

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

**Bell & Howell Information and Learning
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA
800-521-0600**

UMI[®]



Université d'Ottawa • University of Ottawa

**ÉTUDE DES ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION DE
L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE EN SOINS INFIRMIERS AU
NIVEAU COLLÉGIAL**

DENYSE PHARAND

**Thèse présentée à l'École des études supérieures pour
l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D.)**

**FACULTÉ D'ÉDUCATION
UNIVERSITÉ D'OTTAWA
OTTAWA**

© DENYSE PHARAND, 1999



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*

Our file *Notre référence*

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

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

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

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

0-612-48112-3

Canada

Résumé

L'enseignement en milieu clinique occupe une part importante de la formation des étudiantes-infirmières, soit environ 50% de la totalité des enseignements reçus (Benor & Leviyof, 1997). Cependant, la recherche sur l'évaluation de ce volet de l'enseignement est peu développée. La plupart des auteures qui se sont penchées sur l'identification de l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique, selon une approche quantitative, ont produit des listes de caractéristiques ou de comportements indicateurs de la qualité de l'enseignement clinique. Toutefois, pour définir l'objet de l'évaluation, aucune de ces chercheuses ne s'est appuyée sur les composantes du processus de l'enseignement clinique, ces composantes ayant pourtant été relevées par plusieurs auteures qui ont étudié ce processus. De plus, il semble que la notion de multiplicité du rôle en milieu clinique soit importante à considérer mais, les auteures sont divisées quant à la priorité qui devrait être accordée à chacun de ces rôles. Le but premier de la présente étude est de préciser l'intention du processus d'évaluation de l'enseignement clinique, c'est-à-dire les éléments pouvant constituer l'objet de l'évaluation et ce, à partir des perceptions des professeures et des étudiantes en soins infirmiers au niveau collégial. Les composantes du processus de l'enseignement en milieu clinique et la notion du rôle sont également étudiés à titre complémentaire.

Le cadre conceptuel de cette étude est basé sur la complémentarité des travaux de recherche sur l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières; les uns touchant la définition du processus de l'enseignement clinique, les autres portant sur l'évaluation de cet aspect de l'enseignement. La recherche s'est déroulée auprès de six professeures et six étudiantes. Les professeures enseignaient au niveau de la troisième année du programme de soins infirmiers au niveau collégial et les six étudiantes en étaient à compléter leur troisième et dernière année de formation. Dans un premier temps, les 12 participantes ont été observées directement dans leur milieu d'enseignement clinique, par la suite chacune d'entre elles a été rencontrée en entrevue. Afin de vérifier l'exactitude de l'analyse des données, deux démarches de validation ont été effectuées. Une première validation, auprès de deux professeures de soins infirmiers non impliquées dans l'étude, où ces dernières ont étudié les protocoles d'entrevue codés de même que les cartes concepts correspondantes. La seconde démarche de validation a été faite auprès de chacune des participantes.

Les résultats indiquent que la relation privilégiée entre la professeure et ses étudiantes se situe au coeur du processus de l'enseignement clinique. Cette conception du processus de l'enseignement clinique introduit les éléments d'évaluation de l'enseignement clinique, car la professeure qui est imputable du maintien de la qualité de la relation avec ses étudiantes, se doit de développer cinq compétences principales. Ces compétences sont (a) humaine, (b) pédagogique, (c) technique, (d) professionnelle infirmière et (e) organisationnelle. Ces compétences principales sont concrétisées par des compétences satellites, à leur tour explicitées par des indicateurs. La question de la priorité du rôle d'infirmière, d'enseignante ou de personne en milieu clinique paraît alors non pertinente, puisque les participantes définissent la fonction d'enseignement comme étant une entité indivisible en rôles distincts. Les professeures qui évoluent en milieu clinique sont d'abord des enseignantes, tout comme en salle de cours.

L'étude apporte une contribution importante à l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers. Elle présente les éléments de l'évaluation selon une perspective globale en insistant sur les compétences à développer plutôt qu'en distinguant les comportements reliés aux trois rôles empruntés en milieu clinique. De plus, l'étude clarifie les catégories de comportements recensées dans les recherches qui ont traité de l'évaluation de l'enseignement clinique. Ainsi, cette recherche suggère deux volets à la compétence infirmière, soit les compétences technique et professionnelle infirmière. La compétence organisationnelle, peu développée par les chercheuses, est également une contribution appréciable de l'étude, car elle est directement reliée à l'influence de l'environnement où se déroule l'enseignement clinique.

La présente recherche, en plus de jeter les premiers jalons pour l'élaboration des instruments d'évaluation, devrait apporter tant aux professeures qui enseignent en soins infirmiers, qu'aux administrateurs des institutions d'enseignement. Pour les premières, les compétences identifiées comme éléments d'évaluation offrent un guide précieux pour bien se préparer à leur fonction d'enseignement en milieu clinique. Pour les seconds, les résultats de cette étude donnent un cadre de référence précis pour initier un processus d'évaluation de l'enseignement en milieu clinique dont l'intention pourrait être formative ou sommative. L'approche qualitative et analytique utilisée dans cette recherche pourrait également servir de modèle générique pour développer le construit du processus d'évaluation de l'enseignement pratique pour d'autres professions.

Avant-propos

Bien au-delà de la tradition, je tiens à exprimer mes plus sincères remerciements à toutes les personnes qui m'ont accompagnée durant ce long périple qu'est celui d'entreprendre mais surtout, de compléter une démarche doctorale.

Ma reconnaissance va d'abord à ma directrice de thèse, Madame Renée Forgette-Giroux qui, en plus de m'avoir guider intellectuellement, m'a témoigné beaucoup de respect et de compréhension. Tout au long de ces années, elle a su être un modèle de pensée rigoureuse, un modèle du travail bien fait. Merci!

J'adresse également mes remerciements aux membres de mon comité de thèse qui m'ont fait profiter de leur grande expertise dans le domaine de la recherche. Leurs précieux commentaires ont stimulé ma réflexion.

Je ne saurais oublier mes amies proches qui, à chaque étape franchie durant mon processus de recherche, se sont réjouies pour moi. Elles étaient là, toujours prêtes à me recevoir. À Diane L'Archevêque, Denyse Langevin, Hélène Pelletier, Nicole Rhéaume et Ginette Lazure, merci pour votre écoute, merci pour votre enthousiasme, merci pour votre soutien!

À mes filles, Marie-Ève et Véronique qui me témoignent une grande admiration d'en être rendue là! À mon tour, je les admire et les remercie pour leur patience et leurs petites attentions qui ont allégé ma vie d'étudiante.

À Raymond, un merci tout particulier! Durant toutes ces années, il a cru que j'y arriverais. Son écoute, son soutien affectif, sa grande collaboration au niveau de la révision des textes et de la mise en page font en sorte qu'il est difficile de trouver le mot juste pour lui traduire ma plus profonde gratitude. Je lui dédie cette thèse.

Table des matières

Résumé.....	iii
Avant-propos.....	v
Table des matières	vi
Liste des tableaux	xi
Liste des figures.....	xii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I — La problématique.....	6
Les caractéristiques propres à l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières	7
La présentation critique des recherches sur l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières.....	10
Sommaire de la recherche sur l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières.....	13
CHAPITRE II — Le cadre conceptuel	15
La définition du processus d'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières.....	16
La recherche sur l'évaluation de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières.....	17
L'évaluation de l'enseignement sans distinction pour ses deux aspects : théorique et clinique.....	18
L'évaluation de l'enseignement théorique	21
L'évaluation de l'enseignement clinique	22
La synthèse critique	29
Résumé	32
La recherche sur le processus de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières	32

La présentation des recherches.....	33
La synthèse des principales constituantes du processus de l'enseignement clinique	40
La pertinence des recherches sur le processus de l'enseignement clinique pour l'évaluation.....	42
L'importance de considérer la multiplicité des rôles dans l'enseignement clinique.....	42
La théorie de l'apprentissage social de Bandura appliquée à l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières.....	44
Le rôle d'infirmière.....	45
Le rôle d'enseignante.....	47
Le rôle de personne.....	47
La priorité accordée à chacun des rôles	48
Résumé	49
Conclusion et les questions de recherche.....	49
CHAPITRE III — La méthodologie.....	53
Le contexte de la recherche.....	54
Les participantes.....	55
Les critères de sélection.....	56
Le recrutement	57
La description	58
La collecte des données.....	62
La description	62
Le déroulement.....	64
Le plan de l'analyse des données.....	66
La transcription et détermination des unités d'analyse	66
L'analyse sélective et le codage	67
Le traitement et l'interprétation des données.....	67
La vérification des résultats.....	68
L'évaluation de la scientificité de la recherche	69

La crédibilité.....	69
La transférabilité.....	71
La fiabilité	72
Les limites de la recherche.....	72
CHAPITRE IV — La présentation et l'analyse des résultats	74
Le processus de l'enseignement clinique	75
La conception de l'enseignement clinique	76
Le but de l'enseignement clinique	79
Les facteurs d'influence sur le processus d'enseignement clinique.....	82
Le résumé analytique.....	86
Les éléments de l'objet d'évaluation de l'enseignement clinique	87
La compétence humaine.....	89
La compétence pédagogique.....	102
La compétence technique	120
La compétence professionnelle infirmière	124
La compétence organisationnelle.....	132
Le résumé analytique.....	140
La notion du rôle dans l'enseignement en milieu clinique.....	146
La clarté de la fonction d'enseignement en milieu clinique	147
Le résumé analytique.....	149
L'utilisation du modèle de rôle.....	151
Le résumé analytique.....	153
CHAPITRE V — La discussion	155
Le processus de l'enseignement clinique	156
Les similitudes avec les recherches sur le processus de l'enseignement clinique.....	156
La disparité avec les recherches sur le processus de l'enseignement clinique.....	157

Les éléments d'évaluation de l'enseignement clinique	160
Les similitudes avec les recherches qui traitent de l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières.....	160
La disparité avec les recherches qui traitent de l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières.....	165
La fonction d'enseignement clinique.....	168
L'évaluation de l'enseignement clinique selon les rôles.....	169
L'ambiguïté du rôle.....	170
La priorité accordée à chacun des rôles	171
L'identité professionnelle.....	171
La définition de la fonction d'enseignement clinique.....	172
La notion de modèle de rôle.....	173
CONCLUSION.....	176
La synthèse des résultats	177
La contribution de la recherche	180
La contribution pour les concepteurs des modèles d'évaluation de l'enseignement clinique	180
La contribution pour les professeures qui enseignent en soins infirmiers	181
La contribution pour les administrateurs des institutions d'enseignement	181
Les pistes de recherche	182
APPENDICE A — Le consentement du comité de déontologie.....	184
APPENDICE B — Le consentement des directeurs et directrices des études des cégeps visités.....	186
APPENDICE C — Le consentement des participantes.....	191
APPENDICE D — L'autorisation des personnes responsables de la formation dans les centres hospitaliers.....	194
APPENDICE E — Le guide d'entrevue des professeures.....	197
APPENDICE F — Le guide d'entrevue des étudiantes	199
APPENDICE G — Les cartes de concepts individuelles des participantes	201
APPENDICE H — La carte globale des perceptions des professeures	215

APPENDICE I — La carte de concepts globale des étudiantes 222

RÉFÉRENCES 231

Liste des tableaux

Tableau 1 — Catégories de comportements identifiées dans les recherches sur l'évaluation de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières.....	20
Tableau 2 — Profil des professeures participantes	59
Tableau 3 — Définition du processus de l'enseignement clinique	76
Tableau 4 — La compétence humaine comme premier élément d'évaluation de l'enseignement clinique	90
Tableau 5 — La compétence pédagogique comme deuxième élément d'évaluation de l'enseignement clinique	103
Tableau 6 — La compétence technique comme troisième élément d'évaluation de l'enseignement clinique	122
Tableau 7 — La compétence professionnelle infirmière comme quatrième élément d'évaluation de l'enseignement clinique.....	126
Tableau 8 — La compétence organisationnelle comme cinquième élément d'évaluation de l'enseignement clinique	133
Tableau 9 — Les éléments d'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers selon les compétences	141

Liste des figures

Figure 1 — Illustration schématique des compétences comme éléments de l'évaluation de l'enseignement clinique	161
---	-----

INTRODUCTION

L'évaluation de l'enseignement est une activité qui est largement répandue en Amérique du Nord. Une étude réalisée par Thivierge et Bernard (1996) révèle que toutes les universités américaines, canadiennes et québécoises procèdent à l'évaluation de l'enseignement et ce, depuis plus de 25 ans. Par ailleurs, même si dans une proportion de 62% les politiques des universités canadiennes stipulent que les activités d'enseignement telles, la direction de thèses, la supervision d'étudiants en stage ou en clinique peuvent être évaluées, il semble que l'intervention du professeur en salle de cours est pratiquement la seule activité d'enseignement qui fasse l'objet d'une évaluation (Bernard, 1994; Murray, 1991). Selon Bernard (1994), un système complet d'évaluation de l'enseignement devrait toucher toutes les activités d'enseignement.

La recommandation précédente prend tout son sens en ce qui a trait à l'enseignement des programmes universitaires professionnels. Ces programmes comportent deux aspects : l'un théorique, qui se déroule en salle de cours, l'autre pratique, où l'enseignement est donné en milieu de stage. Or, même si toutes les professions croient en l'importance de l'enseignement pratique pour transformer les étudiants novices en professionnels compétents, il demeure tout de même que les recherches conduites sur l'évaluation de ce volet de l'enseignement sont beaucoup plus rares que celles qui touchent l'évaluation du volet théorique (Nehring, 1990; Paterson, 1991; Scanlan, 1996/1997). Quoique l'enseignement pratique soit, comme les autres formes d'enseignement, un acte pédagogique qui influence la réalisation des apprentissages des étudiants (Carr, 1983), il est aussi différent.

Le principal élément distinctif de l'enseignement pratique réfère au type d'apprentissage et au milieu dans lequel il prend place. D'une part, l'enseignement en salle de cours porte sur l'apprentissage des savoirs théoriques, et ce, pour un grand groupe d'étudiants; de plus, l'environnement dans lequel il prend place est structuré et stable. D'autre part, l'enseignement pratique qui vise le transfert des savoirs théoriques, l'application des habiletés et des attitudes pour un groupe d'étudiants plus restreint, voire même sous forme de tutorat, se déroule dans un milieu à la fois complexe, imprévisible et multidimensionnel.

L'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières¹ partage les caractéristiques précédentes avec l'enseignement pratique des autres professions, mais se distingue toutefois par son caractère particulier. Un premier élément de différence réside dans le fait que les stages pratiques dans le domaine des sciences infirmières se définissent plus largement que la seule

¹ L'appellation *nursing*, qui est utilisée en anglais, désigne tous les programmes de formation infirmière, sans distinction des différents niveaux de formation. Au Québec, le programme de formation infirmière au collégial utilise l'appellation *soins infirmiers*, alors que le programme de formation universitaire emploie l'appellation *sciences infirmières*. Dans la présente étude l'expression *domaine des sciences infirmières* sera utilisée à titre unificateur.

fonction de supervision. C'est pourquoi le terme enseignement clinique qui décrit plus justement cette activité d'enseignement est utilisé tout au long de cet ouvrage. Une seconde particularité de la situation d'enseignement-apprentissage dans ce domaine en milieu clinique touche la fonction de la professeure¹ qui se doit de transmettre toutes les facettes de la profession infirmière dans son enseignement. Comme la profession infirmière est multidimensionnelle et est axée sur la qualité du contact auprès des clients² la professeure se doit de tenir des rôles multiples, enseignante, conseillère et consultante, créant ainsi une relation privilégiée entre elle et ses étudiantes. La troisième particularité fait référence au statut de la professeure dans le milieu d'enseignement clinique. Contrairement à certaines professions, notamment la médecine, la formation des maîtres et la physiothérapie où les superviseurs de stages proviennent des milieux mêmes où se donne l'enseignement pratique, l'enseignement clinique dans plusieurs programmes de formation infirmière est donné par des personnes qui ne proviennent pas des milieux hôtes. Ces personnes, qui sont rattachées à leur propre institution d'enseignement plutôt qu'au milieu de stage, présentent un statut particulier, que Glass illustre en 1971 comme étant *the guest in the house*. Ce statut d'invitée, particulier aux professeures qui forment les infirmières, est encore présent aujourd'hui et confirme le caractère unique, de même que la complexité de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières.

