclure l'anglais comme pré-requis à l'admission	_____
44. Que l'université fournisse des locaux adéquats, en nombre suffisant et avec des installations adéquates	_____
45. Réduire le ratio professeure/étudiantes dans les groupes de stage.	_____

=====

Moyen de référence:

DISPENSER LES COURS DE RELATION D'AIDE SUR UNE PÉRIODE INTENSIVE

Valeur = 50

=====

MOYENS	VALEUR
46. Augmenter la durée du stage de première année (soins aux adultes) à 4 semaines, à raison de 4 jours/semaine	_____
47. Lors du stage d'intégration, augmenter graduellement le nombre de client ou de famille par étudiante afin de mieux refléter la réalité des milieux (cela leur permet d'apprendre à gérer leur stress)	_____
48. Deux semaines avant les stages, simuler des situations réelles en laboratoire, afin de réduire le niveau de stress des étudiantes (reproduire un environnement similaire)	_____
49. Demander aux étudiantes de définir clairement leurs objectifs de stage	_____
50. Demander aux étudiantes en stage de présenter les résultats de leur travail aux infirmières de l'unité de soins (source d'affirmation et d'estime de soi)	_____
51. Demander aux étudiantes en stage de discuter de leurs plans de soins avec les infirmières de l'unité où elles travaillent et de les laisser à l'unité (source de stimulation pour les infirmières de l'unité de soins)	_____
52. S'assurer que les professeures supervisent (sur place) le dernier stage d'intégration dans les milieux cliniques (pour évaluer l'aspect psychosocial et familial dans les interventions des étudiantes)	_____

=====

Moyen de référence:

DISPENSER LES COURS DE RELATION D'AIDE SUR UNE PÉRIODE INTENSIVE

Valeur = 50

=====

MOYENS	VALEUR
53. Que l'université donne plus de formation aux superviseuses de stage	_____
54. Permettre aux étudiantes de rencontrer des infirmières qui dispensent des soins intégraux (primary nursing)	_____
55. Donner plus de responsabilité aux étudiantes (ne pas tout faire pour elles, car cela ne reflète pas la réalité des milieux cliniques)	_____
56. Favoriser l'affirmation de soi des étudiantes (au sein de l'université)	_____
57. Permettre aux étudiantes de s'affirmer dans les stages (que les milieux leur fassent davantage confiance)	_____
58. Que les responsables des unités de soins manifestent leurs attentes aux étudiantes en stage (en termes de ce que cela pourrait leur rapporter)	_____
59. Que les professeures/superviseuses fassent profiter les infirmières du milieu de leur expertise (ex. conférences le midi, explication de cas complexe)	_____
60. Offrir des périodes libres de laboratoire (cela permet aux étudiantes de pratiquer leurs habiletés psychomotrices)	_____
61. Offrir des laboratoires en fonction de toutes les clientèles cibles	_____

=====

Moyen de référence:

DISPENSER LES COURS DE RELATION D'AIDE SUR UNE PÉRIODE INTENSIVE

Valeur = 50

=====

MOYENS	VALEUR
62. S'assurer qu'en laboratoire les étudiantes maîtrisent les habiletés psychomotrices fondamentales	_____
63. Faire des laboratoires d'examen physique autant pour les enfants que pour les adultes	_____
64. Augmenter le nombre de laboratoires dirigés	_____
65. Mettre sur pied un groupe de soutien ou d'entraide par les pairs	_____
66. Mettre sur pied un groupe d'entraide ou de tutorat composé d'une professeure et d'une étudiante de 1 ^{ière} , 2 ^{ième} et 3 ^{ième} années	_____
67. Faire passer un test de personnalité aux étudiantes lors de l'admission	_____
68. S'assurer que les étudiantes puissent s'exprimer et écrire correctement en français (pour pouvoir communiquer avec son client)	_____
69. Développer des moyens d'évaluation pour favoriser une meilleure qualité au niveau de la population étudiante en sciences infirmières (ex. augmenter les exigences au niveau des cours, des stages)	_____

=====

Moyen de référence:

DISPENSER LES COURS DE RELATION D'AIDE SUR UNE PÉRIODE INTENSIVE

Valeur = 50

=====

MOYENS	VALEUR
70. Que l'université développe des mécanismes de contrôle pour éviter que les étudiantes qui ont des problèmes d'ordre psychique ou affectif puissent continuer leur programme de formation (du moins jusqu'à ce que le problème soit réglé)	_____
71. Que les gestionnaires des milieux cliniques mettent sur pied des modes de distribution de soins qui favorisent une continuité de soins	_____
72. Que les gestionnaires des milieux cliniques reconnaissent l'importance de la force curative de la relation d'aide dans les interventions des infirmières	_____
73. Favoriser la mise en place de postes conjoints entre l'université et les milieux cliniques	_____
74. Instaurer un système de préceptorat dans les milieux cliniques	_____
75. Conclure une entente avec les milieux cliniques et l'université pour que l'étudiante puisse pratiquer les techniques de soins de base dans les milieux (ex. au centre de prélèvement)	_____
76. Que toutes les professeures s'impliquent dans les milieux cliniques soit par des projets de recherche ou des supervisions de stage (cela permet de rester en contact avec la réalité des milieux)	_____

=====

Moyen de référence:

DISPENSER LES COURS DE RELATION D'AIDE SUR UNE PÉRIODE INTENSIVE

Valeur = 50

=====

MOYENS	VALEUR
77. Avoir au moins 30% d'infirmières bachelières dans les milieux de s'age (cela favorise l'apprentissage par modèle de rôle (role model))	_____
78. Que l'université favorise le développement d'une conscience sociale chez les étudiantes en les impliquant au sein de la communauté dès le début de leur formation (ex. travailler avec les itinérants)	_____
79. Que les milieux cliniques et communautaires adoptent une philosophie de soins basée sur les soins intégraux	_____
80. Que les milieux cliniques affiliés à l'université reconnaissent que l'enseignement fait partie du mandat du centre ou des professionnels (les) qui y travaillent.	_____
81. Que les milieux cliniques fournissent des locaux adéquats lors des stages (faciliter les rencontres)	_____
82. Valoriser la recherche clinique dans les facultés de sciences infirmières	_____
83. Favoriser des rencontres entre les administratrices des milieux cliniques, de l'université et les infirmières chefs d'unités de soins (en vue de partager une même philosophie de soins)	_____

=====

Moyen de référence:

DISPENSER LES COURS DE RELATION D'AIDE SUR UNE PÉRIODE INTENSIVE

Valeur = 50

=====

MOYENS	VALEUR
84. Que les professeures siègent sur des comités décisionnels dans les milieux et que les représentantes des milieux siègent sur des comités décisionnels au sein de l'université	_____
85. Qu'il y ait des ententes entre les milieux de stage (CH et CLSC) pour que les intervenantes et les étudiantes aient accès à la formation dispensée dans ces centres (ex. dialyse, inhalothérapie, etc.)	_____
86. Que l'université diversifie plus les milieux de stage en santé communautaire (ex. centre de jour, centre des femmes, organisme communautaire)	_____
87. En cas d'insatisfaction lors des stages, les responsables dans les universités devraient déposer une plainte pour qu'il y ait un suivi de la part des milieux (l'université est aussi un client d'une certaine façon)	_____
88. Les milieux devraient être plus réceptifs et plus coopératifs	_____
89. Les milieux devraient réduire la charge de travail des nouvelles graduées pour faciliter leur intégration	_____
90. Ne pas s'attendre qu'une infirmière nouvellement graduée performe comme une infirmière ayant 10 ans d'expérience	_____
91. Echelonner la formation sur une période de quatre ans, incluant un internat de spécialisation	_____

APPENDICE J

Tableau 11

Moyennes, écarts-types et écarts obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour l'ensemble des représentantes des institutions

ÉTATS CIBLES (EC)	ÉTATS ACTUELS (EA)		ÉCARTS (EC-EA)
	$\bar{x}$	s	E
<u>HABILETÉS COGNITIVES</u>			
1*	3.07	0.829	1.93
2	4.07	0.704	0.93
3	3.93	0.704	1.07
4	3.53	0.743	1.47
5	3.40	0.828	1.60
6	3.07	1.944	1.93
7	3.13	0.915	1.87
8	2.60	0.632	2.40
9	2.33	0.617	2.67
10	3.71	0.726	1.29
11	3.53	0.516	1.47
12	3.27	0.458	1.73
13	3.20	0.676	1.80
14	3.47	0.516	1.53
15	2.27	0.704	2.73
16	3.13	0.640	1.87
17	3.33	0.817	1.67
18	2.80	0.676	2.20
19	2.53	0.834	2.47
20	2.20	0.561	2.80
21	3.40	0.633	1.60
22	2.73	0.704	2.27
23	2.67	0.888	2.34
24	3.27	0.799	1.73
25	3.07	0.799	1.93
26	2.79	0.975	2.21
27	2.50	0.650	2.50
28	1.79	0.579	3.21
29	3.36	0.929	1.64
30	3.75	0.866	1.25
31	3.58	0.901	1.42
32	3.36	1.008	1.64
33	3.64	1.008	1.36
34	3.47	0.516	1.53

Note. Voir tableau 3 p. 61 pour la correspondance des énoncés

Tableau 11 (suite)

Moyennes, écarts-types et écarts obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour l'ensemble des représentantes des institutions

ÉTATS CIBLES (EC)	ÉTATS ACTUELS (EA)		ÉCARTS (EC-EA)
	$\bar{x}$	s	E
<u>HABILETÉS COGNITIVES</u>			
35*	3.53	0.640	1.47
36	3.21	1.122	1.79
37	2.93	1.072	2.07
38	2.58	1.240	2.42
39	3.00	0.961	2.00
40	3.14	1.100	1.86
41	2.60	0.828	2.40
42	3.43	0.646	1.57
43	2.58	0.793	2.42
44	4.33	0.724	0.67
45	2.27	0.799	2.73
46	3.20	0.775	1.80
47	4.00	0.756	1.00
48	3.43	0.646	1.57
49	3.80	0.561	1.20
50	3.79	0.700	1.21
51	2.93	0.616	2.07
52	3.21	1.051	1.79
53	3.21	1.051	1.79
54	2.53	0.834	2.47
55	2.29	0.611	2.71
56	2.57	0.852	2.43
57	3.93	1.033	1.07
58	3.21	0.893	1.79
59	2.77	0.927	2.23
60	3.67	0.900	1.33
61	2.80	0.862	2.20
62	3.80	0.775	1.20
63	3.53	0.743	1.47
64	3.31	1.109	1.69
65	3.80	0.789	1.20
66	3.20	0.775	1.80
67	3.14	0.663	1.86
68	2.92	0.760	2.08
69	3.27	0.799	1.73
70	3.07	0.799	1.93

Note. Voir tableau 3 p. 63 pour la correspondance des énoncés

Tableau 11 (suite)

Moyennes, écarts-types et écarts obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour l'ensemble des représentantes des institutions

ÉTATS CIBLES (EC)	ÉTATS ACTUELS (EA)		ÉCARTS (EC-EA)
	$\bar{x}$	s	E
<u>HABILETÉS COGNITIVES</u>			
71	3.07	1.033	1.93
72	3.07	0.704	1.93
73	3.60	0.633	1.40
74	3.47	0.743	1.53
75	3.47	0.916	1.53
76	3.27	0.704	1.73
77	3.27	0.884	1.73
<u>HABILETÉS MOTRICES</u>			
1*	3.14	0.949	1.86
2	3.43	0.646	1.57
3	3.67	0.900	1.33
4	3.71	0.825	1.29
5	3.20	0.862	1.80
6	3.50	1.019	1.50
7	3.86	0.770	1.14
8	4.13	0.743	0.87
9	3.79	0.893	1.21
10	3.13	0.834	1.87
11	2.86	1.027	2.14
12	3.21	0.802	1.80
13	2.93	1.072	2.07
14	2.86	1.027	2.14
15	3.93	0.799	1.07
16	3.67	1.047	1.33
17	3.47	0.640	1.53
18	3.47	0.834	1.53
19	3.67	0.817	1.33
20	3.00	0.845	2.00
21	3.67	1.047	1.33
22	3.80	0.862	1.20