La présente étude s'intéresse à l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières et relève les particularités rattachées à l'aspect clinique de l'enseignement. Toutefois, les distinctions précédentes entre les aspects clinique et théorique de l'enseignement s'appliquent également à l'évaluation de ces activités d'enseignement. C'est pourquoi, le volet clinique et le volet théorique de l'enseignement ne peuvent être soumis aux mêmes critères d'évaluation.

La revue de la documentation permet de constater que les modèles généraux d'évaluation de l'enseignement élaborés ne semblent pas répondre aux particularités de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières. Ces modèles d'évaluation, dont la vision de l'enseignement clinique est souvent réduite à la seule fonction de supervision, ne peuvent guider l'évaluation de la complexité des interactions de la professeure avec le milieu, les étudiantes et les clients (Paterson, 1991; Rolfe, 1990). De plus, les recherches sur l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières sont basées sur des postulats relatifs aux

¹ Afin d'alléger le texte et compte tenu que la population professorale qui enseigne dans la discipline infirmière est majoritairement féminine, le genre féminin sera employé tout au long de cet ouvrage. La féminisation professeure est la terminologie acceptée par l'Office de la langue française.

² Selon l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC), le terme client désigne le bénéficiaire de soins, c'est-à-dire l'individu, la famille, le groupe ou la collectivité auxquels les soins sont destinés.

composantes de la fonction d'enseignement de la professeure en milieu clinique (Paterson, 1991; Scanlan, 1996/1997). Paterson souligne également que la plupart des recherches ne font pas de distinction entre les aspects théorique et clinique, pas plus qu'elles ne s'appuient sur un cadre théorique dans lequel les constituantes de l'enseignement clinique sont identifiées.

Selon Scanlan (1996/1997), les études menées sur l'évaluation de l'enseignement clinique dans différents programmes qui offrent la formation infirmière se limitent à l'élaboration de listes de caractéristiques ou de comportements indicateurs de qualité. Certains de ces travaux sur l'évaluation présentent aussi des problèmes méthodologiques importants tant dans la sélection de l'échantillonnage, que dans celle des instruments de collecte de données. De plus, les buts de ces recherches sont souvent imprécis et leurs résultats, souvent contradictoires. Par contre, des chercheuses comme Carr (1983), Pardo (1991), Paterson (1991), Rosenthal (1987) et Scanlan (1996/1997) ont contribué à définir les composantes du processus de l'enseignement clinique, mais ces recherches n'ont pas été considérées dans l'élaboration d'un cadre conceptuel pouvant soutenir l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières.

La consultation des recherches dans le domaine de l'évaluation de l'enseignement clinique permet de constater que, malgré l'intérêt des chercheurs pour le sujet, les méthodes d'investigation utilisées et les résultats générés ne semblent pas répondre clairement à la problématique de l'évaluation de l'enseignement clinique. Les auteures ont produit des listes de comportements reflétant l'évaluation de cet aspect de l'enseignement; cependant, l'ordre de priorité accordé à chacun de ces comportements est variable d'une étude à l'autre. Il demeure qu'une certaine constance dans la nature de ces éléments d'évaluation permet de les considérer dans l'élaboration du cadre conceptuel de la présente étude. Le cadre conceptuel développé met également en évidence les constituantes du processus de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières. Cet intérêt d'exposer les composantes de l'enseignement clinique fait en sorte que la présente recherche se distingue des écrits antérieurs qui traitent de l'évaluation de l'enseignement clinique et lui confère ainsi son caractère original. De plus, l'exploration des deux dimensions de l'enseignement clinique, soit les composantes et les éléments d'évaluation, enrichit le cadre d'analyse. Cette étude se démarque également par l'utilisation d'une approche qualitative pour l'identification des éléments sur lesquels devrait porter l'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers.

Les cinq chapitres qui composent cette recherche sont : la problématique, le cadre conceptuel qui se termine par la question de recherche, la méthodologie, la présentation et l'analyse des résultats aux trois questions de recherche, dans le dernier chapitre, les résultats sont discutés. La conclusion termine cette étude.

Au chapitre premier, les caractéristiques de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières sont identifiées, de même que l'apport de la recherche dans le domaine de l'évaluation de l'enseignement clinique. Le deuxième chapitre se divise en deux sections. Une première présente et critique les recherches qui portent sur l'évaluation de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières. Une seconde section fait ressortir les composantes du processus d'enseignement en milieu clinique, de même que la notion des rôles multiples; la question de recherche complète le chapitre. Le troisième chapitre décrit la méthodologie utilisée et le déroulement de la recherche. Le chapitre quatre présente et analyse les résultats concernant le processus de l'enseignement clinique, les éléments de l'évaluation de l'enseignement clinique et la notion du rôle. La conclusion expose la synthèse des résultats, la contribution de l'étude et les recommandations qui en découlent.

CHAPITRE I – LA PROBLÉMATIQUE

Dans un premier temps, la problématique présente les caractéristiques propres à l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières. En second lieu, l'intérêt est dirigé sur l'état de la recherche actuelle en évaluation de l'enseignement clinique. Finalement, une critique de la documentation fait ressortir les lacunes dans le domaine et le besoin de se pencher sur le sujet.

LES CARACTÉRISTIQUES PROPRES À L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DANS LE DOMAINE DES SCIENCES INFIRMIÈRES

L'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières, tout comme l'enseignement pratique des autres professions, se distingue de l'enseignement théorique. Ces éléments distinctifs touchent d'abord l'aspect imprévisible du milieu dans lequel cette activité d'enseignement se déroule. L'intervention en salle de classe est, à ce titre, plus stable et plus structurée. L'enseignement pratique amène aussi le professeur à tenir lieu de conseiller et de consultant auprès de ses étudiants, en plus de sa fonction première, l'enseignement. La fonction du professeur en salle de cours est plus circonscrite, il exerce un contrôle plus grand sur l'environnement, puisque les variables d'influence sur le processus de l'enseignement en salle de classe sont moins nombreuses. L'aspect théorique, comme l'aspect pratique de l'enseignement, fait appel aux compétences cognitives et interpersonnelles du professeur. Cependant, l'enseignement pratique exige de ce dernier une compétence professionnelle élargie au milieu de stage.

Bien que les différences identifiées concernant le milieu d'enseignement et la fonction de la professeure s'appliquent à l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières, d'autres particularités lui confèrent son caractère unique et ont un impact sur l'utilisation des stratégies d'enseignement. Ainsi, la situation d'enseignement-apprentissage se déroule auprès d'un client réel présentant des problèmes de santé. Cette situation, bien qu'elle ne soit pas exclusive au domaine des sciences infirmières, génère un niveau d'anxiété important à la fois chez la professeure et l'étudiante¹, car la sécurité du client se doit d'être assurée (Kim, 1997). La professeure n'a pas le contrôle total sur la situation d'apprentissage et cette situation peut d'ailleurs rarement être répétée (Bergman & Gaitskill, 1990; Quinn, 1980; Windsor, 1987). La professeure doit, en plus, satisfaire aux demandes des milieux d'enseignement sur le plan légal (Carr, 1983).

¹ Afin d'alléger le texte et compte tenu que la population qui étudie dans la discipline infirmière est majoritairement féminine, le genre féminin sera employé tout au long de cet ouvrage.

Un second élément qui distingue l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières est qu'il ne peut être assimilé à la simple supervision de stage, car les multiples aspects des expériences d'enseignement en milieu clinique dépassent la seule fonction de supervision. Afin d'appuyer cette distinction, il est important de relever le caractère historique de la formation infirmière au Québec qui, jusqu'à la fin des années 60, était surtout dispensée dans des institutions de santé. Bien que les auteures suivantes proviennent de l'extérieur du Québec, leurs écrits appuient fort justement les conséquences de la transition de la formation infirmière des institutions de santé aux institutions d'enseignement. Dans la formation infirmière traditionnelle, l'étudiante apprenait selon le modèle d'essai-erreur (Kagan, 1988) en étant supervisée par une infirmière du milieu hospitalier; l'appellation monitrice de stage était alors employée pour désigner la professeure en milieu clinique. Le passage de la formation infirmière aux institutions d'enseignement universitaires et collégiales a considérablement modifié la conception de la fonction d'enseignement de la professeure (Opere, 1998). La formation infirmière est alors passée de l'apprentissage auprès du maître à l'intégration des expériences d'apprentissage associée à l'enseignement théorique (Bramadat & Chalmers, 1989). Les étudiantes ont alors exigé une plus grande qualité de l'enseignement clinique, plutôt qu'une supervision très étroite (Wong & Wong, 1987). Ces modifications à la formation infirmière, bien qu'elles remontent à plus de 30 ans ont, encore aujourd'hui, un impact sur la fonction d'enseignement en milieu clinique (Paterson, 1997). La professeure qui faisait auparavant partie du milieu clinique où se déroulait l'apprentissage en est devenue l'invitée (Glass, 1971). Plus récemment, Packford & Polifroni (1992) ont mis en lumière la situation particulière de la professeure en milieu clinique : « N'ayant pas de véritable statut dans l'institution et devant se battre pour sa crédibilité, la professeure doit prévenir l'erreur et ne pas faire de vagues (p.69, traduction libre) ». Ces assertions impliquent que la compétence à négocier avec le milieu fait partie intrinsèque de la fonction de la professeure.

Les constatations précédentes permettent d'introduire les modalités relatives à la charge d'enseignement des professeures qui évoluent dans les programmes de formation infirmière dispensée au Québec dans les collèges d'enseignement général et professionnel (cégeps). Les charges d'enseignement des professeures de soins infirmiers¹ comprennent deux volets, l'un théorique, en salle de cours, et l'autre clinique, dans les milieux hospitaliers et communautaires. Une telle organisation de leur tâche les amène à évoluer dans les deux sphères d'enseignement. Ainsi, les professeures accompagnent des groupes de six ou sept étudiantes dans les milieux cliniques, à raison de trois à quatre jours par semaine, échelonnés sur une période de 11 semaines lorsqu'elles donnent l'enseignement clinique aux étudiantes de troisième année (dernière année de formation au collégial). Quand cet enseignement est donné au niveau de la première année de

¹ Le programme de formation infirmière au collégial utilise l'appellation *soins infirmiers*.

formation, il se limite à une journée par semaine durant sept semaines. À l'intérieur de leur fonction d'enseignement clinique, les professeures vont au-delà de la supervision de l'exécution des techniques de soins (méthode suivie dans un procédé précis, par exemple, insertion d'une sonde urinaire, installation d'une perfusion intraveineuse, etc.) ; leur fonction est plutôt élargie à faire des liens entre les enseignements théoriques reçus en salle de cours et les situations d'apprentissage clinique. À cette charge d'enseignement clinique, s'ajoute une prestation de cours théoriques.

Toutefois, d'autres dimensions augmentent la complexité de la fonction d'enseignement en milieu clinique. La formation initiale d'infirmière détenue par la professeure et son imputabilité de la sécurité des clients entraînent une certaine confusion sur le rôle premier qu'elle doit tenir en milieu de stage. D'une part, son rôle d'enseignante lui demande de faciliter les apprentissages par l'individualisation des stratégies d'enseignement; d'autre part, celui d'infirmière sert de modèle à la réalisation de certains apprentissages des étudiantes. Cette dernière particularité entraîne une ambiguïté au niveau de la définition de la fonction d'enseignante en milieu clinique (Infante, 1986; Paterson, 1991, 1997), de même qu'une insécurité de la professeure quant à sa préparation pour cette fonction (Infante, 1986; Laidig, 1996; Scanlan, 1996/1997). Cette ambiguïté semble être attribuée au manque de directives sur l'identification des composantes de l'entité de la fonction de la professeure dans l'enseignement clinique (Paterson, 1991, 1997; Scanlan, 1996/1997).

Afin de bien situer les indications de l'emploi des mots *rôle*, *fonction* et *modèle de rôle* dans le présent ouvrage, il convient d'apporter les précisions suivantes. Certains auteurs (Hardy & Conway, 1988; Legendre, 1993) utilisent le mot fonction comme synonyme du mot rôle. Toutefois, il apparaît plus à propos de réserver le terme fonction à l'entité de l'acte d'enseigner en milieu clinique. Quant au terme rôle, il sera utilisé pour désigner les divers comportements que la professeure peut manifester dans l'exercice de son acte d'enseignement. Cette nuance est justifiée par le fait que l'enseignement en milieu clinique est multidimensionnel. Ainsi, dans les pages qui suivent, le mot rôle est employé quand l'auteure traite des comportements d'enseignante, d'infirmière ou de personne. Cette décision est fondée sur les écrits de Hardy et Conway qui prétendent que les personnes organisent leurs actions dans leur fonction première en tenant compte de l'environnement. Cette affirmation s'applique fort justement à la fonction d'enseignement en milieu clinique, puisque la professeure en tenant compte de son environnement peut emprunter les trois rôles identifiés précédemment. Finalement, la notion de modèle de rôle se traduit dans la présente étude, comme un moyen par lequel l'étudiante peut apprendre la globalité de la profession infirmière en observant les comportements de sa professeure ou des infirmières qui évoluent dans le milieu clinique. Ainsi, comme le rapporte Bandura (1977) l'étudiante peut coder l'information qui lui est transmise par les modèles, en vue de guider ses comportements professionnels futurs. En

résumé, l'emploi du terme fonction réfère à l'entité de l'acte d'enseigner en milieu clinique, alors que celui de rôle se rapporte à une dissection de cette globalité : être une enseignante, être une infirmière et être une personne qui démontre des qualités humaines. Par ailleurs, dans l'exercice de chacun de ces rôles, la professeure peut représenter un modèle pour ses étudiantes.

Les écrits précédents relèvent, d'une part, la distinction entre les volets théorique et pratique de l'enseignement des programmes professionnels; d'autre part, ils confèrent un caractère particulier à l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières. Ces caractéristiques, qui sont propres au domaine des sciences infirmières, ont un impact sur l'enseignement en milieu clinique et, par conséquent, il est permis de croire que l'évaluation de ce type d'enseignement présente également un caractère distinctif. Ce corollaire touche la mesure de la qualité de l'enseignement qui, selon Scanlan (1996/1997), ne peut être uniquement considérée par le biais de la relation processus-produit. La recherche en évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières s'est penchée sur ces particularités.

LA PRÉSENTATION CRITIQUE DES RECHERCHES SUR L'ÉVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DANS LE DOMAINE DES SCIENCES INFIRMIÈRES

L'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières est reconnu comme une composante essentielle de la formation de l'étudiante (Duke, 1996; McCabe, 1985; Morgan, 1991; Pugh, 1983). Selon Benor et Leviyof (1997), approximativement 50% de l'enseignement dans les programmes de formation infirmière se déroule dans les milieux cliniques. Cependant, la recherche s'intéresse peu à l'évaluation de cet aspect de l'enseignement (Kanitsaki & Sellick, 1989; Knox & Mogan, 1985; McCabe, 1985; Morgan, 1991; Zimmerman & Westfall, 1988). Toutefois, deux de ces auteures reconnaissent l'importance de développer des instruments d'évaluation adaptés à l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières : « Parce que l'enseignement clinique est tellement différent de l'enseignement en salle de classe, les instruments d'évaluation de l'enseignement qui ont été développés et validés pour les autres disciplines ne sont pas appropriés pour l'évaluation des professeures en milieu clinique » (Knox & Mogan, 1985, p.26, traduction libre). Cette constatation rappelle à nouveau le caractère distinctif de l'enseignement clinique, mais il demeure que la recherche sur le sujet est peu développée (Infante, 1986); le besoin de se pencher sur l'évaluation de cet aspect de l'enseignement en soins infirmiers est urgent (Paterson, 1991; Wellard, Rolls & Ferguson, 1995; Whitman, 1988).

Par ailleurs, des chercheuses se sont intéressées à l'évaluation de l'enseignement clinique dans différents programmes de formation infirmière, mais leurs résultats sont non concluants. Ces

recherches se limitent, pour la plupart d'entre elles, à l'élaboration de listes de caractéristiques ou de comportements indicateurs de la qualité de l'enseignement clinique (Flager, Loper-Powers & Spitzer, 1988; Kanitsaki & Sellick, 1989; Karns & Schwab, 1982; Morgan, 1997; Stoltenberg, 1997; White, 1997; Windsor, 1987; Zimmerman & Westfall, 1988). En dépit des problèmes méthodologiques importants que certaines de ces recherches quantitatives présentent tels que des échantillons de petites tailles, un nombre limité d'institutions ou des instruments de collecte de données différents non validés, ces travaux fournissent tout de même certains éléments de consensus sur les caractéristiques qui définissent la qualité de l'enseignement clinique (Paterson, 1991; Pugh, 1983, 1988). Ces études rapportent, par exemple, l'importance de prendre en compte les rôles multiples de la professeure en milieu clinique, la valeur des relations interpersonnelles de même que les qualités personnelles de la professeure. Cependant, même si la notion de la multiplicité des rôles est prise en considération par les chercheuses, peu d'entre elles (Kanitsaki & Sellick, 1989; Opore, 1998; Pugh, 1980; Stuebbe, 1980) ont développé des instruments basés sur des caractéristiques de l'enseignement clinique associées aux différents rôles en milieu clinique. Les instruments utilisés dans les recherches sur l'évaluation de l'enseignement clinique mesurent les perceptions des professeures, des étudiantes ou comparent celles des deux groupes en leur demandant d'ordonner les caractéristiques selon leur importance. De plus, les chercheuses qui ont opté pour une approche quantitative, ne se sont pas appuyées sur un cadre conceptuel qui définit tout d'abord les composantes de l'enseignement clinique. Néanmoins, même s'il est permis de penser que les instruments utilisés pourraient servir à l'évaluation du volet clinique dans le domaine des sciences infirmières, certaines des auteures ne mentionnent pas de façon explicite que leurs recherches ont été conduites dans ce but.

D'autres études (Carr, 1983; Pardo, 1991; Paterson, 1991; Rosenthal, 1987; Scanlan, 1996/1997) apportent une contribution intéressante au domaine de l'évaluation, puisqu'elles ont su définir et analyser le processus de l'enseignement clinique. La contribution de ces recherches s'illustre dans le fait que, pour évaluer convenablement l'enseignement en milieu clinique, il faut d'abord en avoir une vision claire et c'est précisément cette vision du processus d'enseignement clinique que les cinq auteures précédemment citées ont su définir. De plus, l'approche ethnographique qu'elles ont utilisée semble répondre davantage au besoin d'explorer en profondeur le phénomène de l'enseignement clinique en décrivant et en expliquant les actions des participantes (Rosenthal, 1989). Bien que ces travaux n'aient pas porté directement sur l'évaluation de l'enseignement clinique, ils offrent, par ailleurs, un intérêt particulier, puisqu'ils ont permis l'identification des composantes de ce processus d'enseignement; cette étape étant préalable à l'évaluation. Bien que les modèles d'enseignement clinique développés dans le domaine des sciences infirmières contribuent à mieux comprendre la complexité de la fonction de la professeure

en milieu clinique, ils demeurent néanmoins ignorés de la recherche en évaluation de l'enseignement clinique. Cette affirmation est appuyée par le fait qu'aucun de ces modèles d'enseignement n'a jamais été validé dans des recherches ultérieures, ni considéré pour identifier les éléments sur lesquels devrait porter l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières.

Les recherches effectuées dans divers programmes de formation infirmière contribuent, par ailleurs, à mieux comprendre la complexité de la fonction d'enseignement en milieu clinique. Ces études rapportent que la fonction de la professeure en milieu clinique est tridimensionnelle, ce qui la distingue principalement de celle exercée en salle de cours. Cette distinction se traduit dans le fait que la professeure qui évolue en milieu clinique doit être préoccupée non seulement par le fait d'être un modèle d'infirmière que les étudiantes peuvent observer concrètement (Archer & Fleshman, 1981; Morgan, 1991) mais également, par son rôle d'enseignante qui agit sur l'environnement clinique dans lequel elle prend place avec ses étudiantes (Infante, 1986), de même que par la dimension humaine reliée à sa fonction d'enseignement (Sando, 1997; Stuebbe, 1980), car ses attributs personnels sont essentiels à la qualité de la relation professeure-étudiante. La professeure qui emprunte le rôle d'infirmière devient un modèle pour l'étudiante et aide cette dernière à se socialiser dans l'apprentissage de la profession infirmière (Evans, 1995). Ce rôle infirmier que peut tenir la professeure est défini comme celui d'une infirmière efficace et se mesure par les éléments de compétence infirmière (Infante, 1986; Howie, 1988; Perry, 1988). Dans le rôle d'enseignante, la professeure utilise des stratégies d'enseignement variées qui favorisent les apprentissages, planifie et organise les expériences cliniques (Carr, 1983; Paterson, 1991). Quant au rôle de personne, il fait appel aux qualités personnelles de la professeure dans ses interactions avec les étudiantes, créant ainsi un climat favorable à la transmission des savoirs théoriques vers la pratique (Paterson, 1991, 1997).

Par ailleurs, dans l'emprunt des différents rôles qu'implique la fonction d'enseignement en milieu clinique, les professeures peuvent se servir de ces rôles pour favoriser l'apprentissage, en permettant aux étudiantes de se modéliser sur elles. Or, même si l'utilisation du modèle de rôle infirmier a été démontrée comme étant une stratégie d'enseignement efficace (Benor & Leviyof, 1997; Deane & Campbell, 1985; Green, 1988; Howie, 1988; Opare, 1998; Scanlan, 1996/1997), certaines auteures (Carr, 1983; Infante, 1986; Kramer, 1981) affirment pourtant, que le seul modèle de rôle que doit donner la professeure en est un d'enseignante, plutôt que de praticienne. Ces divergences d'opinion illustrent, à la fois, la confusion au regard de l'utilisation du modèle de rôle infirmier comme stratégie d'enseignement, mais fait également ressortir l'importance de considérer l'évaluation de l'enseignement clinique selon les rôles qui peuvent s'y greffer.

SOMMAIRE DE LA RECHERCHE SUR L'ÉVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DANS LE DOMAINE DES SCIENCES INFIRMIÈRES

Quoique le sujet de l'enseignement clinique ait été abordé en profondeur par quelques chercheuses et soit mieux compris, le domaine de l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières reste encore à explorer et à préciser. En effet, les recherches recensées ne semblent pas répondre de façon satisfaisante à l'objet de l'évaluation, puisque certaines des études présentent des problèmes méthodologiques qui rendent leurs résultats peu consistants. Par contre, des éléments d'évaluation de la qualité de l'enseignement clinique ont été identifiés à partir de questionnaires différents présentés à des groupes de professeures, d'étudiantes ou de composition mixte. Cette méthode d'investigation demandait aux participantes d'apprécier l'importance des comportements ou d'ordonner des comportements élaborés selon des listes établies au préalable par les chercheuses. En effet, quelques unes des auteures ont utilisé des questionnaires validés comme le *Nursing Clinical Teacher Effectiveness Inventory (NCTEI)*; cependant certaines d'entre elles ont modifié cet instrument de collecte des données sans en préciser les motifs. D'autres auteures, qui ont construit leurs propres instruments de collecte, ne font pas mention du cadre théorique à partir duquel elles les ont développés. Dès lors, il apparaît pertinent d'élaborer un cadre conceptuel qui définirait en premier lieu les composantes du processus de l'enseignement clinique et sur lequel pourraient se greffer les éléments d'évaluation de ce processus d'enseignement. Hedin (1989) corrobore ces propos et dans le but de pallier cette lacune, elle recommande de conduire les recherches futures en évaluation selon une approche qualitative. Elle soutient que les méthodologies utilisées dans la plupart des études menées dans le domaine mettent l'accent sur les interactions professeures-étudiantes, mais ne permettent pas aux professeures de réfléchir sur leurs pratiques d'enseignement en milieu clinique.

Cependant, même si la recherche accorde une importance particulière à la multiplicité des rôles dans l'enseignement clinique, les auteures ne parviennent pas à faire consensus sur la priorité à accorder à chacun d'eux. Adoptant une position dissidente, d'autres auteures affirment que les rôles que peut emprunter la professeure dans sa fonction d'enseignement ne devraient pas susciter l'ambiguïté, car ces auteures considèrent que les rôles d'enseignante, d'infirmière et de personne se fondent en une fonction unique, celle d'enseigner. Le caractère multidimensionnel de la fonction de la professeure en milieu clinique qui semble indéniable et la controverse qu'il suscite ne peuvent être tenus sous silence.

À la lumière de la problématique décrite, la présente étude se propose d'identifier les éléments qui constituent l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des

sciences infirmières. Elle se démarque des recherches qui se sont penchées sur l'évaluation de l'enseignement clinique, car elle fait appel à un cadre conceptuel basé sur l'utilisation de la complémentarité des travaux de recherche : les uns dans le domaine de l'enseignement clinique, les autres dans celui de l'évaluation de cet aspect de l'enseignement. L'utilisation d'une méthodologie de type qualitatif pour la collecte et l'analyse des données distingue également l'étude présentée. Ce type de méthodologie permet de cerner précisément les éléments de l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique, d'en saisir le sens à partir des opinions des participantes menant au développement du construit. De plus, la notion de multiplicité des rôles qui est largement abordée dans la revue de la documentation est prise en compte, puisqu'elle semble être d'un intérêt particulier pour l'évaluation de l'enseignement en milieu clinique.

CHAPITRE II – LE CADRE CONCEPTUEL

La problématique dégagée dans le chapitre précédent suggère la nécessité de définir, en premier lieu, le processus d'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières afin de bien situer la présente recherche dans ce processus. Par la suite, la revue approfondie des écrits sur l'évaluation de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières permet de faire un constat de l'état de la recherche touchant l'évaluation de l'enseignement dans ce domaine. De plus, les auteures, qui semblent s'accorder sur le besoin d'un cadre conceptuel pour fonder la recherche sur l'évaluation, justifient l'intérêt d'aborder les composantes du processus de l'enseignement clinique. La problématique fait également état de l'importance de la notion de multiplicité du rôle, qui différencie l'aspect clinique et l'aspect théorique de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières. Dès lors, l'exploration de cette notion paraît appropriée.

Ce chapitre expose le cadre conceptuel qui comprend cinq parties. Une première définit le processus d'évaluation de l'enseignement clinique en traitant des différentes étapes qui le composent. La deuxième partie fait la revue exhaustive des recherches conduites sur l'évaluation de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières. Le troisième volet touche à la recherche sur le processus de l'enseignement clinique dans ce même domaine. Quatrièmement, la revue des écrits fait le point sur les études qui traitent de l'importance de considérer le caractère tridimensionnel du rôle dans l'enseignement clinique. La question de recherche constitue la cinquième partie du chapitre.

LA DÉFINITION DU PROCESSUS D'ÉVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DANS LE DOMAINE DES SCIENCES INFIRMIÈRES

Avant de présenter le processus d'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières, il apparaît primordial de définir l'évaluation de l'enseignement d'un point de vue général. L'évaluation de l'enseignement est :

Un processus qui consiste à apprécier les caractéristiques d'un enseignement, d'un ensemble d'objectifs ou d'un milieu scolaire à partir de critères précis et d'une méthodologie appropriée; appréciation de la qualité ou du degré d'efficacité d'un enseignement». (Legendre, 1993, p.579)

Cette définition très large est raffinée par Bernard, Grenier et Kérouac (1994, p.95). Ces auteurs ont décrit six différentes étapes à franchir pour en arriver mettre sur pied un processus d'évaluation de l'enseignement. La première est *la conception* du système d'évaluation. Durant cette étape, les buts, l'objet, les dimensions et les critères d'évaluation, de même que les sources d'information, les moyens et les procédures pour évaluer sont identifiés. La deuxième étape vise *la consultation* des parties en cause qui sont les professeurs, les étudiants et les administrateurs. La troisième étape comprend *l'expérimentation* des instruments de mesure et des procédures. La

quatrième en est une *d'analyse* des résultats pour valider les instruments et les procédures. Une *seconde consultation* permet de faire approuver la démarche d'évaluation. En dernier lieu, il convient de mettre en place une *structure qui assurera le bon fonctionnement du processus* d'évaluation de l'enseignement. Ce bref survol des différentes étapes du processus d'évaluation vient certes préciser ce en quoi consiste la démarche évaluative de l'enseignement en général. Cependant, il s'avère essentiel de pousser plus à fond la réflexion afin mieux comprendre où se situe l'objectif de la présente recherche.

Lors de la première étape du processus d'évaluation soit la conception, telle que décrite par Bernard, Grenier et Kérouac (1994), l'objet de l'évaluation doit être établi. Les activités d'enseignement qui doivent être évaluées sont alors précisées. La présente recherche fait clairement référence à l'activité d'enseignement sur laquelle porte l'objet de l'évaluation soit, l'enseignement en milieu clinique. Toutefois, comme le sens accordé à l'objet de l'évaluation est large, il doit être davantage spécifié.

Dans leurs écrits, Forgette-Giroux et Simon (1998) apportent des précisions supplémentaires permettant de situer concrètement l'identification des éléments d'évaluation de l'enseignement en milieu clinique dans le domaine des sciences infirmières à l'intérieur du processus d'évaluation. Selon ces auteures, la détermination du but et de l'objet de l'évaluation constitue l'intention de l'évaluation sur laquelle il faut d'abord se pencher. Cette étape est suivie de la mesure des données recueillies examinées selon un schème d'interprétation approprié, le jugement. L'étape finale étant la décision de l'atteinte du but et de l'objet de l'évaluation. À la lumière de ces écrits, il apparaît évident que la présente recherche s'adresse à l'intention de l'évaluation, puisqu'elle se centre sur l'identification des éléments spécifiques qui définissent l'objet de l'évaluation. Bien que le but de l'évaluation soit également une composante importante de l'intention de l'évaluation, il n'est pas précisé, car la contribution de la présente recherche s'inscrit au niveau du construit de l'évaluation de l'enseignement clinique, plutôt qu'au niveau de sa finalité formative ou sommative.

LA RECHERCHE SUR L'ÉVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT DANS LE DOMAINE DES SCIENCES INFIRMIÈRES

Il est difficile de classer les nombreuses recherches sur l'évaluation de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières dont les buts sont variés. Les auteures de ces recherches, sauf quelques exceptions, n'énoncent pas explicitement l'intention de l'évaluation de l'enseignement dans ce domaine. Cependant, comme ces travaux traitent de la qualité de l'enseignement, ils ont été recensés sous le thème de l'évaluation.

Afin de faciliter la compréhension du lecteur, certaines expressions ou termes utilisés dans les écrits qui traitent de l'évaluation de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières sont définis ainsi :

1. *Comportement d'enseignement* : manière d'agir d'une personne en vue de susciter le processus de communication de l'apprentissage. Cette manière d'agir pouvant être suffisamment manifeste pour que deux ou plusieurs observateurs s'entendent sur la présence ou l'absence de celle-ci (Legendre, 1993, p. 228 et p. 507).
2. *Catégorie de comportement* : classe à l'intérieur de laquelle sont placés des comportements de même nature (définition adaptée par l'auteure de l'étude).
3. *Compétence* : capacité d'agir efficacement dans un type défini de situation, capacité qui s'appuie sur des connaissances, mais ne s'y réduit pas. Les connaissances mises en jeu pour faire face à une situation sont des représentations de la réalité, construites au gré de l'expérience et de la formation de l'individu (Perrenoud, 1997, p.7).
4. *Catégorie de compétence* : classe à l'intérieur de laquelle sont placés des compétences de même nature (définition adaptée par l'auteure de l'étude).
5. *Caractéristique* : trait distinctif ou qualité (Bergman & Gaitskill, 1990, p.36).
6. *Élément d'évaluation* : partie constitutive de l'objet du processus d'évaluation qui compose la première étape de ce processus, soit l'intention (définition adaptée par l'auteure de l'étude).
7. *Qualité humaine* : élément de la nature d'un être, permettant de le caractériser, particulièrement dans le domaine moral. Caractéristique de la personne qui est compréhensive et compatissante (Rey-Debove & Rey, 1996, p.1108).