Note. Voir tableau 4 p. 70 pour la correspondance des énoncés

Tableau 11 (suite)

Moyennes, écarts-types et écarts obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour l'ensemble des représentantes des institutions

ÉTATS CIBLES (EC)	ÉTATS ACTUELS (EA)		ÉCARTS (EC-EA)
	$\bar{x}$	s	E
<u>HABILETÉS AFFECTIVES</u>			
1*	3.37	0.900	1.63
2	3.14	0.663	1.86
3	3.20	0.676	1.80
4	3.07	0.961	1.93
5	3.27	0.799	1.73
6	3.33	0.900	1.67
7	3.20	0.941	1.80
8	3.60	0.507	1.40
9	3.87	0.640	1.13
10	3.13	0.834	1.87
11	3.15	0.899	1.85
12	2.86	0.663	2.14
13	2.77	0.599	2.23
14	2.57	0.756	2.43
15	3.73	1.033	1.27
16	3.27	0.884	1.73
17	3.00	1.069	2.00
18	3.15	0.987	1.85
19	3.13	0.916	1.87
20	3.20	0.941	1.80
21	2.93	0.704	2.07
22	3.53	0.834	1.47
23	3.14	0.770	1.86
24	3.33	0.617	1.67
25	3.47	0.990	1.53

Note. Voir tableau 5 p. 73 pour la correspondance des énoncés

Tableau 11 (suite)

Moyennes, écarts-types et écarts obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour l'ensemble des représentantes des institutions

ÉTATS CIBLES (EC)	ÉTATS ACTUELS (EA)		ÉCARTS (EC-EA)
	$\bar{x}$	s	E
<u>MOYENS</u>			
1*	1.46	0.660	3.54
2	1.55	0.934	3.46
3	1.71	0.726	3.29
4	2.14	0.535	2.86
5	2.85	0.801	2.15
6	2.08	0.862	2.92
7	2.54	0.967	2.46
8	2.15	1.068	2.85
9	2.07	0.829	2.93
10	2.29	0.825	2.71
11	3.27	1.555	1.73
12	1.79	0.699	3.21
13	2.93	1.328	2.07
14	2.07	0.917	2.93
15	3.07	1.223	1.93
16	2.80	0.941	2.20
17	2.53	1.126	2.47
18	2.87	1.060	2.13
19	1.71	0.825	3.29
20	2.29	0.611	2.71
21	3.27	0.799	1.73
22	2.85	1.281	2.15
23	2.93	0.799	2.07
24	2.57	0.938	2.43
25	3.29	0.914	1.71
26	3.40	0.633	1.60
27	2.73	0.884	2.27
28	3.92	0.760	1.08
29	2.87	0.916	2.13
30	2.00	1.038	3.00
31	2.07	0.917	2.93
32	2.50	0.905	2.50
33	2.08	0.954	2.92
34	2.08	0.954	2.92
35	2.23	0.725	2.77
36	1.46	0.776	3.54

Note. Voir tableau 6 p. 77 pour la correspondance des énoncés

Tableau 11 (suite)

Moyennes, écarts-types et écarts obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour l'ensemble des représentantes des institutions

ÉTATS CIBLES (EC)	ÉTATS ACTUELS (EA)		ÉCARTS (EC-EA)
	$\bar{x}$	s	E
<u>MOYENS</u>			
37*	1.62	0.870	3.39
38	3.08	1.321	1.92
39	1.31	0.480	3.69
40	2.43	0.852	2.57
41	2.50	0.855	2.50
42	1.83	0.577	3.17
43	2.29	0.914	2.71
44	2.57	0.938	2.43
45	1.93	0.829	3.07
46	2.14	1.232	2.86
47	1.85	0.801	3.15
48	1.93	0.730	3.07
49	2.00	1.240	3.00
50	2.36	1.008	2.64
51	2.00	0.877	3.00
52	2.93	1.223	2.07
53	2.87	1.187	2.13
54	2.64	1.216	2.36
55	2.13	0.990	2.87
56	2.07	0.917	2.93
57	2.07	0.917	2.93
58	3.00	1.240	2.00
59	2.21	0.975	2.79
60	1.00	0.000	4.00

Note. Voir tableau 6 p. 80 pour la correspondance des énoncés

Tableau 12

Moyennes et écarts-types obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

ÉTATS ACTUELS (EA)									
	ADM		PROF		CLSC		CH		
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
HABILETÉS COGNITIVES									
1*	2.75	0.500	3.50	1.500	3.00	0.817	3.25	0.500	
2	4.50	0.577	4.33	0.577	3.50	0.577	4.00	0.817	
3	4.25	0.500	4.00	1.000	3.50	0.577	4.00	0.816	
4	4.25	0.500	3.33	0.577	3.00	0.816	3.50	0.577	
5	4.25	0.500	3.33	1.154	2.75	0.500	3.25	0.500	
6	2.50	1.290	3.67	0.577	1.33	1.578	3.00	0.000	
7	3.75	0.500	3.33	1.527	2.50	1.000	3.00	0.000	
8	2.50	0.577	2.67	1.154	2.25	0.500	3.00	0.000	
9	1.75	0.500	2.33	0.577	2.50	0.577	2.75	0.500	
10	4.25	0.500	3.67	1.154	2.25	1.500	3.75	0.500	
11	4.00	0.000	3.67	0.577	3.00	0.000	3.50	0.577	
12	3.75	0.500	3.00	0.000	3.00	0.000	3.25	0.500	
13	2.71	1.380	2.67	0.577	3.00	0.816	3.25	0.500	
14	3.75	0.500	3.33	0.577	3.25	0.500	3.50	0.577	
15	2.25	0.500	2.25	0.957	3.00	0.000	2.00	0.577	
16	3.00	0.816	3.50	0.577	3.00	0.000	3.00	0.816	
17	3.00	0.816	4.25	0.500	3.00	0.000	3.00	0.816	
18	3.00	0.816	2.75	0.500	2.33	0.577	3.00	0.816	
19	3.00	0.816	2.25	0.500	2.00	1.000	2.75	0.957	
20	2.50	0.577	2.00	0.000	2.00	1.000	2.25	0.500	

Note. Voir tableau 3 p. 61 pour la correspondance des énoncés

Tableau 12 (suite)

Moyennes et écarts-types obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

	<u>ÉTATS ACTUELS (EA)</u>									
	<u>ADM</u>		<u>PROF</u>		<u>CLSC</u>		<u>CH</u>			
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
<u>HABILITÉS COGNITIVES</u>										
21*	3.25	0.500	4.00	0.000	3.00	3.333	3.00	0.816	3.00	0.816
22	2.50	0.577	3.00	0.816	3.00	1.000	3.00	0.577	2.50	0.577
23	3.00	0.816	2.50	0.707	2.67	1.527	2.67	0.577	2.33	0.577
24	3.00	0.816	4.00	0.000	3.67	0.577	3.67	0.577	2.50	0.577
25	2.75	0.957	3.75	0.500	3.33	0.577	3.33	0.577	2.50	0.577
26	2.75	0.957	3.75	0.500	1.67	0.577	1.67	0.577	2.67	0.577
27	2.75	0.957	2.75	0.500	2.00	0.000	2.00	0.000	2.25	0.500
28	2.25	0.500	1.25	0.500	1.50	0.707	1.50	0.000	2.00	0.000
29	3.00	0.000	4.25	0.957	3.67	0.577	3.67	0.577	2.50	0.577
30	3.33	0.577	4.50	0.577	4.00	0.000	4.00	1.000	3.00	1.000
31	3.00	0.000	4.50	0.577	4.00	0.000	4.00	0.577	2.67	0.577
32	3.50	0.816	4.50	0.577	3.50	0.707	3.50	0.707	2.50	0.577
33	3.50	0.577	4.50	0.577	4.50	0.577	4.50	0.577	2.50	0.577
34	3.50	0.577	3.75	0.500	3.33	0.577	3.33	0.577	3.25	0.500
35	3.50	0.577	4.00	0.816	3.33	0.577	3.33	0.577	3.25	0.500
36	3.00	0.816	4.00	0.816	3.00	2.828	3.00	0.500	2.75	0.500
37	2.50	0.577	4.25	0.500	3.00	0.000	3.00	0.816	2.00	0.816
38	2.25	0.500	3.67	0.577	3.00	2.828	3.00	0.577	1.67	0.577
39	3.25	0.957	2.50	0.577	3.50	2.121	3.50	0.816	3.00	0.816
40	3.50	0.577	3.50	0.577	3.00	2.828	3.00	2.500	2.00	2.500

Note. Voir tableau 3 p. 62 pour la correspondance des énoncés

Tableau 12 (suite)

Moyennes et écarts-types obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

ÉTATS ACTUELS (EA)										
ADM		PROF		CLSC		CH				
$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
<u>HABILETÉS COGNITIVES</u>										
41*	3.50	0.577	2.25	0.957	2.33	0.577	2.25	0.577	2.25	0.500
42	3.33	0.577	4.00	0.000	3.33	0.577	3.00	0.577	3.00	0.816
43	2.33	0.577	3.00	0.000	2.00	1.414	2.75	0.577	2.75	0.957
44	4.50	0.577	5.00	0.000	4.33	0.577	3.50	0.577	3.50	0.577
45	2.75	0.500	2.25	0.957	1.33	0.577	2.50	0.577	2.50	0.577
46	3.00	0.816	4.00	0.000	3.33	0.577	2.50	0.577	2.50	0.577
47	3.75	0.957	4.50	0.577	4.33	0.577	3.50	0.577	3.50	0.577
48	3.50	0.577	3.50	0.577	3.50	0.707	2.33	0.707	2.33	2.081
49	3.50	0.577	4.25	0.500	4.00	0.000	3.50	0.577	3.50	0.577
50	3.50	0.577	4.25	0.500	4.50	0.707	3.25	0.707	3.25	0.500
51	3.00	0.000	3.25	0.500	3.00	1.414	2.50	1.414	2.50	0.577
52	3.50	0.577	3.00	1.414	4.00	1.414	2.75	1.414	2.75	0.957
53	3.25	0.500	3.25	0.957	3.00	2.645	2.50	2.645	2.50	1.290
54	2.50	0.577	2.75	0.957	2.33	1.527	2.50	1.527	2.50	0.577
55	2.33	0.577	2.75	0.500	2.00	1.000	2.00	1.000	2.00	0.000
56	2.33	0.577	3.25	0.957	2.33	1.154	2.25	1.154	2.25	0.500
57	3.75	0.957	5.00	0.000	4.00	1.000	3.00	1.000	3.00	0.816
58	2.75	0.500	4.00	0.000	4.00	1.414	2.50	1.414	2.50	0.577
59	2.33	0.577	3.75	0.500	3.00	1.414	2.00	1.414	2.00	0.000
60	3.25	0.500	4.25	0.500	4.33	1.154	3.00	1.154	3.00	0.816

Note. Voir tableau 3 p. 63 pour la correspondance des énoncés

Tableau 12 (suite)