L'évaluation de l'enseignement sans distinction pour ses deux aspects : théorique et clinique

L'identification des comportements d'enseignement aidants et nuisibles, sans distinction pour l'aspect théorique et l'aspect clinique est un sujet de recherche largement exploré dans les écrits sur l'évaluation de l'enseignement touchant le domaine des sciences infirmières. De nombreuses études se sont penchées de façon exclusive sur les perceptions des étudiantes inscrites dans différents programmes de formation infirmière dans le but de dégager ces comportements d'enseignement (Armington, Reinikka & Creighton, 1972; Barham, 1965; Jacobson, 1966; Jensen, 1951; Kiker, 1973; Layton, 1969; Mims, 1970; Stritter, Hain & Grimes, 1975; Whitehead, 1997).

Les travaux de recherche de Jacobson (1966), bien qu'ils remontent à trois décennies, ont été et sont encore aujourd'hui la pierre angulaire sur laquelle plusieurs chercheuses ont basées leurs études. Jacobson a utilisé la technique de l'incident critique auprès d'étudiantes (n = 961) d'un programme de premier cycle universitaire dans le but d'identifier les comportements d'enseignement efficaces et inefficaces en sciences infirmières. Elle a ressorti 58 critères essentiels pour évaluer l'enseignement des volets clinique et théorique et les a, par la suite, regroupés dans six catégories de comportements. Ces catégories sont :

1. La disponibilité aux étudiantes.
2. Le niveau de connaissance et la compétence professionnelle.
3. Les relations interpersonnelles avec les étudiantes et les membres du personnel.
4. Les pratiques d'enseignement en salle de classe et en milieu clinique.
5. Les caractéristiques personnelles.
6. Les pratiques d'évaluation.

Les neuf recherches citées précédemment, qui se sont penchées sur l'objet de l'évaluation de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières, ont certes apporté une contribution non négligeable dans ce domaine. Cependant, sauf celle de Whitehead, elles sont peu récentes. Comme les résultats de chacune d'elles se retrouvent dans les catégories de comportements dégagées par Jacobson, il paraît plus approprié de les présenter de façon succincte. Le Tableau 1 donne une vue d'ensemble des résultats de ces chercheuses.

Afin de compléter ce tableau, il faut souligner la contribution de Kiker qui a discuté de l'importance pour la professeure d'être un modèle de rôle en milieu clinique. Tout comme Kiker, Stritter et ses collègues se sont intéressées à la notion du rôle, cependant leurs conclusions ont porté davantage sur la nécessité de définir clairement la fonction de la professeure en milieu clinique, plutôt que sur la pertinence du modèle de rôle pour les étudiantes.

L'étude de Whitehead (1997), plus actuelle, mérite une attention particulière. Le but de l'étude de Whitehead était de faire ressortir les caractéristiques d'un enseignement efficace dans le domaine des sciences infirmières et ce, tant en théorie qu'en clinique. La chercheuse a utilisé trois questionnaires différents pour recueillir ses données. Par le biais de ces questionnaires, elle a comparé les perceptions des étudiantes (n = 508) de niveaux différents (junior et senior) dans deux programmes de formation infirmière (*LPN/RN et Associate degree nursing program*). Les questionnaires *Whitehead Characteristics of Effective Clinical Instructor Rating Scale*, *Whitehead Characteristics of Effective Theory Instructor Rating Scale* et *Demographic Data Sheet* présentaient

des listes d'items regroupés dans cinq des six catégories identifiées par Jacobson (1966). Aucune différence significative n'a été relevée entre les perceptions des deux groupes. Whitehead conclut que les participantes considèrent que tous les comportements inclus dans ces cinq catégories sont importants. Ayant également analysé les données démographiques, Whitehead rapporte que l'âge n'a pas d'effet sur les perceptions des étudiantes; par contre, elle indique que l'origine ethnique produit un effet significatif. De tels résultats l'amènent à recommander l'amélioration de la formation des professeures pour favoriser la réussite des étudiantes de minorités visibles.

Tableau 1 — *Catégories de comportements identifiées dans les recherches sur l'évaluation de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières*

	<i>Disponibilité aux étudiantes</i>	<i>Compétence professionnelle</i>	<i>Relations interpersonnelles</i>	<i>Pratiques d'enseignement</i>	<i>Caractéristiques personnelles</i>	<i>Pratiques d'évaluation</i>
Jacobson (1966)	x	x	x	x	x	x
Jensen (1951)			x			
Barham (1965)	x		x	x	x	
Armington (1972)	x	x		x	x	
Mims (1970)	x		x	x		x
Kiker (1973)		x	x		x	
Layton (1969)			x		x	
Stritter et al. (1975)		x			x	
Whitehead (1997)		x	x	x	x	x

Par ailleurs, des processus d'évaluation de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières englobant les aspects théorique et clinique ont été mis sur pied (Aroian, Cloutterbuck, Gilbert et al., 1982; Boland & Sims, 1988; Coleman & Thompson, 1987; Cowan, 1991; Cudney, 1985; Janoscrat & Feuerstein, 1989; Race, 1992; Reeve, 1989; Van Ort, 1983; Ward-Griffin & Brown, 1992; Whitman, 1990; Wirfs, 1991), mais ne répondent pas aux interrogations sur le contenu de l'évaluation. Ces processus d'évaluation tiennent compte des différents milieux d'enseignement dans le domaine des sciences infirmières (salle de classe et milieu clinique), mais n'élaborent pas suffisamment sur les critères d'évaluation qui devraient être retenus. L'intérêt des chercheuses porte davantage sur les sources d'évaluation et les modalités d'implantation de ces processus. Dans ce même domaine, la recherche de Wellard, Ferguson et Rolls (1995) fait

toutefois exception, puisqu'elle dégage cinq rôles attribuées à la professeure. Ces rôles sont explicités dans la section qui présente les études sur l'évaluation de l'enseignement clinique.

L'évaluation de l'enseignement théorique

Les chercheuses qui se sont penchées sur l'évaluation de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières et ce, exclusivement en salle de cours sont toutefois plus rares (Crawford, 1998; Dennis, 1990; de Tornay, 1988). À l'instar des recherches précédentes, qui englobaient l'évaluation des deux aspects de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières, les trois auteures précédentes ont tiré des conclusions semblables sur les comportements d'évaluation de l'enseignement en salle de cours. Ces comportements se résument ainsi :

1. Les éléments interpersonnels.
2. La connaissance du sujet.
3. L'organisation et la planification.
4. L'engagement de la professeure et sa réceptivité.

Tout comme McKeachie (1990) qui s'est penché sur l'évaluation de l'enseignement en salle de cours au niveau des études supérieures et ce, dans tous les programmes universitaires, les recherches dans le domaine des sciences infirmières appuient également la pertinence de l'évaluation de l'enseignement par les étudiantes. Cependant, Dennis (1990) remet en question la validité de l'évaluation de l'enseignement par les étudiantes, due à l'influence de plusieurs variables comme la taille de la classe ou le statut de la professeure. Par ailleurs, Crawford (1998) qui s'est appuyée sur les perceptions des professeures pour ressortir les éléments d'évaluation de l'enseignement théorique propose que l'observation par les pairs en salle de classe soit le moyen privilégié pour évaluer les éléments identifiés précédemment. Ses recommandations portent sur l'exploration future de ce moyen d'évaluation en relation avec d'autres méthodes.

Cette rareté de la recherche sur l'évaluation de l'intervention en classe dans l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières peut s'expliquer par le fait que les instruments d'évaluation des autres disciplines universitaires peuvent aussi convenir à l'évaluation de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières (Pugh, 1983; Scanlan, 1996/1997). Par ailleurs, il est intéressant de souligner que la recherche sur l'efficacité de l'enseignement universitaire en salle de classe a identifié des comportements très semblables à ceux ressortis dans le domaine des sciences infirmières. Ces comportements incluent : le respect des étudiants, l'habileté à motiver les étudiants de même que les habiletés d'organisation et de présentation (Patrick & Smart, 1998). Ces études sur l'évaluation de l'enseignement théorique dans le domaine

des sciences infirmières et sur l'évaluation de l'enseignement des autres disciplines universitaires sont d'intérêt pour la présente recherche. En effet, elles permettent d'établir un parallèle entre les comportements d'enseignement en salle de classe et ceux démontrés par les professeurs durant les périodes d'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières.

L'évaluation de l'enseignement clinique

Les différences entre l'enseignement théorique et clinique dans le domaine des sciences infirmières ont été reconnues (Meleca, Schimpfhauser & Witteman, 1981). Ces chercheuses ont effectué un sondage national auprès de 672 professeurs oeuvrant dans 119 différents programmes en sciences de la santé (sciences infirmières, médecine et médecine dentaire), dans le but de comparer les comportements d'enseignement clinique manifestés par les professeurs et les comportements que ces derniers perçoivent comme étant idéals. Toutefois, l'hétérogénéité des participants, l'absence de distinction entre les différents types de programmes et les résultats peu représentatifs des valeurs inhérentes à la discipline infirmière rendent peu significative la contribution des travaux de Meleca et ses collègues pour analyser le processus de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières.

D'autres chercheuses retiennent davantage l'intérêt, puisqu'elles se sont intéressées à l'évaluation de l'enseignement clinique touchant exclusivement le domaine des sciences infirmières. Les auteures de certaines recherches ont recueilli uniquement les perceptions des étudiantes, d'autres, les perceptions des professeurs, alors que d'autres ont comparé les perceptions des deux groupes. Ces recherches sont présentées dans les sections suivantes.

A. Les perceptions des étudiantes

Plusieurs chercheuses (Benor & Levyof, 1997; Flager, Loper-Powers & Spitzer, 1988; Hamilton, 1996; Hartland, 1993; Kanitsaki & Sellick, 1989; Morgan, 1997; Pugh, 1980; Rauen, 1974; Ruppert, 1995; Varrassi, 1989; Veltkamp, 1997; Wills, 1997; Windsor, 1987; Zimmerman & Waltman, 1986) se sont penchées exclusivement sur l'identification des perceptions des étudiantes au regard des éléments d'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières. Il est cependant difficile de classer les résultats de ces recherches, car leurs buts sont variés. L'énumération suivante rend compte de cette diversité :

1. L'identification des comportements ou des caractéristiques qui facilitent ou nuisent aux apprentissages des étudiantes.
2. L'identification des comportements qui favorisent la confiance en soi.

3. L'influence de la qualité des relations entre la professeure et les étudiantes sur l'efficacité de l'enseignement clinique.
4. L'identification des perceptions des étudiantes de différents niveaux académiques face à leurs expériences cliniques.
5. Les perceptions des étudiantes face à l'idéale, la meilleure et la pire professeure en milieu clinique.

Tout comme les buts visés par les recherches sont multiples, les méthodologies employées et les populations visées le sont tout autant. Toutes les recherches, sauf celle de Windsor (1987) dans laquelle la technique de l'incident critique a été privilégiée, ont utilisé des questionnaires pour identifier les perceptions des étudiantes face à l'enseignement clinique. Les répondantes devaient se prononcer sur les items présentés dans des questionnaires élaborés à partir des résultats de recherches antérieures, ou encore sur une liste de comportements identifiés par les auteures elles-mêmes. Cependant, parmi les instruments de collecte de données utilisés, peu avaient été validés (Benor & Levijof, 1997; Hamilton, 1996; Morgan, 1997; Rauen, 1974; Ruppert, 1995; Varrassi, 1989). La taille des échantillons était variable soit : entre 9 et 508 sujets. Ces travaux permettent tout de même de tracer une ligne directrice sur les éléments importants pour évaluer l'enseignement clinique. Les éléments identifiés sont reliés au concept de rapport (disponibilité aux étudiantes, relations interpersonnelles, caractéristiques personnelles), de même qu'aux habiletés pédagogiques (pratiques d'enseignement et d'évaluation, compétence clinique). L'importance de la multiplicité des rôles de la professeure (infirmière, enseignante) en milieu clinique est également relevée, ainsi que le concept de modèle de rôle. Même si les résultats de ces nombreuses recherches peuvent être regroupés, la contribution spécifique de certaines de ces études mérite d'être soulignée.

Windsor (1987), a mené sa recherche auprès de neuf étudiantes issues d'un programme universitaire. La technique de l'incident critique lui a permis de recueillir leurs perceptions au regard des comportements de la professeure durant l'enseignement clinique. En plus de relever l'importance des qualités personnelles et interpersonnelles, Windsor conclut que la compréhension des différentes étapes de l'apprentissage de la profession infirmière est capitale pour la professeure, puisqu'elle lui permet de mieux se concentrer sur les besoins et les sentiments vécus par les étudiantes. Elle relève également le caractère multidimensionnel de l'enseignement clinique qui se déroule dans un environnement imprévisible. Flager et ses collègues (1988) reprennent à leur tour cette notion de multidimensionnalité en mettant l'accent sur la nécessité de démontrer des qualités personnelles et interpersonnelles, de même que sur l'importance d'utiliser des stratégies d'enseignement qui vont favoriser le développement professionnel des apprenantes dans un environnement complexe et parfois menaçant.

L'apport de Zimmerman et Waltman (1986) est par ailleurs précieux, puisqu'elles ont développé un instrument d'évaluation de l'enseignement en milieu clinique basé sur les résultats de recherche de Jacobson, même si les résultats de cette dernière étaient non spécifiques au volet clinique de l'enseignement. Ainsi, en faisant la revue des études conduites sur l'identification des comportements d'enseignement efficaces en milieu clinique, elles ont regroupé les divers comportements dans les six catégories ressorties par Jacobson. Ces travaux ont donné naissance au *Effective Clinical Teaching Behaviors questionnaire* (ECTB), que a été plus tard validé (Zimmerman & Westfall, 1988) et utilisé par Ruppert (1995). Les 39 étudiantes de niveau universitaire qui ont participé à l'étude de Ruppert ont reconnu que l'honnêteté de la professeure et être un bon modèle de rôle sont les deux comportements les plus importants pour leurs apprentissages, alors que les comportements visant à aider les étudiantes à s'auto-évaluer ont été relayés au dernier rang. Par contre, même si la catégorisation des comportements de Jacobson a également servi de point d'ancrage à la recherche de Varrassi (1989) auprès d'étudiantes d'un programme accrédité en sciences infirmières, ses conclusions ont davantage porté sur les variables (âge et niveau académique des étudiantes) qui peuvent influencer la perception des étudiantes que sur l'importance des comportements de la professeure en milieu clinique.

Considérant que les résultats de recherche de Pugh (1980) n'avaient pas fait l'objet d'investigation d'études ultérieures, Kanitsaki et Sellick (1989) se sont inspirées de son questionnaire pour recueillir leurs données. Tout comme Pugh, elles concluent que les attentes des étudiantes vont d'abord vers une professeure qui exerce un rôle d'enseignante avant tout et un rôle d'infirmière en second lieu. Ces résultats vont toutefois à l'encontre de ceux de Benor et Leviyof (1997). Ces dernières, qui ont utilisé l'instrument développé par Knox et Mogan (1985), relèvent que les étudiantes issues de trois programmes différents de formation privilégient d'abord la compétence infirmière; les habiletés d'enseignement et les qualités interpersonnelles venant en deuxième et troisième rang, suivies des qualités personnelles. Contrairement à Benor et Leviyof, Wills (1997) rapporte que les comportements de la professeure en milieu clinique qui sont les plus aidants sont ceux reliés aux qualités personnelles et interpersonnelles; la compétence infirmière, de même que les comportements reliés à l'évaluation et à l'enseignement occupent des rangs inférieurs.

B. Les perceptions des professeures

Les perceptions des professeures concernant les comportements pertinents à l'évaluation de l'enseignement clinique ont aussi été explorées (Choudhry, 1992; Morgan, 1991; Rogers, 1997; Sellick & Kanitsaki, 1991; Wellard et al., 1995; Whitman, 1988; Wirfs, 1991). Morgan, qui a

effectué sa recherche par le biais d'entrevues auprès de neuf professeures en vient aux conclusions suivantes, à l'effet que les professeures :

1. Considèrent l'utilisation du modèle de rôle comme une stratégie d'enseignement importante, mais l'utilisent peu.
2. Se servent du questionnement et de la discussion auprès des étudiantes.
3. Déplorent de ne pas avoir l'opportunité d'observer leurs collègues durant les périodes d'enseignement clinique.
4. Ont de la difficulté à séparer les activités d'enseignement des activités d'évaluation.
5. Sont éclectiques dans l'utilisation des théories d'apprentissage.
6. Croient que l'utilisation des stratégies d'enseignement durant les soins directs aux clients est une tâche complexe et s'avère difficilement réalisable.

Malgré le fait que l'étude de Morgan soit une contribution intéressante à la définition de l'enseignement clinique par l'utilisation d'une approche qualitative, la description des activités d'enseignement est peu approfondie. Dans ce sens, elle apporte peu aux professeures dans leur préparation pour l'enseignement en milieu clinique.

Choudhry (1992), ainsi que Sellick et Kanitsaki (1991) ont, pour leur part, construit un questionnaire afin de consulter les professeures sur l'identification des comportements les plus importants en ce qui a trait à leur fonction d'enseignement en milieu clinique. Bien que Choudhry se soit intéressée aux comportements efficaces à adopter durant l'enseignement clinique, ses recommandations portent surtout sur le développement d'un programme de mise à jour des compétences pratiques requises pour faire face à l'aspect multidimensionnel de l'enseignement clinique. Sellick et Kanitsaki se sont interrogées sur les résultats inconsistants recensés dans une revue exhaustive de la documentation sur l'évaluation de l'enseignement clinique et ont utilisé un questionnaire basé sur les résultats de Pugh (1980). Leurs conclusions sont en accord avec celles de Pugh qui révèle que les comportements se rattachant à l'enseignement, la compétence infirmière, l'évaluation, le rôle de conseillère et l'application de la théorie à la pratique sont d'égale importance pour favoriser les apprentissages des étudiantes. Toutefois, en comparant leurs résultats à ceux des études qui ont inclu les perceptions des étudiantes, Sellick et Kanitsaki concluent que tout comme les étudiantes, les professeures considèrent que les comportements reliés à l'enseignement sont de première importance, alors que ceux qui touchent l'évaluation sont relayés au dernier plan. Whitman (1988) a également étudié ce sujet cependant, elle a privilégié la méthode Delphi pour recueillir ses données auprès de 71 professeures et 83 membres du personnel clinique. Contrairement à l'étude de Sellick et Kanitsaki, celle de Whitman démontre que les qualités

interpersonnelles occupent le premier rang d'importance et les comportements se rattachant à l'enseignement arrivent en dernière place. Wirfs (1991) et Rogers (1997) ont isolé les caractéristiques professionnelles et personnelles que devrait présenter la professeure en milieu clinique et, les ont reliées à la justesse de leur auto-évaluation. Leurs résultats démontrent une faible corrélation entre les deux éléments étudiés. Les résultats de recherche de Wellard et ses collègues (1995), qui se rapprochent de ceux de Sellick et Kanitsaki méritent également d'être soulignés, puisqu'ils réfèrent à l'importance de considérer la multiplicité des rôles de la professeure en milieu clinique. Tout comme Sellick et Kanitsaki, Wellard et ses collègues ont dégagé cinq rôles qui peuvent être adoptés par la professeure dans ce milieu d'enseignement. Ces rôles sont (a) enseignante, (b) infirmière, (c) conseillère, (d) gestionnaire des apprentissages des étudiantes et (e) évaluatrice.

À la lumière de leurs résultats de recherche, les auteures précédentes ont formulé des recommandations. Certaines de ces recommandations présentent un intérêt particulier. Sellick et Kanitsaki (1991) considèrent le besoin d'explorer davantage les variables qui influencent les perceptions des professeures, ce qui est également souligné par Wirfs (1991). Wellard et ses collègues (1995), de même que Whitman (1988) vont plutôt dans le sens de l'importance de mettre sur pied des programmes structurés pour favoriser le développement de l'enseignement clinique. Choudhry (1992) réfère à la nécessité de considérer le caractère multidimensionnel de l'enseignement clinique, pour être en mesure de se prononcer sur ses éléments d'évaluation.

C. Les perceptions des professeures et des étudiantes comparées

O'Shea et Parsons (1979) ont innové dans le domaine de l'évaluation de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières, puisqu'elles se sont intéressées à comparer les perceptions des professeures et des étudiantes concernant les comportements indicateurs de qualité en enseignement clinique. Étant donné que leurs travaux sont encore aujourd'hui maintes fois cités, une description plus exhaustive de leur étude présente un certain intérêt. Elles ont recueilli leurs données à l'aide d'un questionnaire distribué à 205 étudiantes et 24 professeures d'un programme de premier cycle universitaire en sciences infirmières. Les participantes devaient nommer de trois à cinq comportements aidants ou nuisibles aux apprentissages des étudiantes. L'analyse des résultats selon le niveau académique des étudiantes et le statut des professeures a révélé que les comportements relatifs à l'évaluation des étudiantes, ceux qui touchent l'enseignement et l'assistance à l'étudiante, ainsi que les qualités personnelles sont les principales catégories retenues. Les deux groupes étaient en accord sur plusieurs comportements à l'intérieur de ces catégories, à l'exception de l'utilisation du modèle de rôle. O'Shea et Parsons notent que l'utilisation du modèle de rôle comme comportement qui facilite les apprentissages a été retenu cinq

fois plus souvent par les professeures que par les étudiantes. Cette divergence d'opinion les amène à s'interroger sur la conception de chacun des deux groupes en ce qui a trait au modèle de rôle. En guise d'explication, les auteures considèrent que les professeures ont probablement une vision plus large que les étudiantes de cette notion. Cependant, la méthode de collecte de données qu'elles ont utilisée ne leur a pas permis de le confirmer.

Les travaux de O'Shea et Parsons (1979) ont donné le pas à plusieurs recherches du même type. Ces recherches ont été conduites auprès de populations de professeures et d'étudiantes issues de différents programmes de formation en sciences infirmières (Bergman & Gaitskill, 1990; Brown, 1981; Hamilton, 1996; Knox & Mogan, 1985; Krichbaum, 1994; Mogan & Knox, 1987; Murphy, 1988; Nehring, 1990; Pugh, 1980, 1988; Reeve, 1994; Sando, 1997; Stoltenberg, 1997; Stuebbe, 1980). Une seule chercheuse, Krichbaum (1994) a tenté de relier l'efficacité de l'enseignement clinique à l'atteinte des objectifs d'apprentissage. Son modèle dans lequel ont été testés les facteurs influençant l'efficacité de l'enseignement clinique démontre des relations significatives entre les apprentissages des étudiantes et les comportements spécifiques d'enseignement. Son échantillon était composé de 36 professeures et autant d'étudiantes issues d'un programme de formation infirmière de premier cycle universitaire. Cette étude démontre des relations significatives au niveau des éléments suivants :

1. Se référer aux objectifs d'apprentissage.
2. Mettre l'accent sur la pratique.
3. Poser des questions pertinentes aux étudiantes.
4. Donner une rétroaction ponctuelle.
5. Démontrer de l'enthousiasme pour les progrès des étudiantes.
6. Répondre aux besoins des étudiantes.

Parmi cette pléthore de chercheuses, seulement quelques unes (Bergman & Gaitskill, 1990; Nehring, 1990; Sando, 1997; Stoltenberg, 1997; Stuebbe, 1980; Wiley, 1984) ont repris les travaux de leurs collègues en utilisant les mêmes questionnaires. La comparaison des résultats obtenus offre un intérêt particulier.

Bergman et Gaitskill (1990), qui ont repris le questionnaire développé par Brown en 1981, l'ont utilisé auprès d'un échantillon composé de 134 étudiantes inscrites au baccalauréat en sciences infirmières et de 23 professeures. À l'instar de Brown, Bergman et Gaitskill concluent que les étudiantes, tout comme les professeures privilégient la qualité des relations interpersonnelles à la compétence professionnelle. Par contre, les résultats de Bergman et Gaitskill, contredisent

ceux de Brown qui a identifié une corrélation entre le rang académique des étudiantes et la mise en priorité des relations interpersonnelles, cette corrélation est par ailleurs soutenue par Knox et Mogan (1985) et Mogan et Knox (1987). Ces dernières considèrent que plus le rang académique des étudiantes est élevé (senior vs junior), plus elles mettent l'accent sur l'aspect interpersonnel. De plus, les résultats de Bergman et Gaitskill n'ont pas permis de confirmer l'importance pour les professeures de faire les liens entre la théorie et la pratique; ce qui est un des résultats de Brown. Par contre, Wiley (1984), qui s'est également appuyée sur le questionnaire de Brown pour réaliser sa recherche dans un milieu universitaire, en vient à la conclusion que les professeures mettent la compétence professionnelle en priorité, alors que les étudiantes statuent sur le fait que la qualité des relations interpersonnelles est plus importante. Ce résultat va donc à l'encontre de ceux de Brown ainsi que de ceux de Bergman et Gaitskill.

Bien que les recherches de Stuebbe (1980) et de Rauen (1974) puissent paraître vétustes, leur contribution à l'évaluation de l'enseignement clinique est, par contre, appréciable. Rauen et Stuebbe sont les seules à avoir élaboré des instruments d'évaluation selon les caractéristiques rattachées aux rôles de professeure, d'infirmière et de personne dans la fonction d'enseignement en milieu clinique. Leurs travaux, qui ont amené plusieurs autres chercheuses à se pencher sur cette particularité de l'enseignement du volet clinique, sont encore plusieurs fois cités dans des études récentes. Stuebbe s'est appuyée sur le questionnaire de Rauen, le *Clinical Instructor Characteristic Ranking Scale (CICRS)*. Cet instrument, qui avait été construit pour recueillir les perceptions des étudiantes, a été modifié par Stuebbe, puisque sa recherche s'adressait à une population mixte, soit 12 professeures et 68 étudiantes d'un *diploma program* collégial. Les résultats de Stuebbe sont difficilement comparables à ceux de Rauen, qui n'a considéré que les opinions des professeures. Cependant Stuebbe note un écart significatif entre les perceptions des professeures et celles des étudiantes. Ainsi, les professeures accordent une importance plus grande aux caractéristiques d'enseignement; l'autre groupe met davantage l'accent sur les caractéristiques d'une bonne infirmière. De plus, l'utilisation du modèle de rôle semble être primordiale pour les étudiantes, alors que de leur côté les professeures accordent cette priorité aux relations professeure-étudiantes.

Une réplique de l'étude Knox et Mogan (1987) a été effectuée par Nehring (1990). Cette dernière s'est servie du questionnaire *Nursing Clinical Teacher Effectiveness Inventory (NCTEI)* élaboré et validé par Knox et Mogan, afin de recueillir les perceptions de 121 étudiantes en fin de programme (senior) et 63 professeures, au regard des caractéristiques de la "meilleure" et de la "pire" professeure en milieu clinique. Ses résultats qui sont similaires à ceux de Knox et Mogan démontrent que les caractéristiques de la meilleure professeure sont : être un bon modèle de rôle, aimer la profession d'enseignante et la profession infirmière, démontrer des habiletés cliniques et du jugement. Par ailleurs, les caractéristiques de la pire professeure qui ont été relevées sont :

utiliser rarement le modèle de rôle, démontrer une faible auto-critique, ne pas mettre l'accent sur le respect mutuel, le soutien aux étudiantes et l'encouragement. À partir de ces résultats, Nehring confirme l'intérêt pour les chercheuses d'utiliser l'instrument de ses prédécesseuses pour le valider. Le questionnaire NCTEI a été repris par Stotlenberg (1997) dans son étude sur les caractéristiques de l'enseignement efficace en milieu clinique. Cependant ses résultats sont peu consistants avec ceux de Mogan et Knox et de Nehring. En effet, selon Stotlenberg, les étudiantes mettent en priorité les caractéristiques reliées à l'enseignement, alors que les résultats de Mogan et Knox indiquent que la compétence infirmière vient en premier lieu pour les étudiantes. Finalement, Sando (1997) ayant utilisé le questionnaire élaboré par Reeve (1994), en vient à des conclusions similaires à Reeve au regard de l'importance de développer des stratégies d'enseignement adaptées au rang académique des étudiantes (junior ou senior). Elle s'interroge toutefois sur la validité des instruments pour l'évaluation de la dimension humaine qu'implique l'enseignement en milieu clinique.

Il faut cependant souligner que peu d'instruments de collecte de données qui ont été réutilisés par les chercheuses avaient déjà fait l'objet de validation (Hamilton, 1996; Nehring, 1990; Sando, 1997; Stotlenberg, 1997). De plus, une grande variabilité dans la taille des échantillons distingue aussi ces études entre elles; ce qui peut expliquer le manque de fidélité des résultats produits. Bien que ces résultats témoignent d'une certaine constance dans l'identification des éléments d'évaluation de l'enseignement clinique : qualité des relations entre professeure et étudiantes, importance de la multiplicité des rôles (infirmière, enseignante), qualités personnelles; ils demeurent toutefois inconsistants. En effet, certaines auteures indiquent que la qualité des relations interpersonnelles est plus importante pour les étudiantes, alors que les professeures privilégient d'abord la compétence professionnelle (Brown, 1981; Murphy, 1988). Paradoxalement, d'autres études ont démontré une certaine homogénéité entre les perceptions des deux groupes (Bergman & Gaitskill, 1990; Knox & Mogan, 1985; Mogan & Knox, 1987). Les résultats de certaines recherches démontrent que le niveau académique des étudiantes semble être une variable d'influence, puisque les opinions des professeures et des étudiantes se rapprochent d'autant plus que ces dernières sont en fin de programme (Hamilton, 1996; Sando, 1997); cette affirmation est, par contre réfutée par Morgan (1997).

La synthèse critique

La revue exhaustive de la documentation sur l'évaluation de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières permet de faire le parallèle entre les caractéristiques qui se rattachent à l'enseignement théorique et celles se rapportant à l'enseignement en milieu clinique. En premier lieu, les études sur l'évaluation démontrent que l'enseignement clinique se démarque de

celui en salle de cours, en ce qui a trait principalement aux habiletés pédagogiques de la professeure. En effet, celle-ci se doit d'aller au-delà de la connaissance du sujet et faire preuve d'une compétence infirmière clinique pour être en mesure d'adapter ses pratiques d'enseignement et d'évaluation dans le milieu. L'expertise clinique semble, dès lors, un complément essentiel à l'expertise théorique. Deuxièmement, les caractéristiques qui touchent le concept de rapport sont importantes pour le volet théorique (éléments interpersonnels, engagement et réceptivité de la professeure) cependant, en milieu clinique la disponibilité aux étudiantes est un élément d'évaluation qui s'ajoute à ceux identifiés. De plus, la qualité des relations interpersonnelles est doublement importante à préserver, puisque ces relations concernent le personnel présent dans les milieux, tout autant que les étudiantes en apprentissage. En dernier lieu, l'élément qui distingue l'aspect clinique de l'aspect théorique touche le fait que la professeure se doit d'adopter les rôles d'enseignante et d'infirmière lorsqu'elle donne son enseignement en milieu clinique. Cet élément de distinction semble capital, car les recherches sur l'évaluation de l'enseignement théorique traitent uniquement des caractéristiques rattachées à la fonction pédagogique. De plus, plusieurs chercheuses ont abordé la notion de modèle de rôle infirmier comme étant une stratégie d'enseignement pertinente en milieu clinique. Cette notion n'a pas été relevée dans les études sur l'évaluation de l'enseignement en salle de classe.