Moyennes et écarts-types obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

	ÉTATS ACTUELS (EA)									
	ADM		PROF		CLSC		CH			
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
<u>HABILETÉS COGNITIVES</u>										
61*	3.25	0.500	2.75	0.500	3.33	1.527	2.00	0.000		
62	3.25	0.500	4.50	0.577	4.00	1.000	3.50	0.577		
63	3.25	0.500	4.00	0.000	4.00	1.000	3.00	0.816		
64	2.33	0.577	4.25	0.500	2.33	2.081	2.33	0.577		
65	3.50	0.707	4.50	0.577	3.50	0.707	3.00	0.000		
66	3.00	0.816	3.75	0.500	3.00	1.000	3.00	0.816		
67	2.75	0.500	3.50	0.577	3.50	0.707	3.00	0.817		
68	2.33	0.577	3.50	0.577	3.50	0.707	2.50	0.577		
69	3.00	0.000	3.75	0.500	3.67	1.154	2.75	0.957		
70	2.50	0.577	3.75	0.500	3.33	1.154	2.75	0.500		
71	2.25	0.500	4.00	0.000	3.33	1.527	2.75	0.957		
72	3.25	0.500	3.50	0.577	2.33	0.577	3.00	0.816		
73	3.25	0.500	4.00	0.000	4.00	1.000	3.25	0.500		
74	3.50	0.577	3.75	0.500	3.33	1.527	3.25	0.500		
75	2.75	0.957	4.25	0.500	3.67	0.577	3.00	0.000		
76	2.75	0.500	4.00	0.000	3.33	0.577	3.00	0.816		
77	2.25	0.500	4.00	0.000	3.67	1.154	3.25	0.000		

Note. Voir tableau 3 p. 61 pour la correspondance des énoncés

Tableau 12 (suite)

Moyennes et écarts-types obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

	<u>ÉTATS ACTUELS (EA)</u>									
	ADM		PROF		CLSC		CH			
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
<u>DOMAINE MOTEUR</u>										
1*	2.25	0.957	3.75	0.500	3.50	0.707	3.25	0.957	3.25	0.957
2	3.00	0.817	3.75	0.500	3.50	0.707	3.50	0.577	3.50	0.577
3	3.25	0.957	4.00	0.000	4.00	1.000	3.5	1.291	3.5	1.291
4	3.50	0.577	4.50	0.577	3.67	0.577	3.00	1.000	3.00	1.000
5	2.50	0.577	4.00	0.000	3.67	0.577	2.75	0.957	2.75	0.957
6	3.25	0.957	3.75	0.577	4.50	0.707	3.00	1.155	3.00	1.155
7	3.50	0.577	4.50	0.577	4.00	1.414	3.50	0.577	3.50	0.577
8	3.50	0.577	5.00	0.000	4.00	1.000	4.00	0.000	4.00	0.000
9	3.00	0.817	4.25	0.500	5.00	0.000	3.50	0.577	3.50	0.577
10	2.50	0.577	3.50	0.577	3.67	1.155	3.00	0.817	3.00	0.817
11	2.50	1.000	3.25	0.957	4.00	1.414	2.25	0.500	2.25	0.500
12	2.75	0.957	3.25	0.957	3.50	0.707	3.50	0.577	3.50	0.577
13	2.75	0.957	2.75	1.258	4.00	1.414	2.75	0.957	2.75	0.957
14	2.50	0.597	3.00	0.817	4.00	1.414	2.50	1.291	2.50	1.291
15	3.25	0.500	4.75	0.500	4.00	1.000	3.75	0.500	3.75	0.500
16	3.00	0.756	4.75	0.500	4.00	1.000	3.25	0.500	3.25	0.500
17	3.00	0.817	4.00	0.000	4.00	0.577	3.25	0.500	3.25	0.500
18	2.75	0.957	4.25	0.500	3.68	0.577	3.25	0.500	3.25	0.500
19	3.25	0.500	4.25	0.500	4.00	1.000	3.25	0.957	3.25	0.957
20	2.25	0.500	3.75	0.500	3.00	1.000	3.00	0.817	3.00	0.817
21	3.25	0.500	4.25	0.577	4.67	0.577	2.50	0.577	2.50	0.577
22	3.25	0.500	4.25	0.577	4.67	0.577	3.00	1.000	3.00	1.000

Note. Voir tableau 4 p. 70 pour la correspondance des énoncés

Tableau 12 (suite)

Moyennes et écarts-types obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

	ÉTATS ACTUELS (EA)									
	ADM		PROF		CLSC		CH			
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
<u>DOMAINE AFFECTIF</u>										
1*	3.50	0.577	4.25	0.500	3.67	1.523	3.25	0.957		
2	3.25	0.500	3.33	0.577	3.00	1.000	3.00	0.817		
3	3.25	0.500	3.25	0.500	3.67	1.155	2.75	0.500		
4	3.25	0.957	3.50	0.577	3.33	1.523	2.25	0.500		
5	2.75	0.500	4.00	0.000	3.67	1.155	2.75	0.500		
6	3.00	0.817	4.00	0.000	3.67	1.155	2.75	0.957		
7	3.00	0.817	3.75	0.500	4.00	1.000	2.25	0.500		
8	3.50	0.577	4.00	0.000	3.67	0.577	3.25	0.500		
9	3.50	0.577	4.50	0.577	4.00	0.000	3.50	0.577		
10	3.00	0.817	3.50	0.577	3.33	1.528	2.75	0.500		
11	2.75	0.500	4.00	0.000	3.67	1.155	2.33	0.577		
12	2.50	0.577	3.33	0.577	3.00	1.000	2.75	0.500		
13	2.50	0.577	3.00	0.000	2.67	1.528	2.25	0.500		
14	2.50	0.577	3.00	0.000	3.00	1.000	2.25	0.500		
15	2.75	0.500	4.75	0.500	4.33	1.155	3.25	0.500		
16	2.75	0.500	3.75	0.500	3.33	1.528	3.25	0.957		
17	2.50	0.577	3.25	0.500	3.33	1.528	3.00	1.155		
18	3.00	0.000	3.50	0.707	3.33	2.082	3.00	0.817		
19	2.50	0.577	3.75	0.500	3.33	1.528	3.00	0.817		
20	2.50	0.577	4.25	0.500	3.00	1.000	3.00	0.817		
21	2.75	0.500	3.50	0.577	3.00	1.000	2.50	0.577		
22	2.75	0.500	4.25	0.500	3.67	0.577	3.50	1.000		

Note. Voir tableau 5 p. 73 pour la correspondance des énoncés

Tableau 12 (suite)

Moyennes et écarts-types obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

ÉTATS CIBLES (EC)										
ÉTATS ACTUELS (EA)										
ADM		PROF		CLSC		CH				
$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	
DOMAINE AFFECTIF										
23	2.50	0.577	3.33	0.577	3.33	1.155	3.50	0.577	0.577	
24	3.25	0.500	3.50	0.577	3.00	1.000	3.50	0.577	0.577	
25	2.50	1.000	4.25	0.500	4.00	1.000	3.25	0.577	0.500	
MOYENS										
1*	2.00	0.816	1.00	0.000	1.00	0.000	2.00	0.000	0.000	
2	3.00	1.414	1.00	0.000	1.00	0.000	1.67	0.577	0.577	
3	2.00	0.000	1.75	0.957	1.00	0.000	2.0	1.000	1.000	
4	2.25	0.500	2.00	0.000	2.00	1.000	2.33	0.577	0.577	
5	2.25	0.500	3.25	0.500	3.67	0.577	2.00	0.000	0.000	
6	2.00	0.000	1.75	0.957	3.00	1.000	1.67	0.577	0.577	
7	1.75	0.957	3.25	0.500	3.00	1.414	2.33	0.577	0.577	
8	1.75	0.957	3.67	0.577	1.33	0.577	2.00	0.000	0.000	
9	2.50	0.577	2.00	0.817	1.00	0.000	2.67	0.577	0.577	
10	2.25	0.500	3.00	0.817	1.33	0.577	2.33	0.577	0.577	
11	1.67	0.577	5.00	0.000	3.50	0.707	2.00	0.000	0.000	
12	1.75	0.500	2.00	0.817	1.33	0.577	2.00	1.000	1.000	
13	2.50	0.577	4.75	0.500	2.33	0.577	1.67	0.577	0.577	
14	2.25	0.500	3.00	0.817	1.00	0.000	1.67	0.577	0.577	
15	2.50	1.290	4.50	0.577	3.00	1.000	2.25	0.500	0.500	
16	2.00	0.000	3.75	0.500	2.33	1.155	3.00	0.817	0.817	
17	2.50	1.291	2.50	0.577	2.00	1.732	3.00	1.155	1.155	

Note. Voir tableau 6 p. 77 pour la correspondance des énoncés

Tableau 12 (suite)

Moyennes et écarts-types obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

ÉTATS CIBLES (EC)		ÉTATS ACTUELS (EA)									
		ADM		PROF		CLSC		CH			
		$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s
<u>MOYENS</u>											
18*		2.50	1.732	3.50	0.577	3.00	1.000	2.50	0.577		
19		1.75	0.500	2.00	1.414	1.50	0.707	1.50	0.577		
20		2.00	0.000	3.00	0.000	2.33	0.577	1.67	0.577		
21		2.50	0.577	4.00	0.000	3.00	1.000	3.25	0.957		
22		2.75	1.500	3.25	0.500	1.00	0.000	3.67	1.155		
23		2.50	1.000	3.50	0.577	3.00	1.000	2.75	0.500		
24		3.25	0.957	3.00	0.817	1.67	0.577	2.00	0.000		
25		3.00	0.817	4.25	0.500	3.00	1.000	2.67	0.577		
26		3.50	0.577	3.75	0.500	3.33	0.577	3.00	0.817		
27		2.50	0.577	3.00	0.817	2.00	1.000	3.25	0.957		
28		3.25	0.500	4.75	0.500	4.00	0.000	3.50	0.707		
29		2.50	1.000	3.00	0.817	2.33	1.155	3.50	0.577		
30		2.25	1.258	1.75	0.500	1.00	0.000	2.50	1.291		
31		2.50	0.577	2.85	0.957	1.00	0.000	2.33	1.155		

Note. Voir tableau 6 p. 78 pour la correspondance des énoncés

Tableau 12 (suite)

Moyennes et écarts-types obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

	ÉTATS ACTUELS (EA)									
	ADM		PROF		CLSC		CH			
	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s	$\bar{x}$	s		
MOYENS										
32*	1.67	0.577	3.25	0.500	1.50	0.707	3.00	0.000		0.000
33	2.25	0.500	3.75	0.957	3.00	0.000	2.67	0.577		0.577
34	2.00	0.817	2.75	0.957	1.00	0.000	2.00	1.000		1.000
35	2.25	0.500	2.25	0.957	1.50	0.707	2.67	0.577		0.577
36	1.00	0.000	2.00	1.155	1.00	0.000	1.67	0.577		0.577
37	1.67	1.155	1.50	1.000	1.67	1.155	1.67	0.577		0.577
38	2.67	0.577	4.75	0.500	2.33	0.577	2.00	1.000		1.000
39	1.50	0.577	1.00	0.000	1.00	0.000	1.67	0.577		0.577
40	2.50	1.000	3.00	0.817	1.67	0.577	2.33	0.577		0.577
41	2.25	0.500	3.25	0.500	2.33	1.155	2.33	1.155		1.155
42	1.75	0.500	2.33	0.577	1.00	0.000	2.00	0.000		0.000
43	2.25	1.258	2.50	0.577	1.67	1.155	2.67	0.577		0.577
44	2.50	1.290	3.00	0.000	1.67	0.577	3.00	1.000		1.000
45	2.25	1.258	2.25	0.500	1.00	0.000	2.00	0.000		0.000
46	3.25	1.708	2.25	0.500	1.00	0.000	1.67	0.577		0.577
47	2.25	0.957	1.75	0.957	1.50	0.707	1.67	0.577		0.577
48	2.00	0.817	2.25	0.500	1.67	1.155	1.67	0.577		0.577
49	2.00	0.000	1.50	1.000	1.00	0.000	3.67	1.528		1.528

Note. Voir tableau 6 p. 80 pour la correspondance des énoncés

Tableau 12 (suite)

Moyennes et écarts-types obtenus entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