Cependant, même si les recherches recensées dévoilent des résultats intéressants sur l'évaluation du volet théorique et du volet clinique de l'enseignement du domaine des sciences infirmières, des problèmes importants font en sorte qu'il est presque impossible de synthétiser ces résultats et d'avoir une vision claire des éléments à évaluer en enseignement clinique. Les principales critiques adressées à ces recherches touchent l'absence d'un cadre conceptuel, l'échantillonnage et les types de méthodologies utilisées.

Nehring (1990) et Scanlan (1996/1997) critiquent la recherche dans le domaine de l'enseignement clinique en soulignant que l'absence d'un cadre conceptuel, basé sur les composantes de cet aspect de l'enseignement, est une lacune importante. À l'instar de Pugh (1983), Hedin (1989) déclare que l'élaboration de nouvelles listes de comportements ne saurait apporter une contribution significative à la recherche sur l'évaluation de l'enseignement clinique. Wellard et ses collègues (1995) soutiennent également que les instruments d'évaluation existants sont inadéquats. Selon ces dernières, même si ces instruments donnent des pistes pour procéder à l'évaluation de l'enseignement clinique en sciences infirmières, ils ne sont pas fondés sur un cadre conceptuel qui saurait définir les différents rôles associés à la fonction d'enseignement clinique afin de permettre de faire le lien entre les attentes des professeures et celles des étudiantes. Quoique Scanlan et Wellard et ses collègues privilégient des cadres conceptuels différents pour l'évaluation de l'enseignement clinique, elles en soulèvent tout de même la pertinence. D'une part, Scanlan

favorise un cadre conceptuel axé sur les composantes du processus de l'enseignement clinique, d'autre part, Wellard et ses collègues favorisent un cadre basé sur les divers rôles attribués à la professeure en milieu clinique.

Une seconde faiblesse concerne l'échantillonnage. Pugh (1983, 1988) reproche à certaines auteures d'avoir sélectionné des échantillons de petites tailles, non aléatoires et souvent limités à une seule institution. Elle affirme, de plus, que la description des méthodes d'échantillonnage est souvent absente. Pugh attribue ces lacunes au manque de support financier pour conduire des recherches qui permettraient de comparer les groupes ou les institutions entre elles, de même qu'à l'insuffisance de consultation auprès d'experts en méthodes d'échantillonnage. Ces constatations sont aussi corroborées par de Tornay (1982) qui, dans une recension exhaustive de 37 articles publiés entre 1971 et 1982 portant sur l'identification de comportements indicateurs de qualité en enseignement clinique, a constaté un manque de reproduction de ces recherches auprès de populations et de milieux différents. Nehring (1990) ajoute : « La plupart des études ont une généralisabilité limitée due à la petite taille des échantillons ou au milieu restreint » (p.935, traduction libre). Quelques années plus tard, des commentaires similaires sont émis par Scanlan (1996/1997). Cette dernière constate que le cloisonnement de ces recherches produit des résultats peu généralisables, dû à des problèmes d'échantillonnage, dans la taille et la procédure. Il faut, cependant reconnaître que certaines auteures (Benor & Leviyof, 1997; Bergman & Gaitskill, 1990; Nehring, 1990; Sellick & Kanitsaki, 1991), elles-mêmes conscientes de leurs limites d'échantillonnage, en ont fait part dans leurs recommandations.

En dernier lieu, il est à souligner que les méthodologies employées semblent inadéquates et soulèvent ainsi la critique. Scanlan (1996/1997) résume la situation actuelle concernant les méthodologies employées. Elle rapporte que les recherches sur l'évaluation de l'enseignement clinique qui sont descriptives, ont utilisé le sondage ou l'entrevue pour recueillir leurs données. De plus, tout comme Pugh (1983, 1988), elle constate que peu de chercheuses ont repris les instruments de collecte de données élaborés par leurs prédécesseuses. Pugh (1983) rend le témoignage suivant : « Le manque de continuité des recherches est une limite sérieuse qui amène chaque chercheuse à vouloir réinventer la roue » (p.73, traduction libre). À ces commentaires, il faut ajouter que les questionnaires élaborés par les chercheuses elles-mêmes ou puisés dans la documentation ne permettaient pas de vérifier l'interprétation des participantes pour les items présentés. De plus, seuls les éléments mis en priorité par les chercheuses étaient soumis à l'évaluation des répondantes. Nehring (1990) convient que les données produites dans ces recherches sont intéressantes, mais déplore que l'utilisation de méthodologies différentes empêche de les comparer entre elles. Finalement, nonobstant le fait que certaines auteures se soient basées

sur des questionnaires développés par leurs collègues, validés ou non, les résultats obtenus demeurent tout de même inconsistants.

Résumé

Le parallèle établi entre la recherche sur l'évaluation de l'enseignement théorique et clinique dans le domaine des sciences infirmières est précieux pour la présente étude. Premièrement, il atteste que les éléments sur lesquels devrait porter l'objet de l'évaluation de l'enseignement en milieu clinique sont différents de ceux identifiés pour l'évaluation en salle de classe. Deuxièmement, les résultats qui découlent d'une comparaison entre les opinions des professeures et celles des étudiantes justifient l'intérêt pour cette étude de sélectionner des participantes parmi ces deux groupes. Finalement, la synthèse des résultats motive le besoin d'explorer plus à fond les éléments pertinents à l'évaluation de l'enseignement clinique.

Par ailleurs, les lacunes méthodologiques de la recherche actuelle sur l'évaluation de l'enseignement clinique renforcent l'intérêt de la présente étude d'utiliser une méthodologie de type qualitatif, plutôt que quantitatif. Cet intérêt est fondé sur le fait que l'objet de l'évaluation devrait être identifié à partir des opinions des participantes, de préférence à des listes de comportements élaborées a priori. De plus, le développement d'un cadre conceptuel où les composantes du processus de l'enseignement clinique seraient tout d'abord dégagées saurait pallier les lacunes identifiées. Dans ce sens, Scanlan (1996/1997) appuie la pertinence d'élaborer un tel cadre, car elle considère que les caractéristiques de l'enseignement clinique identifiées dans les questionnaires ont été générées par des postulats des chercheuses sur les constituantes de l'enseignement clinique. La notion de multiplicité des rôles est également importante à prendre en compte.

LA RECHERCHE SUR LE PROCESSUS DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DANS LE DOMAINE DES SCIENCES INFIRMIÈRES

La consultation de cinq thèses de doctorat, une en sciences infirmières (Rosenthal, 1987) et quatre en éducation (Carr, 1983; Pardo, 1991; Paterson, 1991; Scanlan, 1996/1997) s'est avérée précieuse pour décrire et expliquer le processus de l'enseignement clinique de manière à en faire ressortir les composantes. Deux de ces recherches, (Carr, 1983; Paterson, 1991) présentent des modèles d'enseignement clinique particuliers. Ces modèles permettent d'aborder la réalité de l'enseignement clinique.

La présentation des recherches

Les résultats des cinq recherches citées précédemment sont exposés dans le but d'identifier les constituantes de cet aspect de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières. Dans la recension qui suit, chacune de ces études est présentée de la même manière soit : le but, l'approche employée, la population ciblée, les résultats générés et la critique.

A. Carr

Dans sa recherche, Carr (1983) propose une théorie qui décrit le processus de l'enseignement clinique. Le recueil et l'analyse de ces données se sont faits selon une perspective ethnographique. Son étude s'est effectuée à Boston auprès de deux professeures d'un programme de baccalauréat en sciences infirmières, dont la prestation d'enseignement comprenait les dimensions théorique et clinique. Les résultats de Carr présentent deux modèles d'enseignement, un premier qu'elle intitule modèle du traitement de l'information et le second, modèle de socialisation.

Le premier modèle, celui du traitement de l'information vise l'amélioration des habiletés des étudiantes à formuler et à utiliser des concepts, à établir des causalités parmi les variables pour ainsi encourager leur autonomie intellectuelle. La méthode du questionnement est privilégiée dans ce modèle qui tient aussi compte du niveau de performance, des capacités et des besoins des étudiantes. Le modèle du traitement de l'information repose sur le postulat suivant : l'apprentissage des concepts et des processus dans le domaine des sciences infirmières intégrés à la pratique modifie le comportement professionnel des étudiantes. Carr conçoit alors la relation professeure-étudiante comme un partenariat rigoureux où l'intervention de la professeure se situe au niveau du leadership, de l'initiation, de l'organisation et du contrôle du traitement de l'information. Les étudiantes ont par ailleurs l'obligation de réagir aux questions de la professeure, de générer des éléments de réponse et de se créer un nouveau schème de pensée. Les étudiantes deviennent alors responsables d'appliquer ces nouveaux savoirs dans les situations de soins. Ce processus est maintenu tout au long de l'expérience clinique bien que, comme le mentionne Carr, l'intervention de la professeure se fasse de moins en moins présente du fait que les étudiantes en soient arrivées à une certaine autonomie intellectuelle. Ce modèle est un guide précieux pour créer des situations d'apprentissage à l'intérieur de l'environnement clinique.

Le second modèle, celui de la socialisation, tend à développer l'autonomie professionnelle de l'étudiante à l'intérieur du système social existant dans le milieu; l'étudiante se doit de négocier et collaborer avec les autres membres de l'équipe. La professeure lui laisse alors toute la latitude pour

qu'elle puisse réfléchir sur ses expériences. Ce processus d'apprentissage individuel permet à l'étudiante d'appliquer ses connaissances aux situations de soins, de discuter d'une démarche de résolution de problèmes avec les infirmières du milieu et de respecter les différents points de vue de ces dernières. Ce modèle est d'abord centré sur une fonction particulière du rôle de l'infirmière qui est l'interaction et la collaboration avec les membres de l'équipe. Le postulat à la source du modèle de socialisation est qu'il appartient à chacune des étudiantes de défendre sa position sur des problématiques de soins et de développer sa vision de la réalité. L'objectif premier du modèle de socialisation est l'intégration par l'étudiante de ses propres comportements. Carr rapporte que, dans ce modèle, la nature du partenariat est, contrairement au premier modèle, plus ouvert à la discussion, puisque la professeure et les étudiantes sont des collègues. L'intervention de la professeure est davantage centrée sur la consultation, la facilitation et la supervision. Comme la conception de l'enseignement selon ce modèle implique que l'étudiante sache traiter l'information, le rôle de cette dernière prend une autre dimension. En effet, l'étudiante doit valider ses actions et collaborer avec ses collègues de manière à assurer une continuité dans les soins dispensés aux clients. La structure du modèle est allégée et privilégie la confiance, le soutien et la tolérance.

Les deux modèles d'enseignement de Carr impliquent une référence aux éléments suivants : les relations de la professeure avec l'environnement clinique, les comportements de la professeure concernant l'acte d'enseigner et la nature des relations entre la professeure et les étudiantes. Les relations avec l'environnement sont traduites dans le cadre de référence de la professeure qui l'amène à donner la priorité à certains objectifs, certaines stratégies d'apprentissage et à exercer une action directe sur le milieu en développant des comportements qui facilitent les apprentissages des étudiantes. Selon Carr, l'acte d'enseigner en clinique est composé de deux éléments primordiaux : la transmission de la pratique et l'évaluation des besoins et de la compétence des étudiantes. Pour elle, il est de première importance de s'attarder aux comportements qui induisent les éléments spécifiques de transmission de la pratique et d'évaluation (savoirs, habiletés, qualités, valeurs). Finalement, Carr compare les relations entre la professeure et les étudiantes comme un système de partenariat qui peut être dynamique, réciproque et humain.

Carr est critiquée par Paterson (1991) qui considère l'élaboration de ces modèles limités à l'observation de deux professeures seulement. De plus, Paterson juge que les modèles présentés par Carr sont complexes et difficilement applicables dans la réalité. Cette critique n'est toutefois pas retenue par Rosenthal (1987) qui, sur le plan méthodologique, reconnaît aux travaux de Carr une contribution importante dans le domaine de la recherche ethnographique en sciences infirmières.

B. Pardo

Les travaux de Pardo (1991) visant à définir la culture de l'enseignement clinique se sont concentrés sur l'exploration des valeurs privilégiées par les professeurs dans l'enseignement en milieu clinique. Sa recherche s'appuie sur la théorie de l'interactionisme symbolique. Pardo souligne que son approche est innovatrice dans le domaine de l'éducation professionnelle, car la perspective de l'interactionisme symbolique lui permet une interprétation des gestes des acteurs en relation avec leurs croyances. Contrairement à d'autres auteures qui ont approché l'étude des valeurs selon une perspective fonctionnaliste où les apprenantes sont considérées comme des individus passifs ayant des choix limités, Pardo s'est penchée sur les interactions sociales qui se déroulent en milieu clinique. Une telle approche lui a permis de donner un sens aux événements comme les tensions, les négociations, les comportements qui découlent de ces interactions. Elle a observé et interviewé 5 professeurs et 12 étudiantes issues d'un programme de formation infirmière de premier cycle universitaire et évoluant dans cinq milieux cliniques différents : pédiatrie, périnatalité, psychiatrie, santé communautaire, médecine-chirurgie. Cette méthode de collecte de données lui a permis d'identifier les rituels et les comportements adoptés par les professeurs en milieu clinique, de même que les comportements attendus chez les étudiantes. Il faut, par ailleurs préciser que les entrevues conduites auprès des étudiantes lui ont servi de moyens pour confirmer les perspectives livrées par les professeurs. C'est pourquoi, la présentation des résultats de recherche de Pardo est uniquement concentrée sur les perspectives des professeurs.

Les huit rituels par lesquels la professeure favorise les apprentissages des étudiantes font référence aux éléments suivants :

1. La préparation (plans de soins des clients).
2. Le suivi de la performance de l'étudiante.
3. Les discussions de groupe sur les situations cliniques.
4. Les rencontres individuelles formelles et informelles.
5. La sélection des clients pour les expériences d'apprentissage clinique.
6. La rédaction des notes d'observation concernant le client.

Les comportements de la professeure recensés par Pardo se regroupent dans :

1. L'enseignement proprement dit (*teaching*).
2. La modélisation du rôle (*role modeling*).
3. Les relations interpersonnelles avec les étudiantes (*caretaking*).

Les comportements des étudiantes en milieu clinique retenus par les professeures sont catégorisés par ordre d'importance :

1. S'affirmer.
2. Établir une relation thérapeutique.
3. Se conformer aux directives.
4. Démontrer des connaissances théoriques.
5. Être disciplinée.
6. Démontrer des habiletés psychomotrices.

Les 105 caractéristiques et comportements qui sont chapeautés par ces dernières catégories sont reliés aux différents rôles attribués à l'étudiante durant ses expériences en milieu clinique. Ces rôles sont : apprenante, personne et infirmière.

Les résultats de la recherche de Pardo sont plus universels que ceux de Rosenthal, car elle s'est adressée à des milieux d'enseignement clinique diversifiés. Néanmoins, elle s'attarde peu sur la définition du processus de l'enseignement clinique. Elle vise plutôt l'identification des rituels utilisés (actions répétitives) et les comportements privilégiés par les professeures dans leur enseignement, de même que les comportements des étudiantes en milieu clinique auxquels les professeures accordent une valeur. Les résultats de Pardo, qui sont complémentaires aux résultats de certaines chercheuses (Paterson, 1991; Pugh, 1980; Rauen, 1974; Rosenthal, 1987) apportent une contribution intéressante à l'exploration de la notion du rôle. En effet, à l'instar de ses collègues, Pardo conçoit la multiplicité des rôles, cependant elle l'applique aux apprenantes. Ainsi, Pardo affirme que selon que l'étudiante est dans un rôle de personne, d'infirmière ou d'apprenante, la professeure se doit d'adopter des comportements qui facilitent l'apprentissage de l'étudiante en respectant cette dernière dans ses différents rôles. Selon Pardo, les résultats de son étude pourraient servir à l'élaboration des instruments d'évaluation de l'enseignement clinique.

C. Paterson

Paterson (1991), tout comme Carr, a modélisé l'enseignement clinique. Ses travaux ont décrit l'enseignement clinique de manière très exhaustive. Le but de sa recherche était l'élaboration d'un cadre conceptuel pour comprendre et expliquer la réalité de l'enseignement clinique. Ses données ont été analysées selon le cadre théorique de l'interactionisme symbolique qui lui a permis d'identifier la réalité de l'enseignement clinique à partir du sens que les participantes donnaient à leurs comportements. Sa recherche s'est effectuée par le biais d'entrevues et de sessions

d'observation participante. L'échantillon volontaire était composé de six professeures qui oeuvraient dans la même spécialité d'enseignement, soit médecine-chirurgie, dans trois institutions, deux de niveau collégial et une de niveau universitaire.

Paterson présente l'enseignement clinique comme un processus dynamique, interactif où plusieurs variables influencent les intentions et les comportements des professeures. L'analyse de ses résultats s'attarde autant aux composantes du contexte dans lequel se déroule l'enseignement clinique qu'à l'expérience proprement dite de l'acte d'enseigner. Elle conclut que les composantes du contexte, soit l'environnement clinique, l'identité professionnelle, les valeurs de *caring* et la perspective de la professeure face à l'enseignement, influencent la façon dont celle-ci interprète les situations et les événements qui se présentent, affectant ainsi son choix des différentes stratégies d'enseignement. Paterson (1991, 1997) conçoit l'environnement clinique comme un système permanent (équipe de soins) dans lequel un système temporaire (professeure et étudiantes) prend place. L'influence de l'environnement clinique se mesure par les comportements de négociation que la professeure se doit d'adopter. L'identité professionnelle traduit la perception qu'a la professeure de sa fonction d'enseignement en milieu clinique. Les effets de cette composante l'amènent à se situer dans un rôle de professeure ou d'infirmière et à enseigner selon cette vision. Les valeurs de *caring* de la professeure ont un impact sur la qualité des relations interpersonnelles qu'elle développe, tant avec les étudiantes, qu'avec le personnel soignant. En dernier lieu, la perspective qu'a la professeure de l'enseignement influence le milieu, selon que sa conception de l'enseignement est plus restreinte; elle met l'accent sur des reproductions de comportements, ou plus large; elle favorise alors le développement professionnel global de l'étudiante.

Dans l'expérience de l'enseignement clinique Paterson décrit les interactions de la professeure avec les étudiantes et fait référence à son processus mental qui lui permet de poser un jugement et de prendre une décision au regard de l'atteinte des objectifs d'apprentissage de l'étudiante. Ce processus s'opère lors de la transmission de la pratique (savoirs théoriques vers les savoirs pratiques), ainsi que lors de l'évaluation des besoins et de la compétence clinique des étudiantes. Paterson, tout comme plusieurs auteures (Allerman & Britten, 1978; Brown & Hayes, 1979; Carr, 1983; Scanlan, 1996/1997), conçoit que la transmission de la pratique infirmière est l'élément central de l'enseignement clinique. Cette composante est mesurable, puisque les comportements facilitants adoptés par la professeure peuvent être reliés aux éléments spécifiques de transfert (les savoirs, les habiletés, les qualités et les valeurs). La transmission de la pratique implique l'évaluation continue de la situation d'apprentissage de l'étudiante. C'est pourquoi, l'évaluation des besoins et de la compétence clinique est indissociable de l'acte d'enseigner. La professeure a recours à plusieurs processus pour évaluer les étudiantes dont : la supervision,

l'intuition, l'assignation des clients, la rétroaction et les travaux écrits. Le modèle d'enseignement de Paterson est non linéaire; chacune des étapes exige une révision de l'étape précédente.

Les travaux de Paterson apportent une contribution significative dans le domaine des sciences infirmières. Son modèle de cristallisation de l'enseignement clinique est dynamique et soulève à la fois les aspects contextuel et expérientiel de ce processus d'enseignement. Parmi les recherches citées précédemment, celle de Paterson semble la plus explicite au niveau des composantes de l'enseignement clinique. D'ailleurs, comme elle le souligne elle-même, les résultats de sa recherche devraient être utilisés pour identifier les éléments constitutants de l'évaluation de l'enseignement clinique.

D. Rosenthal

Rosenthal (1987) s'est aussi intéressée à l'analyse du processus de l'enseignement clinique. La théorie de l'émergence lui a servi de cadre pour analyser ses observations et entrevues. Sa recherche, tournée vers le contexte particulier des soins psychiatriques, s'est effectuée auprès de trois professeures enseignant dans deux programmes de niveau collégial.

Rosenthal conçoit l'enseignement clinique comme l'interrelation de trois processus : les stratégies d'enseignement, les relations interpersonnelles et la gestion du groupe d'apprenantes. De plus, Rosenthal considère que les processus et, par conséquent, les comportements de la professeure se modifient selon l'évolution des différentes phases de ces processus, soit l'orientation, la pratique auprès du client et la fin du contact. Dans ce sens, Rosenthal estime que la professeure est une variable cruciale dans la qualité des apprentissages des étudiantes. Son opposition à Carr tient au fait que le soutien apporté par la professeure et la rétroaction positive sont des éléments importants du processus de l'enseignement clinique. Son désaccord avec Carr est plus marqué en ce qui concerne l'utilisation du modèle de rôle, qu'elle considère essentielle pour l'apprentissage de l'étudiante dans le milieu particulier des soins psychiatriques. Cette divergence d'opinion sera davantage exposée dans la section qui traite de la notion de rôle.

Bien que Rosenthal apporte des conclusions pratiquement opposées à celles de Carr sur plusieurs aspects de l'enseignement clinique, elle soulève aussi l'importance des relations interpersonnelles et des stratégies d'enseignement. Il est permis de penser que l'observation participante, qui était l'une de ses méthodes de collecte de données, de même que le domaine des soins psychiatriques ont pu influencer l'orientation de son analyse sur les relations interpersonnelles. En effet, Rosenthal prétend que le milieu des soins psychiatriques, plus que les autres milieux cliniques, est intimidant pour les étudiantes et entraîne une plus grande insécurité

chez ces dernières. L'enseignement clinique dans ce milieu de soins exige, par le fait même, que la professeure mette l'accent sur les relations interpersonnelles qui sont à la base des soins infirmiers dispensés en psychiatrie. C'est pourquoi, l'observation de plusieurs comportements touchant les interactions entre la professeure et ses étudiantes, de même qu'entre les étudiantes et les clients, a fortement teinté l'analyse des données de Rosenthal.

E. Scanlan

Scanlan (1997) a menée une étude exploratoire et descriptive auprès de professeures novices et expertes dans l'enseignement clinique. Sa recherche avait pour objet de connaître la conception de ces dernières au regard de l'efficacité de l'enseignement clinique dans la pratique. À l'instar des auteures précédentes, elle a privilégié l'interactionisme symbolique pour orienter la collecte et l'analyse de ses données. Scanlan a conduit des entrevues à trois reprises auprès de cinq professeures novices et cinq expertes oeuvrant dans deux programmes de formation infirmière à Winnipeg, diplôme et baccalauréat en sciences infirmières. Chacune des participantes devait en plus tenir un journal personnel sur leur conception de l'efficacité de l'enseignement clinique.

L'analyse de ses données a fait émerger trois thèmes, l'apprentissage de l'enseignement en milieu clinique, l'utilisation des pratiques d'enseignement en milieu clinique et la connaissance des étudiantes. La comparaison entre les deux catégories de participantes l'a amenée à conclure que les professeures novices ont de la difficulté à comprendre l'enseignement clinique qu'elles considèrent comme un processus complexe. Elles sont incertaines de leurs pratiques d'enseignement clinique et ont du mal à conjuguer avec les responsabilités qui leur incombent auprès des étudiantes et des clients. En opposition à ces incertitudes des novices, les expertes ont apporté une riche description de ce que comporte l'enseignement en milieu clinique.

L'enseignement clinique est décrit comme étant au *coeur* de la formation infirmière. La transmission de la pratique en est l'élément central et la qualité des interactions avec les étudiantes est un facteur d'influence sur l'apprentissage de la pratique infirmière. Cependant, pour la professeure, l'apprentissage de l'enseignement en milieu clinique est laborieux et est basé sur ses multiples expériences de vie, en tant qu'étudiante, infirmière, professeure ou sur des expériences personnelles, Scanlan s'est toutefois peu attardée sur ce thème. Elle a par ailleurs longuement décrit les pratiques d'enseignement clinique. Ces pratiques incluent quatre éléments principaux, qui sont :

1. Faciliter la compréhension de l'étudiante (permettre de faire les liens, questionner etc.).

2. Ajuster les situations cliniques aux besoins des étudiantes (attribution des clients aux étudiantes).
3. Superviser et évaluer.
4. Développer des relations interpersonnelles avec les membres de l'équipe de soins.

Le troisième thème porte sur la connaissance des étudiantes. Les résultats de Scanlan démontrent que cet élément est essentiel pour donner un enseignement clinique de qualité. Il se définit comme suit :

1. Respecter le niveau académique.
2. Respecter le rythme d'apprentissage.
3. Évaluer le niveau d'anxiété.
4. Favoriser les circonstances d'apprentissage.
5. Développer les relations interpersonnelles.

La contribution de Scanlan est appréciable pour décrire les activités d'enseignement qui se déroulent en milieu clinique. Son apport est également à souligner en ce qui concerne les différences entre les perceptions des professeures novices et expertes. Le parallèle entre les deux groupes de participantes lui a servi à raffiner ses catégories, puisque l'insécurité des novices dans la fonction d'enseignement était confrontée à l'assurance des expertes et ce, principalement au regard de l'évaluation des étudiantes. Dans ce sens, sa recherche apporte beaucoup sur l'importance de la préparation des professeures pour faire face aux exigences particulières de l'enseignement clinique. Toutefois, même si Scanlan précise que son étude n'a pas été réalisée dans le but de dégager les éléments d'évaluation de l'enseignement clinique, elle discute tout de même du fait que les listes de comportements élaborées par les chercheuses sont peu utiles, car les termes employés varient d'une recherche à l'autre. De plus, ses résultats supportent ceux présentés dans les écrits sur l'évaluation de l'enseignement clinique car, comme elle le souligne, l'approche qu'elle a choisie lui a permis d'élaborer davantage sur les thèmes identifiés. Ainsi, elle explore en profondeur l'utilisation du modèle de rôle selon la perspective des novices et des expertes. Cependant, Scanlan ne relève pas de façon explicite la notion de multiplicité des rôles.

La synthèse des principales constituantes du processus de l'enseignement clinique

Les écrits des cinq auteures précédentes définissent les principales constituantes de l'enseignement en milieu clinique; ces constituantes servent de cadre conceptuel à la présente étude.

Toutefois, une synthèse de ces composantes selon une organisation logique situe les dimensions de l'enseignement clinique selon leur niveau d'importance.

Les résultats des recherches précédentes permettent de dire que les composantes centrales de l'enseignement clinique comprennent la transmission des savoirs théoriques vers les savoirs pratiques, de même que l'évaluation des besoins et de la compétence clinique des étudiantes. Selon les chercheuses, ces deux éléments composent l'acte d'enseigner en milieu clinique. Ces éléments sont influencés par certains facteurs. Cette influence s'exerce à des niveaux différents et s'illustre comme suit :

1. Premier niveau d'influence

1. La qualité des relations de la professeure à la fois avec les étudiantes et le milieu clinique.
2. L'utilisation des stratégies d'enseignement adaptées aux besoins d'apprentissage des étudiantes et aux objectifs à atteindre.

2. Deuxième niveau d'influence

1. Les valeurs personnelles et professionnelles (caring) de la professeure.
2. La notion de l'identité professionnelle de la professeure dans le milieu d'enseignement.

3. Troisième niveau d'influence

1. La définition de la fonction d'enseignement reliée à la notion de l'identité professionnelle.

Plusieurs sous-éléments découlent de ceux présentés; cependant ceux qui sont exposés constituent la charpente sur laquelle ces cinq auteures construisent le processus de l'enseignement clinique.

Les cinq chercheuses précédentes se sont intéressées à définir l'enseignement clinique. Leurs résultats sont diversifiés, car les données recueillies ont été analysées selon des perspectives différentes : Carr et Paterson présentent des modèles d'enseignement, Rosenthal traite de l'interrelation des processus qui évoluent dans le temps Pardo fait ressortir les comportements d'enseignement et d'apprentissage valorisés par les professeures, alors que Scanlan met l'accent sur le développement de l'expertise pour assurer la qualité de l'enseignement clinique. Toutefois, toutes les auteures, sauf Carr, font consensus sur l'importance pour la professeure d'utiliser le

modèle de rôle infirmier, dans le but de favoriser les apprentissages des étudiantes en milieu clinique. La section suivante justifie l'importance de prendre en compte la multiplicité des rôles.

La pertinence des recherches sur le processus de l'enseignement clinique pour l'évaluation

Les constituantes de l'enseignement clinique ont été synthétisées précédemment. Cette synthèse présente un intérêt pour la présente recherche, car jusqu'à maintenant aucune étude sur évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières ne s'est appuyée sur un tel cadre conceptuel.

Ce cadre conceptuel a été utilisé dans l'élaboration des guides d'entrevues semi-structurées destinés à recueillir les perceptions des professeures et des étudiantes concernant les éléments d'évaluation de l'enseignement en milieu clinique. Ainsi, ces composantes sont les thèmes généraux sur lesquels ont été greffées des questions et des sous-questions d'entrevue. Ces composantes ont également servi de guide pour les périodes d'observation en milieu clinique. Le cadre conceptuel sur lequel se base cette étude est englobant, car il reflète non seulement une étude approfondie du processus d'enseignement clinique, mais il fait également ressortir les éléments d'évaluation identifiés dans la recherche sur l'évaluation de l'enseignement clinique.

L'IMPORTANCE DE CONSIDÉRER LA MULTIPLICITÉ DES RÔLES DANS L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

Hardy et Conway (1988) dans leur volume intitulé *Role theory, perspectives for Health Professionals* ont étudié les différentes structures des rôles chez les professionnels de la santé. Bien que leurs travaux ne s'adressent pas uniquement au domaine des sciences infirmières, ils permettent toutefois d'expliquer la conception du rôle dans l'enseignement clinique. Par une approche théorique du rôle, ces auteurs ont illustré les concepts, de même que les hypothèses qui prédisent la façon dont les personnes peuvent être performantes dans un rôle donné ou les circonstances qui expliquent les comportements attendus d'elles. En considérant le rôle selon une perspective interactionniste, Hardy et Conway reconnaissent que les actions des personnes qui occupent une certaine fonction sont, non seulement des réponses apprises des exigences des institutions, mais que les individus construisent et organisent leurs actions de façon sélective, en tenant compte de l'environnement.

Hardy et Conway ajoutent que les personnes qui occupent un certain rôle dans un milieu sont soumises à des conditions externes générées par ce milieu. Ces conditions font en sorte que les obligations prescrites par le milieu peuvent entraîner :

1. Un conflit de rôle (incompatibilité entre les attentes du milieu et le rôle détenu par l'individu).
2. Une ambiguïté du rôle (manque de clarté des attentes du milieu pour remplir le rôle).
3. Une incongruence dans le rôle (valeurs personnelles incompatibles avec les attentes du milieu).
4. Une surcharge dans le rôle à tenir (charge trop lourde pour le temps disponible).