ÉTATS ACTUELS (EA)									
	ADM		PROF		CLSC		CH		S
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S	
	<u>MOYENS</u>								
50*	2.50	1.000	2.50	1.291	2.33	1.528	2.00	0.000	
51	2.25	1.258	1.75	0.500	1.33	0.577	2.67	0.577	
52	3.00	1.414	3.00	0.000	1.67	0.577	3.75	1.500	
53	2.25	0.957	3.25	0.500	2.00	1.000	3.75	1.500	
54	1.75	0.957	4.00	0.817	2.33	1.155	2.33	0.577	
55	2.00	1.414	2.50	1.000	1.67	0.577	2.25	0.957	
56	2.00	0.817	3.00	0.817	1.33	0.577	1.67	0.577	
57	1.75	0.957	2.75	0.500	1.67	1.155	2.00	1.000	
58	2.50	0.577	4.50	0.577	2.33	1.528	2.33	0.577	
59	2.50	1.000	2.75	1.258	1.33	0.577	2.00	0.000	
60	1.00	0.000	1.00	0.000	1.00	0.000	1.00	0.000	

Note. Voir tableau 6 p. 82 pour la correspondance des énoncés

Tableau 13

Moyennes, écarts-types et écarts obtenus (EC-EA) entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour les graduées

ETATS CIBLES (EC)	ETATS ACTUELS (EA)		ECARTS (EC-EA)
	$\bar{x}$	s	E
<u>HABILETÉS COGNITIVES</u>			
1*	3.25	0.500	1.75
2	3.75	0.957	1.25
3	3.25	0.957	1.75
4	2.00	0.817	3.00
5	3.50	0.577	1.50
6	3.75	0.957	1.25
7	1.75	0.957	3.25
8	1.50	1.000	3.50
9	1.50	0.577	3.50
10	2.75	0.957	2.25
11	1.50	0.577	3.50
12	2.00	0.817	3.00
13	3.25	0.500	1.75
14	3.25	0.500	1.75
15	3.25	0.500	1.75
16	1.75	0.500	3.25
17	2.75	0.500	2.25
18	3.25	0.957	1.75
19	2.50	1.291	2.50
20	3.75	0.500	1.25
21	2.75	1.500	2.25
22	2.75	0.957	2.25
23	2.00	0.000	3.00
24	2.75	0.500	2.25
25	1.75	0.957	3.25
26	3.25	0.957	1.75
27	3.25	1.258	1.75
28	2.75	0.957	2.25
29	3.00	0.817	2.00
30	4.75	0.070	0.25
31	2.75	0.957	2.25
32	3.00	1.414	2.00
33	3.25	1.500	1.75
34	3.25	1.500	1.75
35	4.00	0.000	1.00

Note. Voir tableau 7 p. 89 pour la correspondance des énoncés

Tableau 13 (suite)

Moyennes, écarts-types et écarts obtenus (EC-EA) entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour les graduées

ETATS CIBLES (EC)	ETATS ACTUELS (EA)		ECARTS (EC-EA)
	$\bar{x}$	s	E
<u>HABILETÉS MOTRICES</u>			
1*	3.00	0.817	2.00
2	4.25	0.500	0.75
3	3.25	0.957	1.75
4	3.00	1.155	2.00
5	3.50	0.577	1.50
6	2.75	0.500	2.25
7	3.50	0.577	1.50
<u>HABILETÉS AFFECTIVES</u>			
1**	3.75	0.500	1.25
2	3.50	0.577	1.50
3	4.50	0.577	0.50
4	3.75	1.258	1.25
5	3.00	0.817	2.00
6	3.50	1.000	1.50
7	3.50	1.000	1.50
8	3.50	0.577	1.50
9	3.75	0.500	1.25
10	4.00	0.817	1.00
11	4.00	0.817	1.00
12	2.50	0.577	2.50
13	3.00	0.817	2.00

Note. Voir tableaux 7* p. 94 et 8** p. 97 pour la correspondance des énoncés

Tableau 13 (suite)

Moyennes, écarts-types et écarts obtenus (EC-EA) entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour les graduées

ETATS CIBLES (EC)	ETATS ACTUELS (EA)		ECARTS (EC-EA)
	$\bar{x}$	s	E
<u>MOYENS</u>			
1*	2.00	0.817	3.00
2	2.00	0.817	3.00
3	1.50	1.000	3.50
4	1.67	0.578	3.33
5	1.75	0.957	3.25
6	3.67	1.520	1.33
7	1.75	0.500	3.25
8	1.25	0.500	3.75
9	1.75	0.500	3.25
10	1.25	0.500	3.75
11	2.00	0.817	3.00
12	1.75	0.500	3.25
13	2.00	1.414	3.00
14	1.25	0.500	3.75
15	1.50	0.577	3.50
16	1.50	0.577	3.50
17	1.00	0.000	4.00
18	1.50	0.577	3.50
19	1.25	0.500	3.75
20	2.00	0.817	3.00
21	2.25	0.957	2.75
22	2.25	0.957	2.75
23	2.67	0.577	2.33
24	2.75	0.957	2.25
25	2.75	0.500	2.25
26	3.00	0.000	2.00
27	3.00	0.817	2.00
28	2.00	0.577	3.00
29	2.00	1.000	3.00
30	2.33	1.155	2.67
31	1.50	0.577	3.50
32	2.50	0.577	2.50
33	2.25	0.500	2.75
34	1.75	0.500	3.25
35	1.67	0.577	3.33
36	1.50	0.577	3.50
37	2.00	0.817	3.00
38	2.50	0.577	2.50
39	3.00	0.817	2.00
40	3.00	0.000	2.00

Note. Voir tableau 10 p. 100 pour la correspondance des énoncés

Tableau 13 (suite)

Moyennes, écarts-types et écarts obtenus (EC-EA) entre l'état cible (EC) et l'état actuel (EA) pour les graduées

ETATS CIBLES (EC)	ETATS ACTUELS (EA)		ECARTS (EC-EA)
	$\bar{x}$	s	E
<u>MOYENS</u>			
41*	1.00	0.000	4.00
42	1.25	0.500	3.75
43	1.75	0.500	3.25
44	2.33	0.577	2.67
45	2.00	1.155	3.00
46	1.50	1.000	3.50

Note. Voir tableau 10 p. 102 pour la correspondance des énoncés

APPENDICE K

Tableau 16

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS COGNITIVES		PROF	ADM	CH	CLSC
1.	Acquérir des connaissances en philosophie humaine (croyances, valeurs, la vie, la mort)	B	F	B	F
2.	Acquérir des connaissances en anatomie	B	B	B	B
3.	Acquérir des connaissances en physiopathologie	B	B	B	B
4.	Acquérir des connaissances en pharmacologie	B	B	B	F
5.	Acquérir des connaissances en nutrition	B	B	B	F
6.	Acquérir des connaissances de base en informatique	B	F	F	F
7.	Acquérir des connaissances en bioéthique	B	B	F	F
8.	Acquérir des connaissances en droit de la santé	F	F	F	F
9.	Acquérir des connaissances de base en ethnoculturalisme (anthropologie)	F	F	F	F
10.	Acquérir des connaissances dans les sciences biologiques	B	B	B	F
11.	Acquérir des connaissances en microbiologie et immunologie	B	B	B	F
12.	Acquérir des connaissances en épidémiologie	F	B	B	F
13.	Acquérir des connaissances dans les sciences sociales (sociologie)	F	B	B	F

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS COGNITIVES		PROF	ADM	CH	CLSC
14.	Acquérir des connaissances dans les sciences de comportement (psychosocial)	B	B	B	B
15.	Acquérir des connaissances sur la gestion des équipes multidisciplinaires (principes de la négociation)	F	F	F	F
16.	Connaître les grands principes de santé mentale (maturité, sécurité, actualisation de soi, tolérance à l'ambiguïté, agressivité de croissance versus agressivité nocive)	F	B	F	F
17.	Acquérir des connaissances en psychologie de l'apprentissage	F	B	F	F
18.	Acquérir des connaissances en pédagogie	F	F	F	F
19.	Acquérir des connaissances en andragogie	F	F	F	F
20.	Acquérir des connaissances en créativité	F	F	F	F
21.	Acquérir des connaissances sur le développement de la personne	B	B	B	F
22.	Acquérir des connaissances sur l'affirmation de soi	F	F	F	F
23.	Acquérir des notions théoriques sur la connaissance de soi	F	F	F	F
24.	Acquérir des connaissances sur les dynamiques familiales (ex. familles reconstituées, etc.)	B	B	F	F

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS COGNITIVES		PROF	ADM	CH	CLSC
25.	Acquérir des connaissances sur l'approche systémique auprès de la famille	B	B	F	F
26.	Acquérir des connaissances sur la théorie des systèmes	F	B	F	F
27.	Acquérir des notions théoriques sur le changement planifié	F	F	F	F
28.	Acquérir des notions de marketing	F	F	F	F
29.	Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en psychiatrie	B	B	F	F
30.	Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en pédiatrie	B	B	B	F
31.	Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en obstétrique	B	B	F	F
32.	Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en gériatrie	B	B	F	F
33.	Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en médecine-chirurgie	B	B	B	F
34.	Acquérir des connaissances sur la relation d'aide	B	B	B	B
35.	Connaître les principes de la communication verbale et non verbale	B	B	B	B
36.	Acquérir des connaissances sur les soins de santé intégraux (primary nursing)	F	B	F	F

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS COGNITIVES		PROF	ADM	CH	CLSC
37.	Acquérir des connaissances en gestion des soins infirmiers (inclure des notions de contrôle et d'évaluation de la qualité des soins)	F	B	F	F
38.	Acquérir des connaissances sur les modes de distribution de soins	F	B	F	F
39.	Connaître les bases philosophiques de la profession infirmière	F	F	B	F
40.	Etre capable de définir le rôle autonome de l'infirmière	F	B	B	F
41.	Acquérir des connaissances de base sur les différents modèles conceptuels en sciences infirmières ainsi que la philosophie qui les sous-tend.	F	F	B	F
42.	Connaître les grands principes de la santé communautaire (prévention, promotion)	B	B	B	F
43.	Acquérir des connaissances sur l'organisation et l'éducation socio-sanitaire	F	F	F	F
44.	Connaître les principales étapes de la démarche de soins	B	B	B	B
45.	Acquérir des connaissances sur l'intervention ethnoculturelle	F	F	F	F
46.	Acquérir des connaissances de base en méthodologie de la recherche en sciences infirmières	B	B	F	F
47.	Connaître les principes d'asepsie	B	B	B	B

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS COGNITIVES		PROF	ADM	CH	CLSC
48.	Connaître les différentes façons de faire les pansements	B	B	B	B
49.	Connaître les principes de base des différentes techniques de soins	B	B	B	B
50.	Connaître les principes sous-jacents à la mobilisation des patients alités (à domicile et à l'hôpital)	B	B	B	B
51.	Connaître les différentes sortes de stomie (leur fonctionnement, l'alimentation requise)	F	B	F	F
52.	Acquérir des connaissances sur la réanimation	B	F	B	F
53.	Acquérir des connaissances sur les soins d'urgence (premiers soins)	B	B	B	F
54.	Connaître les méthodes d'intervention et les limites des autres professionnels (les) de la santé	F	F	F	F
55.	Acquérir des connaissances sur les différentes thérapies alternatives (buts, objectifs, accessibilité)	F	F	F	F
56.	Etre capable de discerner le stress optimal (positif) du stress nuisible	F	B	F	F
57.	Etre capable d'appliquer les différentes étapes de la démarche de soins auprès d'un <u>client</u> , (évaluation des besoins de la clientèle cible, analyse, formulation d'un diagnostic infirmier, validation du diagnostic, planification, intervention et évaluation)	B	B	B	F

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS COGNITIVES		PROF	ADM	CH	CLSC
58.	Etre capable d'appliquer les différentes étapes de la démarche de soins auprès d'une <u>famille</u> , (évaluation des besoins de la clientèle cible, analyse, formulation d'un diagnostic infirmier, validation du diagnostic, planification, intervention et évaluation)	B	B	F	F
59.	Etre capable d'appliquer les différentes étapes de la démarche de soins auprès d'une <u>communauté</u> , (évaluation des besoins de la clientèle cible, analyse, formulation d'un diagnostic infirmier, validation du diagnostic, planification, intervention et évaluation)	F	B	F	F
60.	Etre capable d'élaborer un plan de soins en fonction des besoins de la clientèle cible (faire participer la clientèle cible)	B	B	B	F
61.	Etre capable d'appliquer un modèle conceptuel auprès de différentes clientèles cibles	B	F	B	F
62.	Etre capable de voir l'individu dans sa globalité (interdépendance entre son état de santé, son mode de vie, et son environnement)	B	B	B	B
63.	Etre capable de reconnaître les signes indicateurs de complication	B	B	B	F

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS COGNITIVES		PROF	ADM	CH	CLSC
64.	Etre capable de dispenser des soins à toutes les clientèles cibles (en psychiatrie, pédiatrie, obstétrique, médecine-chirurgie, gériatrie)	B	B	F	F
65.	Tenir compte du développement de l'enfant lors des interventions de soins	B	B	B	F
66.	Etre capable d'évaluer l'enseignement dispensé à une clientèle cible	F	B	F	F
67.	Etre capable d'appliquer les grands principes de prévention et de promotion de la santé dans différentes situations de soins	B	B	F	F
68.	Etre capable d'appliquer les grands principes de prévention et de promotion de la santé dans tous les milieux d'intervention (centres hospitaliers, milieux naturels, etc.)	B	B	F	F
69.	Etre capable d'identifier lors de la planification des soins, les ressources disponibles au client qui retourne à domicile	B	B	F	F
70.	Etre capable d'identifier une situation problématique au sein de la famille	B	B	F	F
71.	Etre capable de prioriser ses interventions (discerner entre l'essentiel et l'accessoire)	B	B	F	F
72.	Etre capable de conceptualiser	F	B	B	F
73.	Développer une capacité d'analyse	B	B	B	B

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS COGNITIVES		PROF	ADM	CH	CLSC
74.	Développer un esprit critique	B	B	B	B
75.	Etre capable d'émettre des jugements cliniques adéquats	B	B	F	F
76.	Tenir compte de la dimension éthique lors de ses interventions	B	B	F	F
77.	Etre capable d'organiser son travail	B	B	F	B
HABILETÉS MOTRICES					
1.	Etre capable de s'impliquer dans les équipes multidisciplinaires	B	B	F	B
2.	Etre capable de faire de l'enseignement auprès de différentes clientèles cibles	B	B	F	B
3.	Encourager le client à participer aux activités de soins (prise en charge par le client)	B	B	B	B
4.	Compléter les plans de soins dans les milieux de stage	B	B	B	F
5.	Référer le client et/ou la famille aux ressources appropriées	B	B	F	B
6.	Maîtriser les techniques de soins de base appliquées aux différentes clientèles cibles (ex. lit, bain, injection, intraveineuse, poser des sondes, signes vitaux, ponctions veineuses, médication, lavement, etc.)	B	B	B	F

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS MOTRICES	PROF	ADM	CH	CLSC
7. Appliquer les principes d'asepsie lors de leurs interventions	B	B	B	B
8. Respecter les normes de confort et de sécurité lors de ses interventions	B	B	B	B
9. Etre capable de mobiliser les clientèles en tenant compte des principes scientifiques sous-jacents (enfants, adultes)	B	B	F	B
10. Etre capable d'appliquer les grands principes de prévention et de promotion de la santé	B	B	F	F
11. Etre capable de faire un examen physique centré sur la normalité	B	B	F	F
12. Etre capable de faire différents types de pansement	B	B	F	B
13. Etre capable d'effectuer une réanimation cardiaque	B	F	F	F
14. Etre capable d'intervenir dans des situations d'urgence (secourisme)	B	F	F	F
15. Etre capable d'interagir avec le client	B	B	B	B
16. Etre capable d'interagir avec la famille du client	B	B	F	B
17. Etre capable d'établir une relation d'aide efficace avec la clientèle cible	B	B	F	B
18. Etre capable d'établir un travail d'équipe efficace avec ses collègues de l'équipe de soins	B	B	F	B

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS MOTRICES		PROF	ADM	CH	CLSC
19.	Discuter des problématiques de leurs clients avec leurs collègues étudiantes (étude de cas)	B	B	B	B
20.	Discuter des problématiques de soins de leurs clients avec les autres membres de l'équipe de soins (cela permet de valider leurs observations)	F	B	F	F
21.	Aviser les autorités concernées de toutes erreurs lorsque les soins sont dispensés	B	B	B	F
22.	Rédiger des notes claires dans le dossier du client (en vue de favoriser la continuité des soins).	B	B	B	F
<u>HABILETÉS AFFECTIVES</u>					
1.	Développer une curiosité intellectuelle (aller chercher des informations additionnelles dans les revues scientifiques, les livres)	B	B	B	B
2.	Avoir une bonne connaissance de soi	F	B	B	F
3.	Etre plus mature	B	B	B	F
4.	Avoir confiance en soi	B	B	B	F
5.	Etre autonome	B	B	F	F
6.	Reconnaître ses limites	B	B	F	F
7.	Reconnaître ses préjugés et le fait que cela puisse nuire à ses interactions avec autrui (clients, collègues, etc.)	B	B	F	F

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS AFFECTIVES		PROF	ADM	CH	CLSC
8.	Respecter les autres collègues, professeures, clients)	B	B	B	B
9.	Démontrer un certain sens des responsabilités	B	B	B	B
10.	Etre capable de gérer son stress (ex. vivre avec une certaine dose d'insécurité)	B	B	F	F
11.	Apprendre à tolérer sa propre dépendance et celle de son client	B	B	F	F
12.	Etre capable de faire face à sa propre agressivité et à celle des autres	F	B	F	F
13.	Etre capable de faire face aux frustrations, aux échecs et au rejet de façon positive	F	F	F	F
14.	Etre tolérant face à l'ambiguïté	F	F	F	F
15.	Demander de l'aide au besoin	B	B	F	B
16.	Etre capable de s'affirmer	B	B	F	B
17.	Faire preuve de créativité dans ses interventions (sortir des cadres habituels)	B	B	F	F
18.	Avoir le sens de l'humour	B	B	F	F
19.	Etre capable de prendre sa place	B	B	F	F
20.	Etre capable de s'adapter à différentes situations	F	B	F	F
21.	Etre capable d'assumer un leadership	F	B	F	B
22.	Etre capable de démontrer une attitude de motivation	B	B	F	B

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

HABILETÉS AFFECTIVES		PROF	ADM	CH	CLSC
23.	Développer un esprit de solidarité entre infirmières (dans les cours et dans les milieux de stage)	B	B	F	B
24.	Développer une conscience sociale	F	B	B	B
25.	Avoir un certain décorum vestimentaire	B	B	F	B
 <u>MOYENS</u>					
1.	Réduire à 40 le nombre d'étudiantes dans les cours théoriques ou prévoir des ateliers avec un nombre réduit d'étudiantes	F	F	F	F
2.	Mettre le cours de réanimation obligatoire	F	F	F	F
3.	Favoriser la mise en place d'ateliers sur la connaissance de soi, le développement personnel	F	F	F	F
4.	Avoir des ateliers à orientation pratique (mise en situation clinique en petit groupe)	F	F	F	F
5.	Apprendre à faire confiance aux étudiantes dans les cours (même dans les cours qui ont un nombre élevé d'étudiantes)	B	B	F	F
6.	Impliquer les étudiantes dans des équipes de travail multidisciplinaires, de la première à la dernière année de formation	F	F	F	F

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

MOYENS	PROF	ADM	CH	CLSC
7. Mettre plus l'accent sur la recherche appliquée dans le cours de méthodologie de la recherche en sciences infirmières (comment on peut appliquer les recherches dans les milieux cliniques)	F	B	F	F
8. Inclure l'anglais comme pré-requis à l'admission	F	B	F	F
9. Que l'université fournisse des locaux adéquats, en nombre suffisant et avec des installations adéquates	F	F	F	F
10. Réduire le ratio professeure/étudiantes dans les groupes de stage.	F	F	F	F
11. Effectuer le stage en santé communautaire avant le stage en médecine-chirurgie	B	B	F	F
12. Augmenter la durée du stage de première année (soins aux adultes) à 4 semaines, à raison de 4 jours/semaine	F	F	F	F
13. Lors du stage d'intégration, augmenter graduellement le nombre de clients ou de familles par étudiante afin de mieux refléter la réalité des milieux (cela leur permet d'apprendre à gérer leur stress)	F	B	F	F
14. Deux semaines avant les stages, simuler des situations réelles en laboratoire afin de réduire le niveau de stress des étudiantes (reproduire un environnement similaire)	F	F	F	F

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

MOYENS	PROF	ADM	CH	CLSC
15. Impliquer plus les étudiantes au sein des réunions cliniques (leur demander de présenter une histoire de cas)	F	B	F	F
16. Demander aux étudiantes de définir clairement leurs objectifs de stage	F	B	F	F
17. Demander aux étudiantes en stage de présenter les résultats de leur travail aux infirmières de l'unité de soins (source d'affirmation et d'estime de soi)	F	F	F	F
18. Demander aux étudiantes en stage de discuter de leurs plans de soins avec les infirmières de l'unité où elles travaillent et de les laisser à l'unité (source de stimulation pour les infirmières de l'unité de soins)	F	B	F	F
19. S'assurer que les professeures supervisent (sur place) le dernier stage d'intégration dans les milieux cliniques (pour évaluer l'aspect psychosocial et familial dans les interventions des étudiantes)	F	F	F	F
20. Que l'université donne plus de formation aux superviseuses de stage	F	F	F	F
21. S'assurer que les superviseuses respectent rigoureusement les exigences de stage lors de l'évaluation de l'étudiante	F	B	F	F

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

MOYENS	PROF	ADM	CH	CLSC
22. Permettre aux étudiantes de rencontrer des infirmières qui dispensent des soins intégraux (primary nursing)	F	B	F	B
23. Donner plus de responsabilités aux étudiantes (ne pas tout faire pour elles, car ça ne reflète pas la réalité des milieux cliniques)	F	B	F	F
24. Favoriser l'affirmation de soi des étudiantes (au sein de l'université)	F	F	B	F
25. Que les professeures conscientisent les étudiantes face à leurs responsabilités envers le client	F	B	F	F
26. Encourager les initiatives des étudiantes	B	B	B	F
27. Permettre aux étudiantes de s'affirmer dans les stages (que les milieux leur fassent davantage confiance)	F	F	F	B
28. S'assurer que les professeures et les étudiantes en stage ne quittent pas l'unité avant que tous les soins ne soient dispensés au client	B	B	B	B
29. Que les responsables des unités de soins manifestent leurs attentes aux étudiantes en stage (en termes de ce que ça pourrait leur rapporter)	F	F	F	B

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

MOYENS	PROF	ADM	CH	CLSC
30. Que les professeures/superviseures fassent profiter les infirmières du milieu de leur expertise (ex. conférences le midi, explication de cas complexe)	F	F	F	F
31. Offrir des périodes libres de laboratoire (cela permet aux étudiantes de pratiquer leurs habiletés psychomotrices)	F	F	F	F
32. Offrir des laboratoires en fonction de toutes les clientèles cibles	F	B	F	F
33. S'assurer qu'en laboratoire les étudiantes maîtrisent les habiletés psychomotrices fondamentales	F	B	F	F
34. Faire des laboratoires d'examen physique autant pour les enfants que pour les adultes	F	F	F	F
35. Augmenter le nombre de laboratoires dirigés	F	F	F	F
36. Mettre sur pied un groupe de soutien ou d'entraide par les pairs	F	F	F	F
37. Mettre sur pied un groupe d'entraide ou de tutorat composé d'une professeure et d'une étudiante de 1 ^{ière} , 2 ^{ième} et 3 ^{ième} années	F	F	F	F
38. Obtenir le soutien de l'administration suite aux décisions des professeures d'échouer une étudiante dans les cours ou en stage	F	B	F	F

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

MOYENS	PROF	ADM	CH	CLSC
39. Faire passer un test de personnalité aux étudiantes lors de l'admission	F	F	F	F
40. S'assurer que les étudiantes puissent s'exprimer et écrire correctement en français (afin de pouvoir mieux communiquer avec son client)	F	F	F	F
41. Développer des moyens d'évaluation pour favoriser une meilleure qualité au niveau de la population étudiante en sciences infirmières (ex. augmenter les exigences au niveau des cours, des stages)	F	B	F	F
42. Que l'université développe des mécanismes de contrôle pour éviter que les étudiantes qui ont des problèmes d'ordre psychique ou affectif puissent continuer leur programme de formation (du moins jusqu'à ce que le problème soit réglé)	F	F	F	F
43. Que les gestionnaires des milieux cliniques mettent sur pied des modes de distribution de soins qui favoriseraient une continuité des soins	F	F	F	F
44. Que les gestionnaires des milieux cliniques reconnaissent l'importance de la force curative de la relation d'aide lors des interventions des infirmières	F	F	F	F

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

MOYENS	PROF	ADM	CH	CLSC
45. Favoriser la mise en place de postes conjoints entre l'université et les milieux cliniques	F	F	F	F
46. Instaurer un système de préceptorat dans les milieux cliniques	F	F	B	F
47. Conclure une entente avec les milieux cliniques et l'université pour que l'étudiante puisse pratiquer les techniques de soins de base dans les milieux (ex. au centre de prélèvement)	F	F	F	F
48. Que toutes les professeures s'impliquent dans les milieux cliniques soit par des projets de recherche ou des supervisions de stage (cela permet de rester en contact avec la réalité des milieux)	F	F	F	F
49. Avoir au moins 30% d'infirmières bachelières dans les milieux de stage (cela favorise l'apprentissage par modèle de rôle (role model))	F	F	F	B
50. Que l'université favorise le développement d'une conscience sociale chez les étudiantes en les impliquant au sein de la communauté dès le début de leur formation (ex. travailler avec les itinérants)	F	F	F	F
51. Que les milieux cliniques et communautaires adoptent une philosophie de soins basée sur les soins intégraux	F	F	F	F

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

MOYENS	PROF	ADM	CH	CLSC
52. Que les milieux cliniques affiliés à l'université reconnaissent que l'enseignement fait partie du mandat du centre ou des professionnels (les) qui y travaillent.	F	F	F	B
53. Que les milieux cliniques fournissent des locaux adéquats lors des stages (faciliter les rencontres)	F	B	F	B
54. Valoriser la recherche clinique dans les facultés de Sciences Infirmières	F	B	F	F
55. Favoriser des rencontres entre les administratrices des milieux cliniques, de l'université et les infirmières chefs d'unités de soins (en vue de partager une même philosophie de soins)	F	F	F	F
56. Que les professeures siègent sur des comités décisionnels dans les milieux et que les représentantes des milieux siègent sur des comités décisionnels au sein de l'université	F	F	F	F
57. Qu'il y ait des ententes entre les milieux de stage (CH et CLSC) pour que les intervenantes et les étudiantes aient accès à la formation dispensée dans ces centres (ex. dialyse, inhalothérapie, etc)	F	F	F	F

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

Tableau 16 (suite)

Besoins de base et besoins futurs identifiés par chaque groupe de répondantes en fonction de la perspective nomothétique

MOYENS	PROF	ADM	CH	CLSC
58. Que l'université diversifie plus les milieux de stage en santé communautaire (ex. centre de jour, centre des femmes, organisme communautaire)	F	B	F	F
59. En cas d'insatisfaction lors des stages, les responsables dans les universités devraient déposer une plainte pour qu'il y ait un suivi de la part des milieux	F	F	F	F
60. Échelonner la formation sur une période de quatre ans, incluant un internat de spécialisation	F	F	F	F

B = Besoins de base

F = Besoins futurs

APPENDICE L

Tableau 20

Priorisation des besoins authentiques (habiletés) pour chaque groupe de répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (HABILETÉS)		ORDRE DE PRIORITÉ				
		CH	CLSC	PROF	ADM	GRAD
1.	Etre capable d'organiser son travail	51	38	14	41	38
2.	Etre capable d'interagir avec la famille du client	38	35	15	15	41
3.	Etre capable d'assumer un leadership	49	37	44	35	52
4.	Etre capable d'appliquer les différentes étapes de la démarche de soins auprès d'une <u>communauté</u> , (évaluation des besoins de la clientèle cible, analyse, formulation d'un diagnostic infirmier, validation du diagnostic planification, intervention et évaluation)	45	29	43	11	51
5.	Acquérir des connaissances en relation d'aide	41	51	7	10	42
6.	Discuter des problématiques de soins de leurs clients avec les autres membres de l'équipe de soins (permet de valider leurs observations)	47	22	42	37	7
7.	Acquérir des connaissances sur la dynamique familiale	39	19	19	36	53
8.	Développer un esprit de solidarité entre infirmières (dans les cours et dans les milieux de stage)	35	45	21	13	50
9.	Etre capable d'appliquer les grands principes de prévention et de promotion de la santé dans tous les milieux d'intervention (centres hospitaliers, milieux naturels, etc.)	52	50	20	51	37
10.	Acquérir des connaissances sur l'affirmation de soi	10	52	4	38	15

Tableau 20 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (habiletés) pour chaque groupe de répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (HABILETÉS)		ORDRE DE PRIORITÉ				
		CH	CLSC	PROF	ADM	GRAD
11.	Etre capable de faire un examen physique centré sur la normalité	7	14	13	12	45
12.	Acquérir des connaissances en pédagogie (enseignement à la clientèle cible)	53	42	8	50	10
13.	Etre capable de faire face aux frustrations, aux échecs et au rejet de façon positive	43	41	46	17	18
14.	Faire preuve de créativité dans ses interventions (sortir des cadres habituels)	15	25	41	42	19
15.	Demander de l'aide au besoin	6	34	17	45	47
16.	Acquérir des connaissances sur l'approche systémique auprès de la famille	48	27	47	9	31
17.	Acquérir des connaissances sur la bioéthique	11	47	37	18	49
18.	Acquérir des connaissances sur les soins infirmiers en psychiatrie	46	36	35	53	39
19.	Etre capable de faire face à sa propre agressivité et à celle des autres	40	7	48	14	48
20.	Etre tolérant face à l'ambiguïté	19	20	28	19	35
21.	Etre capable d'appliquer les techniques de base reliées aux soins infirmiers (ex. lit, bain, injection, intraveineuse, poser des sondes, etc.)	50	49	11	31	21
22.	Etre capable d'appliquer un modèle conceptuel auprès de différentes clientèles cibles	29	46	10	27	11
23.	Acquérir des connaissances sur l'intervention ethnoculturelle	9	39	16	28	6

Tableau 20 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (habiletés) pour chaque groupe de répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (HABILETÉS)		ORDRE DE PRIORITÉ				
		CH	CLSC	PROF	ADM	GRAD
24.	Etre capable d'effectuer une réanimation cardiaque	1	28	52	47	28
25.	Acquérir des connaissances sur les sciences du comportement (psychosocial)	42	24	36	49	46
26.	Connaître les principes sous-jacents à la mobilisation des clients alités	20	15	38	40	1
27.	Promouvoir les soins infirmiers auprès de la population	34	10	12	52	43
28.	Acquérir des connaissances de base sur les différents modèles conceptuels en sciences infirmières ainsi que la philosophie qui les sous-tend	14	3	9	26	14
29.	Etre capable d'intervenir dans des situations d'urgence (secourisme)	32	18	51	25	33
30.	Acquérir des connaissances en gestion des soins infirmiers (inclure des notions de contrôle et d'évaluation de la qualité des soins)	44	13	49	22	40
31.	Connaître les méthodes d'intervention et les limites des autres professionnels (les) de la santé	33	16	45	16	8
32.	Acquérir des connaissances en créativité	25	48	29	7	44
33.	Etre capable de mobiliser les clients alités en tenant compte des principes scientifiques sous-jacents	37	26	18	34	25
34.	Acquérir des connaissances sur l'organisation et l'éducation socio-sanitaire	36	6	3	46	34
35.	Etre capable de discerner le stress optimal (positif) du stress nuisible	30	23	30	48	36
36.	Posséder des connaissances sur les théories du leadership	18	44	6	8	29

Tableau 20 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (habiletés) pour chaque groupe de répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (HABILETÉS)		ORDRE DE PRIORITÉ				
		CH	CLSC	PROF	ADM	GRAD
37.	Acquérir des connaissances sur les méthodologies de recherche en sciences infirmières	31	43	53	6	16
38.	Acquérir des connaissances en andragogie	3	17	25	1	24
39.	Acquérir des connaissances sur la théorie des systèmes	8	9	24	43	13
40.	Acquérir des connaissances sur la gestion des équipes multidisciplinaires (principes de la négociation)	26	11	39	5	27
41.	Acquérir des notions théoriques sur la connaissance de soi	22	21	50	44	26
42.	Acquérir des connaissances plus poussées en pharmacologie	28	31	33	24	32
43.	Connaître les différentes façons de faire les pansements	21	33	5	20	30
44.	Acquérir des connaissances sur les modes de distribution de soins	27	4	40	3	17
45.	Acquérir des notions théoriques sur le changement planifié	16	40	31	4	12
46.	Acquérir des connaissances en droit de la santé	2	32	27	30	20
47.	Connaître les bases philosophiques de la profession infirmière	23	2	26	2	5
48.	Acquérir des connaissances sur les différentes thérapies alternatives (buts, objectifs, accessibilité)	13	5	22	39	4
49.	Acquérir des connaissances de base en ethnoculturalisme (anthropologie)	24	30	1	29	9
50.	Connaître les différentes sortes de stomie, (leur fonctionnement, l'alimentation requise)	17	12	34	21	3

Tableau 20 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (habiletés) pour chaque groupe de répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (HABILETÉS)		ORDRE DE PRIORITÉ				
		CH	CLSC	PROF	ADM	GRAD
51.	Acquérir des connaissances de base en sociologie de la santé	5	1	2	32	2
52.	Acquérir des connaissances en épidémiologie	4	8	32	33	22
53.	Acquérir des notions de marketing	12	53	23	23	23

APPENDICE M

Tableau 21

Répartition des indices de priorité (MG) obtenus dans chacun des groupes de détenteurs d'enjeux pour les habiletés cognitives, motrices et affectives

ÉTATS CIBLES (EC)	ADM		PROF		CLSC		CH		GRAD	
	MG		MG		MG		MG		MG	
1*	148.02		212.53		205.98		122.47		244.95	
2	137.74		193.10		177.83		112.47		212.13	
3	124.47		181.71		156.51		104.66		191.68	
4	124.47		181.71		156.51		104.66		177.83	
5	124.47		181.71		145.65		104.66		173.21	
6	118.92		171.00		141.86		93.06		163.81	
7	118.92		171.00		141.42		93.06		161.19	
8	113.65		168.69		136.78		88.92		158.11	
9	112.47		158.74		129.50		87.12		145.65	
10	112.47		158.74		127.29		82.74		141.42	
11	109.54		153.26		126.49		80.50		139.99	
12	94.57		151.83		125.74		74.01		134.16	
13	94.57		144.22		125.74		74.01		133.75	
14	91.47		144.22		125.11		74.01		133.22	
15	90.64		144.22		123.28		72.46		129.36	
16	89.44		139.25		123.28		70.71		124.85	
17	89.09		139.25		122.47		70.71		117.02	
18	88.01		139.25		122.47		69.99		115.83	
19	88.01		133.89		122.47		69.99		102.99	
20	86.51		133.89		118.92		68.87		102.99	
21	85.72		133.89		117.02		66.87		101.23	
22	85.72		133.89		117.02		65.80		98.60	
23	84.09		121.64		117.02		65.80		98.60	

Note. Voir tableau 20 p. 328 pour la correspondance des énoncés

Tableau 21 (suite)

Répartition des indices de priorité (MG) obtenus dans chacun des groupes de détenteurs d'enjeux pour les habiletés cognitives, motrices et affectives

ÉTATS CIBLES (EC)	ADM		PROF		CLSC		CH		GRAD	
	MG		MG		MG		MG		MG	
24*	83.24		120.51		116.47		65.80		91.75	
25	81.90		120.51		113.34		59.58		86.60	
26	79.53		117.57		112.47		59.46		82.91	
27	77.46		116.96		110.67		57.91		81.90	
28	76.22		116.96		110.67		57.91		76.92	
29	74.92		114.47		105.74		56.92		74.01	
30	74.92		114.47		105.74		56.23		72.08	
31	74.01		114.47		104.66		55.33		70.85	
32	74.01		114.47		101.23		54.77		69.72	
33	72.08		114.47		101.23		53.84		65.14	
34	69.99		111.87		100.00		52.97		64.02	
35	67.69		110.52		99.50		52.33		63.25	
36	67.69		107.72		98.40		52.33		60.62	
37	66.87		106.27		98.40		51.80		60.62	
38	59.58		100.00		96.85		51.49		57.33	
39	57.91		100.00		96.72		50.97		56.92	
40	56.92		99.16		93.06		49.49		51.44	
41	56.23		96.55		92.12		49.49		50.97	
42	52.97		96.55		90.64		48.70		49.49	
43	52.33		92.83		85.72		48.21		46.81	
44	52.33		90.86		85.12		47.29		46.06	
45	51.44		84.34		79.77		39.76		43.25	
46	50.97		84.34		79.77		39.76		36.63	

Note. Voir tableau 20 p. 330 pour la correspondance des énoncés

Tableau 21 (suite)

Répartition des indices de priorité (MG) obtenus dans chacun des groupes de détenteurs d'enjeux pour les habiletés cognitives, motrices et affectives

ÉTATS CIBLES (EC)	ADM		PROF		CLSC		CH		GRAD	
	MG		MG		MG		MG		MG	
47*	48.70		84.34		70.71		38.73		33.85	
48	47.29		84.34		64.68		37.00		30.58	
49	47.29		72.11		56.23		36.63		28.66	
50	46.06		58.48		56.23		35.57		27.83	
51	44.72		58.48		56.23		33.10		25.90	
52	40.91		44.81		49.49		31.62		17.10	
53	20.81		42.17		33.44		27.83		4.16	

Note. Voir tableau 20 p. 331 pour la correspondance des énoncés

APPENDICE N

Tableau 22

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour chaque groupe de répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)		ORDRE DE PRIORITÉ				
		CH	CLSC	PROF	ADM	GRAD
1.	Que les milieux cliniques affiliés à l'université reconnaissent que l'enseignement fait partie du mandat du centre ou des professionnels (les) qui y travaillent.	91	70	91	76	74
2.	Que les gestionnaires des milieux cliniques reconnaissent l'importance de la force curative de la relation d'aide dans les interventions des infirmières	76	40	45	80	80
3.	S'assurer que les graduées puissent s'exprimer et écrire correctement en français (pour pouvoir communiquer avec leurs clients)	62	63	44	77	3
4.	Instaurer un système de préceptorat dans les milieux cliniques	73	20	17	78	47
5.	S'assurer qu'en laboratoire les étudiantes maîtrisent les habiletés psychomotrices fondamentales	84	62	90	71	35
6.	Faire des laboratoires d'examen physique autant pour les enfants que pour les adultes	74	53	63	83	20
7.	Ne pas s'attendre qu'une infirmière nouvellement graduée performe comme une infirmière ayant 10 ans d'expérience	51	56	60	73	79
8.	Permettre aux étudiantes de s'affirmer dans les stages (que les milieux leur fassent davantage confiance)	52	17	81	51	22

Tableau 22 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour chaque groupe de répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)		ORDRE DE PRIORITÉ				
		CH	CLSC	PROF	ADM	GRAD
9.	Lors des stages mettre autant l'accent sur l'évaluation des attitudes que sur les habiletés motrices (ex. intégration dans l'équipe, capacité d'offrir son aide, interaction avec le client, la famille)	59	66	16	84	33
10.	Lors du stage d'intégration, augmenter graduellement le nombre de clients ou de familles par étudiante afin de mieux refléter la réalité des milieux (leur permet d'apprendre à gérer leur stress)	27	67	82	82	36
11.	Réduire le ratio professeure/étudiantes dans les groupes de stage.	70	19	68	79	34
12.	Que toutes les professeures s'impliquent dans les milieux cliniques soit par des projets de recherche ou des supervisions de stage (permet de rester en contact avec la réalité des milieux)	69	49	61	74	1
13.	Avoir des ateliers à orientation pratique (mise en situation clinique en petit groupe)	90	46	43	68	86
14.	Favoriser la mise en place de postes conjoints entre l'université et les milieux cliniques	72	34	72	40	65
15.	Que les milieux cliniques et communautaires adoptent une philosophie de soins basée sur les soins intégraux	83	68	66	90	72
16.	Augmenter le nombre de laboratoires dirigés	47	79	64	70	30

Tableau 22 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour chaque groupe de répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)		ORDRE DE PRIORITÉ				
		CH	CLSC	PROF	ADM	GRAD
17.	Favoriser l'affirmation de soi des étudiantes (au sein de l'université)	57	90	53	72	68
18.	Demander aux étudiantes en stage de discuter de leurs plans de soins avec les infirmières de l'unité où elles travaillent et de les laisser à l'unité (source de stimulation pour les infirmières de l'unité de soins)	9	69	20	60	57
19.	Promouvoir l'entraide, l'esprit d'équipe dans les cours et dans les stages	58	64	76	16	29
20.	Mettre sur pied un groupe de soutien ou d'entraide par les pairs	24	80	46	1	64
21.	Que les responsables des unités de soins manifestent leurs attentes aux étudiantes en stage (en termes de ce que ça pourrait leur rapporter)	80	47	18	59	75
22.	Échelonner la formation sur une période de quatre ans, incluant un internat de spécialisation	75	33	80	58	60
23.	Valoriser les initiatives des étudiantes	71	59	77	44	27
24.	Que l'université favorise le développement d'une conscience sociale chez les étudiantes en les impliquant au sein de la communauté dès le début de leur formation (ex. travailler avec les itinérants)	56	16	74	24	11
25.	Demander aux étudiantes de définir clairement leurs objectifs de stage	46	51	73	57	45
26.	Valoriser la recherche clinique dans les facultés de Sciences Infirmières	50	72	65	88	13

Tableau 22 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour chaque groupe de répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)		ORDRE DE PRIORITÉ				
		CH	CLSC	PROF	ADM	GRAD
27.	Offrir des périodes libres de laboratoire (cela permet aux étudiantes de pratiquer leurs habiletés psychomotrices)	78	52	62	47	9
28.	Donner plus de responsabilité aux étudiantes (ne pas tout faire pour elles, car cela ne reflète pas la réalité des milieux cliniques)	63	50	54	29	40
29.	Que les professeures/superviseures fassent profiter les infirmières du milieu de leur expertise (ex. conférences le midi, explication de cas complexe)	55	57	51	27	55
30.	Favoriser les interactions infirmière-client en laboratoire à l'aide de simulation de cas	68	65	48	20	58
31.	Que l'université donne plus de formation aux superviseures de stage	85	39	27	69	16
32.	Développer des moyens d'évaluation pour favoriser une meilleure qualité au niveau de la population étudiante en sciences infirmières (ex. augmenter les exigences au niveau des cours, des stages)	42	48	19	65	52
33.	Avoir au moins 30% d'infirmières bachelières dans les milieux de stage (cela favorise l'apprentissage par modèle de rôle (role model))	77	78	84	39	15
34.	Augmenter la durée du stage de première année (soins aux adultes) à 4 semaines, à raison de 4 jours/semaine	26	45	78	64	49

Tableau 22 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour chaque groupe de répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)		ORDRE DE PRIORITÉ				
		CH	CLSC	PROF	ADM	GRAD
35.	Permettre aux étudiantes de rencontrer des infirmières qui dispensent des soins intégraux (primary nursing)	79	41	75	63	2
36.	Veiller à ce que les superviseures respectent les critères d'évaluation lors des stages	81	54	24	62	32
37.	Permettre à l'étudiante en stage d'être responsable de son client face aux autres professionnels (les)	44	58	83	50	63
38.	Réduire à 40 le nombre d'étudiantes dans les cours théoriques ou prévoir des ateliers avec un nombre réduit d'étudiantes	1	38	57	23	39
39.	Demander aux étudiantes en stage de présenter les résultats de leur travail aux infirmières de l'unité de soins (source d'affirmation et d'estime de soi)	45	43	56	89	82
40.	Que l'université développe des mécanismes de contrôle pour éviter que les étudiantes qui ont des problèmes d'ordre psychique ou affectif puissent continuer leur programme de formation (du moins jusqu'à ce que le problème soit réglé)	29	91	55	22	73
41.	Que les gestionnaires des milieux cliniques mettent sur pied des modes de distribution de soins qui favorisent une continuité des soins	86	55	50	81	56

Tableau 22 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour chaque groupe de répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)		ORDRE DE PRIORITÉ				
		CH	CLSC	PROF	ADM	GRAD
42.	Que les professeures siègent sur des comités décisionnels dans les milieux et que les représentantes des milieux siègent sur des comités décisionnels au sein de l'université	88	75	40	17	89
43.	Que l'université fournisse des locaux adéquats, en nombre suffisant et avec des installations adéquates	49	74	34	45	26
44.	Conclure une entente avec les milieux cliniques et l'université pour que l'étudiante puisse pratiquer les techniques de soins de base dans les milieux (ex. au centre de prélèvement)	36	76	26	41	62
45.	Favoriser la mise en place d'ateliers sur la connaissance de soi et le développement personnel	54	73	85	2	53
46.	Mettre sur pied un groupe d'entraide ou de tutorat composé d'une professeure et d'une étudiante de 1 ^{ière} , 2 ^{ième} et 3 ^{ième} années	67	86	35	21	54
47.	Faire le lien entre les cours de sciences (biochimie, anatomie, pathologie, physiologie, pharmacologie) et les sciences infirmières (trop axés sur le côté médical)	43	22	25	56	8
48.	Favoriser des rencontres entre les administratrices des milieux cliniques, de l'université et les infirmières chefs d'unités de soins (en vue de partager une même philosophie de soins)	41	82	12	49	10

Tableau 22 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour chaque groupe de répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)		ORDRE DE PRIORITÉ				
		CH	CLSC	PROF	ADM	GRAD
49.	Éviter les jugements de valeurs (ex. évaluer en fonction de la performance et non de l'apparence physique des étudiantes)	40	81	15	26	77
50.	Que les milieux cliniques fournissent des locaux adéquats lors des stages (faciliter les rencontres)	17	61	11	34	90
51.	Deux semaines avant les stages, simuler des situations réelles en laboratoire, afin de réduire le niveau de stress des étudiantes (reproduire un environnement similaire)	34	9	89	61	88
52.	Les professeures devraient être des modèles de rôle (role model) en stage (s'affirmer plus)	60	85	69	55	85
53.	Modifier la structure des cours (faire les stages immédiatement après la théorie)	87	29	59	54	91
54.	Impliquer les étudiantes dans des équipes de travail multi disciplinaires, de la première à la dernière année de formation	82	87	58	25	23
55.	Promouvoir le contrat d'apprentissage dans les stages (tenir compte des objectifs personnels des étudiantes)	19	77	49	66	5
56.	Avoir du matériel adéquat et complet lors des laboratoires (ex. stomies, etc.)	23	71	36	48	61
57.	Ne pas lancer de messages doubles aux étudiantes (agir comme professionnelle, mais ne déranger pas trop)	39	36	30	10	76

Tableau 22 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour chaque groupe de répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)		ORDRE DE PRIORITÉ				
		CH	CLSC	PROF	ADM	GRAD
58.	Accepter que les étudiantes puissent faire des erreurs lorsqu'elles sont en apprentissage dans les stages (si cela ne représente pas un danger pour le client)	30	27	28	19	71
59.	Que l'université diversifie plus les milieux de stage en santé communautaire (ex. centre de jour, centre des femmes, organisme communautaire)	3	23	29	87	41
60.	Les milieux devraient être plus réceptifs et plus coopératifs	64	15	87	53	6
61.	Qu'il y ait des ententes entre les milieux de stage (CH et CLSC) pour que les intervenantes et les étudiantes aient accès à la formation dispensée dans ces centres (ex. dialyse, inhalothérapie, etc.)	66	42	86	46	78
62.	Responsabiliser les étudiantes lors des stages en leur permettant de faire du "coaching" entre elles pour l'application des techniques de soins	65	18	71	13	29
63.	Offrir des laboratoires en fonction de toutes les clientèles cibles	22	35	42	33	12
64.	Inclure l'anglais comme pré-requis à l'admission	53	84	41	15	46
65.	En cas d'insatisfaction lors des stages, les responsables dans les universités devraient déposer une plainte pour qu'il y ait un suivi de la part des milieux (l'université est aussi un client d'une certaine façon)	15	60	39	12	87

Tableau 22 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour chaque groupe de répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)		ORDRE DE PRIORITÉ				
		CH	CLSC	PROF	ADM	GRAD
66.	S'assurer que les professeures supervisent (sur place) le dernier stage d'intégration dans les milieux cliniques (pour évaluer l'aspect psychosocial et familial dans les interventions des étudiantes)	6	31	88	9	48
67.	Respecter les étudiantes en stage et dans les cours théoriques	25	6	47	35	37
68.	Centrer l'évaluation des stages sur les forces des étudiantes tout en soulignant les améliorations à apporter	48	30	38	18	24
69.	Mettre plus l'accent sur la recherche appliquée dans le cours de méthodologie de la recherche en sciences infirmières (comment on peut appliquer les recherches dans les milieux cliniques)	18	25	21	38	83
70.	Mettre le cours de réanimation obligatoire	38	44	6	8	69
71.	Donner plus de contrôle à l'étudiante sur son cheminement de cours	31	83	79	43	38
72.	Dispenser la matière par module et non plusieurs matières dans un même cours	12	24	5	91	19
73.	Les milieux devraient réduire la charge de travail des nouvelles graduées pour faciliter leur intégration	20	1	14	30	66
74.	Offrir plus de disponibilité aux étudiantes en dehors des cours (chez les professeures qui dispensent les cours de sciences)	14	10	1	14	59
75.	Modifier le contenu du cours de psychiatrie	33	88	9	5	51

Tableau 22 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour chaque groupe de répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)		ORDRE DE PRIORITÉ				
		CH	CLSC	PROF	ADM	GRAD
76.	S'assurer que chaque étudiante ait la possibilité d'appliquer ou de voir l'application de chaque technique de soins lors des stages	5	8	70	85	44
77.	Dispenser les cours de formation générale et de sciences la première année	4	13	2	3	31
78.	Le nombre de crédits alloués pour les cours devraient être représentatifs de la charge de travail exigé	13	5	52	75	25
79.	Éviter les répétitions entre les cours de sciences infirmières et les cours de sciences	2	28	13	6	7
80.	Apprendre à faire confiance aux étudiantes dans les cours (même dans les cours qui ont un nombre élevé d'étudiantes)	21	12	3	11	81
81.	Travailler conjointement avec le centre d'emploi de l'université pour favoriser l'emploi comme préposé aux bénéficiaires dans les centres hospitaliers, et ce dès la première année (afin de faciliter l'intégration dans les milieux lors des stages)	61	21	10	28	84
82.	Réviser les principes de la mobilisation des clients à chaque année et les pratiquer en laboratoire chaque année	10	4	23	86	14
83.	Faire dispenser les cours de biochimie, de pharmacologie, d'épidémiologie, et de physiologie par des professeures qui ont une formation en sciences infirmières (dans une perspective de sciences infirmières)	7	26	8	7	50

Tableau 22 (suite)

Priorisation des besoins authentiques (moyens) pour chaque groupe de répondantes

BESOINS AUTHENTIQUES (MOYENS)		ORDRE DE PRIORITÉ				
		CH	CLSC	PROF	ADM	GRAD
84.	Avoir trois cours au choix, soit un par année	35	89	22	4	70
85.	Éviter de créer un climat de méfiance dans les stages (en faisant exercer un contrôle par d'autres étudiantes)	16	14	31	52	42
86.	Faire passer un test de personnalité aux étudiantes lors de l'admission	28	7	33	42	21
87.	Les professeures devraient donner plus de soutien aux étudiants lors du stage d'obstétrique	89	32	67	67	18
88.	Mettre le cours d'épidémiologie comme cours optionnel	8	2	4	36	4
89.	Dispenser le cours de pharmacologie après la première année une fois que les étudiantes ont eu un contact avec les clients	11	11	32	31	43
90.	Ne pas exiger de l'étudiante qu'elle demande au client s'il veut l'avoir comme infirmière	32	3	7	32	17
91.	Jumeler un étudiant avec une étudiante dans le stage d'obstétrique (afin de faciliter son intégration)	37	37	37	37	67

APPENDICE O

Tableau 23

Répartition des indices de priorité (MG) obtenus dans chacun des groupes de détenteurs d'enjeux pour les moyens

MOYENS	ADM		PROF		CLSC		CH		GRAD	
	MG		MG		MG		MG		MG	
1*	346.41		531.33		180.97		376.06		243.23	
2	291.30		493.24		165.49		251.49		214.07	
3	251.49		464.16		162.25		251.49		212.13	
4	221.34		430.89		155.89		211.47		205.98	
5	205.98		330.19		154.51		196.80		202.68	
6	196.80		317.48		152.44		196.80		188.41	
7	191.68		317.48		151.37		196.80		173.21	
8	191.68		288.45		148.02		186.12		173.21	
9	186.12		288.45		146.05		177.83		162.66	
10	186.12		262.07		145.94		177.83		161.19	
11	173.21		251.98		145.65		168.18		156.51	
12	173.21		251.98		139.16		161.19		154.00	
13	173.21		251.98		139.16		156.51		152.44	
14	173.21		228.94		139.16		156.51		150.00	
15	168.18		228.94		138.13		141.42		149.53	
16	168.18		228.94		136.29		141.42		145.65	
17	156.51		228.94		134.27		137.74		141.86	
18	156.51		228.94		134.27		137.74		135.54	
19	156.51		215.44		133.75		133.75		135.54	
20	156.51		215.44		132.90		133.75		131.61	
21	145.65		215.44		128.19		131.61		128.19	
22	145.65		200.00		128.19		131.61		128.19	
23	145.65		200.00		127.47		131.61		128.19	
24	145.65		200.00		124.47		131.61		123.98	

Note. Voir tableau 22 p. 338 pour la correspondance des énoncés

Tableau 23 (suite)

Répartition des indices de priorité (MG) obtenus dans chacun des groupes de détenteurs d'enjeux pour les moyens

MOYENS	ADM		PROF		CLSC		CH		GRAD	
	MG		MG		MG		MG		MG	
25*	141.42		200.00		122.47		131.61		122.47	
26	131.61		200.00		121.23		124.47		122.47	
27	131.61		200.00		118.92		122.47		122.47	
28	131.61		200.00		117.41		122.47		121.61	
29	131.61		200.00		115.83		122.47		115.83	
30	124.47		200.00		110.67		118.92		110.67	
31	122.47		200.00		107.79		110.67		110.67	
32	122.47		200.00		105.74		110.67		107.79	
33	122.47		181.71		105.35		104.66		105.74	
34	118.92		181.71		97.40		104.66		102.99	
35	118.92		181.71		94.57		102.99		100.31	
36	118.92		168.69		90.13		100.00		100.00	
37	118.92		158.74		81.90		100.00		97.40	
38	118.92		158.74		81.90		100.00		96.72	
39	115.83		158.74		79.53		95.73		94.57	
40	112.47		158.74		68.80		94.57		91.47	
41	110.67		158.74		66.20		93.06		90.64	
42	110.67		158.74		54.77		88.01		88.01	
43	102.99		158.74		54.43		88.01		88.01	
44	102.99		158.74		52.85		88.01		79.53	
45	102.99		144.22		51.47		86.51		78.25	
46	100.31		144.22		51.11		84.09		76.22	
47	100.00		144.22		50.45		84.09		66.87	
48	100.00		144.22		50.10		84.09		61.24	
49	100.00		133.89		49.49		84.09		59.46	

Note. Voir tableau 22 p. 340 pour la correspondance des énoncés

Tableau 23 (suite)
Répartition des indices de priorité (MG) obtenus dans chacun des groupes de détenteurs
d'eneux pour les moyens

MOYENS	ADM		PROF		CLSC		CH		GRAD	
	MG		MG		MG		MG		MG	
50*	97.40		131.04		46.06		80.50		57.91	
51	93.06		125.99		46.06		79.53		56.23	
52	93.06		125.99		41.62		76.92		54.77	
53	93.06		125.99		41.62		74.01		50.00	
54	91.47		125.99		39.36		74.01		47.29	
55	84.09		125.99		38.84		74.01		46.06	
56	84.09		125.99		38.60		72.82		44.86	
57	84.09		125.99		37.61		70.71		44.72	
58	81.90		125.99		37.61		70.71		44.01	
59	79.53		109.14		37.61		70.71		42.86	
60	78.25		100.00		37.00		66.87		42.86	
61	78.25		100.00		35.00		65.80		42.04	
62	78.25		100.00		35.00		65.80		40.54	
63	68.87		100.00		34.64		65.80		40.25	
64	62.23		100.00		34.40		63.25		39.36	
65	62.23		100.00		34.09		63.25		38.73	
66	56.23		90.86		33.10		63.25		37.61	
67	54.39		79.37		31.07		62.23		37.61	
68	53.18		79.37		30.80		61.17		36.63	
69	50.97		79.37		29.43		59.46		34.09	
70	47.29		79.37		29.24		56.92		33.10	
71	46.06		58.48		27.83		56.23		32.57	
72	44.72		58.48		27.83		53.18		32.24	

Note. Voir tableau 22 p. 344 pour la correspondance des énoncés

Tableau 23 (suite)
Répartition des indices de priorité (MG) obtenus dans chacun des groupes de détenteurs
d'enjeux pour les moyens

MOYENS	ADM		PROF		CLSC		CH		GRAD	
	MG		MG		MG		MG		MG	
73*	44.72		53.13		27.83		50.10		30.80	
74	44.01		53.13		26.59		49.49		30.80	
75	41.62		42.17		25.90		44.72		30.80	
76	39.76		36.84		24.66		44.72		30.80	
77	37.00		36.84		23.40		41.62		30.80	
78	33.44		34.20		22.89		40.00		30.80	
79	31.62		34.20		19.68		37.00		30.80	
80	28.93		34.20		17.78		36.37		28.93	
81	26.59		29.24		17.32		31.62		27.83	
82	22.36		27.14		14.95		31.62		26.92	
83	14.95		27.14		13.68		31.62		25.90	
84	10.57		24.66		13.37		25.90		25.15	
85	8.41		22.36		12.60		24.75		24.49	
86	6.69		21.54		12.60		21.15		22.36	
87	5.62		17.10		12.57		20.00		21.78	
88	4.47		17.10		11.45		17.78		18.31	
89	4.47		10.00		10.88		11.89		18.00	
90	2.66		3.68		10.00		7.95		16.55	
91	2.11		3.16		1.78		5.23		8.41	

Note. Voir tableau 22 p. 346 pour la correspondance des énoncés