En réponse à ces conditions, la personne qui occupe le rôle peut vivre certaines réactions émotives (*role strain*), comme de l'anxiété. Contrairement au *role stress*, le *role strain* est un état subjectif, puisqu'il traduit les réactions de l'individu aux conditions établies par le milieu. Les auteures soulignent que ces situations sont fréquemment rencontrées dans les milieux de santé, ils peuvent donc s'étendre au contexte de la présente étude. De plus, ces éléments de précision sur la notion du rôle sont pertinents, puisque l'identité professionnelle de la professeure en milieu clinique est un facteur d'influence sur l'acte d'enseigner.

Hardy et Conway introduisent également la notion des sous-rôles associés à un rôle premier. Ainsi dans le volet clinique de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières, la professeure tient un premier rôle, celui d'enseignante, auquel peuvent se greffer le sous-rôle d'infirmière qui réfère à la formation professionnelle initiale de la professeure et le sous-rôle de personne qui fait appel aux qualités interpersonnelles en milieu clinique. Selon Hardy et Conway, ces sous-rôles peuvent être aussi importants que son rôle premier ou l'un d'entre eux peut dominer. Ces auteures définissent le rôle comme suit : « Les comportements actuels et attendus, associés à une fonction (Hardy & Conway, 1988, p.165, traduction libre) ». Les comportements actuels font référence à la performance d'un individu dans son rôle, alors que les comportements attendus font appel aux normes des institutions qui identifient les attitudes, les conduites et les connaissances requises et exigées de celui qui occupe un rôle (*role expectations*). Hardy et Conway soulignent que chaque personne définit sa propre identité au regard du rôle qu'elle détient en interprétant les attentes des institutions pour ce rôle.

Leur ouvrage appliqué au contexte particulier de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières permet de mieux saisir l'intérêt de considérer la notion des rôles multiples où la professeure occupe non seulement un rôle d'enseignante, mais également un rôle d'infirmière et de personne, en raison de la fréquence et l'importance des relations interpersonnelles que sa fonction implique. De plus, Hardy et Conway qui relèvent la notion d'identité dans le rôle, permettent, d'une part, de comprendre les divergences d'opinions entre Carr (1983) et Rosenthal (1987) sur l'intérêt pour la professeure d'exercer un rôle d'infirmière afin de servir de modèle aux

étudiantes. D'autre part, les écrits de Hardy et Conway confirment la pertinence d'utiliser le modèle de rôle comme stratégie d'enseignement.

La notion du modèle de rôle qui est par ailleurs décrite en profondeur par Bandura (1977) dans sa théorie de l'apprentissage social mérite une attention particulière. Bandura vient non seulement appuyer l'importance qui doit être accordée à l'apprentissage de la profession infirmière par le biais de la modélisation dans l'enseignement clinique, mais cette théorie a aussi servi de cadre conceptuel à plusieurs recherches sur l'enseignement clinique.

La théorie de l'apprentissage social de Bandura appliquée à l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières

Bandura (1977) décrit le processus de l'apprentissage par observation comme un processus qui met l'accent sur l'importance de l'imitation dans le développement des comportements nouveaux. L'imitation influence l'apprentissage à travers sa fonction d'information : « La plupart des comportements humains sont appris par l'imitation, c'est-à-dire en observant les autres. L'individu se forme une idée sur la performance des comportements attendus et cette information codée lui sert de guide dans son action future » (Bandura, 1977, p.23, traduction libre). L'apprentissage par observation met en jeu quatre processus : l'attention, la rétention, la reproduction motrice et la motivation à l'apprentissage. Les lignes suivantes définissent ces processus en fonction de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières.

Le premier processus, l'attention, permet au sujet d'observer de façon sélective les modèles qui lui sont présentés. Les expériences d'observation sont influencées par certains éléments qui sont :

1. Les caractéristiques de l'observatrice, c'est-à-dire les expériences antérieures de l'étudiante et ses objectifs personnels.
2. Les caractéristiques des activités à modeler, soit leur nature, leur complexité et leur pertinence.
3. Le type de relation entre le modèle et l'apprenante, par exemple, l'observation des comportements de la professeure, si cette dernière apparaît un modèle compétent et crédible.

Ce dernier élément du processus, le type de relation entre le modèle et l'apprenante démontre que l'importance de la qualité de la relation entre la professeure et l'étudiante en milieu clinique est doublement importante. En effet, la qualité de la relation entre les deux parties

influence la crédibilité de l'étudiante dans le modèle de rôle infirmier que lui présente sa professeure. Cet effet de la qualité de la relation professeure-étudiante se fait également sentir lorsque la professeure tente de démontrer l'importance des qualités humaines à son étudiante en lui servant de modèle comme personne.

Le deuxième processus de l'apprentissage par observation, la rétention, implique la mémorisation du comportement observé. Comme le modèle n'est pas toujours présent pour donner une direction à l'apprenante, celle-ci doit se représenter les comportements sous une forme symbolique. Cet enregistrement de symboles est en quelque sorte un système de codage qui facilite la transition des apprentissages théoriques vers les apprentissages pratiques chez les étudiantes. La rétention est tributaire de ce système de codage et la répétition de ces comportements dans la pratique devient en quelque sorte un adjuvant important à la mémorisation.

Le troisième processus, la reproduction motrice, implique une conversion des représentations symboliques dans des actions appropriées. Dans la phase initiale de l'atteinte du comportement, l'apprenante doit posséder des éléments de connaissance qui lui permettent de produire des patrons de comportements. Cependant, les performances complexes présentent souvent des lacunes entre le niveau cognitif et les habiletés qui les composent. C'est pourquoi, ces performances nécessitent l'apport de l'imitation et de la pratique. Howie (1988) illustre bien l'application de ce processus aux apprentissages cliniques. Pour elle, la rétroaction de la professeure, l'auto-évaluation constante de l'étudiante et l'exposition continuelle de celle-ci au modèle infirmier la conduisent à ce raffinement du comportement en milieu clinique. Selon Bandura, l'imitation immédiate, contrairement au processus d'imitation, ne fait pas appel aux processus cognitifs de représentation pour reproduire un comportement; l'imitation immédiate est plutôt guidée extérieurement par les actions du modèle.

Le dernier processus est défini par Bandura comme le processus de motivation où l'apprenante sélectionne les comportements selon ses propres valeurs et selon les réactions externes de valorisation ou d'insatisfaction produites par ses comportements. Les modèles observés ne génèrent pas les mêmes comportements chez les apprenantes, puisque de nombreux facteurs influencent le processus de l'apprentissage par observation. Cette affirmation de Bandura s'applique très justement au domaine de l'enseignement clinique, car le rôle infirmier présente de multiples facettes et peut être intégré différemment par les étudiantes.

Le rôle d'infirmière

Dans le rôle d'infirmière, la professeure permet à l'étudiante de se socialiser dans l'apprentissage de son propre rôle d'infirmière. Elle devient ainsi pour l'étudiante un modèle de

rôle : « Une personne qui étant membre d'une société ou qui occupe une position dans une organisation donne l'exemple des comportements standards attendus. Ainsi, un modèle de rôle en sciences infirmières serait une infirmière compétente » (Rauen, 1974, p.34, traduction libre). Selon Howie (1988) et Benor et Leviyof (1997), la professeure doit réaliser l'importance d'être un modèle de rôle infirmier pour l'étudiante, car celle-ci apprend son identité professionnelle par son contact avec la professeure. Stuebbe (1980) reprend elle aussi l'importance du modèle de rôle pour les étudiantes : « Une large part des habiletés techniques et des comportements professionnels appris par les étudiantes le sont par l'imitation de leur modèle de rôle premier, la professeure en milieu clinique (p.4, traduction libre). Une décennie plus tard, Morgan (1991) tient sensiblement le même discours : « Enseigner à travers le modèle de rôle permet aux étudiantes d'observer la façon de dispenser des soins aux clients » (p.1242, traduction libre). Plus près de nous, Benor et Leviyof (1997) nuancent l'importance pour la professeure d'être un modèle de rôle infirmier. Elles prétendent que la *meilleure* professeure en milieu clinique n'est pas nécessairement l'unique modèle de rôle; les infirmières des milieux peuvent servir de modèles aux étudiantes dans l'apprentissage social de la profession infirmière.

Howie (1988) et Stuebbe (1980), de même que Deane et Campbell (1985), Hamilton (1996), Perry (1988) et Rauen (1974) se sont largement inspirés de la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977). Dans leurs travaux qui font référence au processus de l'apprentissage par observation décrit par Bandura, les auteures estiment que le modèle de rôle infirmier facilite l'atteinte des objectifs d'apprentissage des étudiantes et par conséquent amène ces dernières à être des infirmières professionnelles. Ainsi, Howie (1988) a élaboré un modèle d'enseignement en milieu clinique, en mettant en évidence la relation entre l'utilisation du modèle de rôle infirmier et le développement de la compétence professionnelle chez l'étudiante. Deane et Campbell (1985) attribuent, tout comme Howie, une place prépondérante à l'utilisation du modèle de rôle infirmier pour le développement de la compétence professionnelle des étudiantes. De leur côté, les travaux de Rauen (1974) et Stuebbe (1980) sur l'évaluation de l'enseignement clinique s'appuient sur un cadre théorique où la théorie de l'apprentissage social de Bandura et le concept du modèle de rôle sont élaborés. Ce cadre théorique a d'ailleurs permis à Rauen et Stuebbe de développer un instrument d'appréciation du niveau d'importance des rôles dans l'enseignement clinique. Finalement, la recherche de Perry s'appuie sur la théorie de Bandura pour démontrer l'intérêt du préceptorat qui se traduit dans la modélisation du rôle infirmier. Hamilton supporte l'étude de Perry, en affirmant que l'utilisation du préceptorat maximise les apprentissages cliniques des étudiantes.

Le rôle d'enseignante

Selon Kopala (1994), la professeure dans son rôle premier d'enseigner conçoit l'apprentissage de l'étudiante comme une valeur primordiale. Cette conception de l'enseignement l'amène à guider et à évaluer justement l'étudiante de même qu'à favoriser son autonomie intellectuelle (Stuebbe, 1980). Toutefois, à l'intérieur de cette fonction d'enseignante la professeure peut aussi servir de modèle à l'étudiante. D'une part, par son exemple la professeure facilite chez l'étudiante le développement des qualités d'enseignement aux clients, ces qualités étant inhérentes à la formation infirmière. D'autre part, l'identification des modèles de rôles parmi les infirmières du milieu où se déroule l'enseignement clinique fait aussi partie de son rôle de professeure (Benor & Leviyof, 1997; Hart & Rotem, 1994).

Ce rôle d'enseignante s'exerce aussi par l'action directe de la professeure sur l'environnement clinique dans le but de maximiser les expériences d'apprentissage des étudiantes. Infante (1975) dans la citation suivante renforce la légitimité du rôle d'enseignante :

Il apparaît raisonnable qu'une professeure qui enseigne dans la profession infirmière ne soit pas seulement concernée par le fait d'être un modèle de rôle infirmier, mais aussi, par son rôle d'enseignante qui agit sur l'environnement afin de favoriser des expériences d'apprentissage enrichissantes pour ses étudiantes (Infante, 1975, p.25, traduction libre).

Ainsi, la professeure est responsable de sélectionner les expériences cliniques qui vont permettre aux étudiantes de se préparer à la pratique de la profession (Carpenito & Duespohl, 1985). Carr (1983) illustre elle aussi le rôle d'enseignante et soutient que la professeure doit mettre l'accent sur certains objectifs d'apprentissage et certains aspects de l'environnement de l'enseignement. Carr ajoute que, comme dans l'enseignement en salle de classe, la professeure doit privilégier des stratégies d'enseignement en rapport avec les styles d'apprentissage des étudiantes.

Le rôle de personne

Le rôle de personne, ainsi identifié dans quelques recherches (Rauen, 1974; Stuebbe, 1980; Scanlan, 1996/1997) fait référence à l'aspect humain comme critère de qualité de l'enseignement clinique. Tout comme les chercheuses précédentes, Pugh (1983, 1988), ainsi que Paterson (1991, 1997) réaffirment l'importance des relations interpersonnelles de la professeure avec les étudiantes et les membres du personnel dans le milieu clinique. Pugh (1988), qui a considéré la multiplicité des rôles dans ses travaux sur l'enseignement clinique, rapporte ces quelques citations d'étudiantes sur l'importance d'un professeur empathique : « Réalisez que les étudiantes sont humaines. (...) Supportez les étudiantes dans leurs erreurs. (...) Reconnaissez que je suis perturbée et que j'ai besoin de parler » (p.32, traduction libre). Par ailleurs, dans sa recherche, Paterson conclut que les professeures en milieu clinique prêtent une écoute attentive à

leurs étudiantes, s'arrêtent à connaître les besoins individuels de ces dernières, veulent augmenter leur confiance en soi et se portent à la défense de leur bien-être. Scanlan, traduit à son tour l'importance pour la professeure de se « révéler soi-même comme personne » (p.239, traduction libre) afin d'instaurer une relation de confiance avec les étudiantes.

La priorité accordée à chacun des rôles

Les écrits précédents considèrent la notion de la multiplicité des rôles dans l'enseignement clinique. Toutefois, les auteures ne parviennent pas à faire le consensus sur la priorité qui devrait être accordée à chacun de ces rôles.

Ainsi, Pugh (1980) conclut que l'utilisation du modèle de rôle infirmier est plus important pour les professeures que pour les étudiantes. Elle explique cette divergence d'opinion par l'interprétation différente de la notion de modèle de rôle parmi les deux groupes de répondantes. Dans une autre étude du même type menée en 1988, Pugh présente des résultats opposés à ceux de 1980; les étudiantes sont davantage préoccupées par l'utilisation du modèle de rôle que ne le sont leurs professeures. Par contre, certaines auteures (Carr, 1983; Kramer, 1981; Stevens, 1979) rejettent l'importance de se servir du modèle de rôle infirmier, en tant que stratégie d'apprentissage, puisque pour elles, la professeure ne peut agir que dans une fonction d'enseignante. D'autres (Benor & Leviyof, 1997; Dalme, 1983; Green, 1988; Hartland, 1993; Rosenthal, 1987; Wilson & Startup, 1991) affirment au contraire que le modèle de rôle infirmier est capital pour l'apprentissage de l'étudiante. Les travaux de Stuebbe (1980), fondés sur ceux de Rauen (1974), apportent aussi des résultats contradictoires au regard de la priorité accordée à l'utilisation du modèle de rôle infirmier parmi les étudiantes. Pardo (1991), quant à elle, ne se prononce pas sur la priorité accordée à chacun des rôles. Sa recherche l'amène à conclure que les comportements des professeures dans l'enseignement clinique sont directement reliés à leurs propres rôles : infirmière, enseignante et personne, ainsi qu'à ceux des étudiantes : personne, infirmière et apprenante. L'étude de Pardo apporte une perspective intéressante, soit la complémentarité des rôles de la professeure et de l'étudiante en milieu clinique. La thèse de Pardo est appuyée par Wilson (1994) qui attribue deux rôles aux étudiantes, être étudiante et être infirmière. Duke (1996) ne statue pas sur le rôle premier à emprunter, elle traite plutôt du conflit existant entre les rôles d'enseignante et d'infirmière qui devient un facteur de stress pour les professeures en milieu clinique.

Les auteures rapportent également que dans chacun des rôles que la professeure peut emprunter, celle-ci peut s'avérer être un modèle pour les étudiantes. Cette notion de modèle de rôle est renforcée par Bandura (1977) qui illustre principalement l'importance de l'apprentissage par observation. De leur côté, Hardy et Conway (1988) appuient à leur tour la notion de multiplicité

dans les rôles. Ils soutiennent que le rôle des professionnels de la santé possède une structure distincte qui amène souvent les individus à tenir des sous-rôles en plus de leur rôle premier. Par ailleurs, certaines chercheuses (Carr, 1983; Kramer, 1981; Stevens, 1979; Rosenthal, 1987) émettent des opinions divergentes quant à la priorité qui doit être accordée à chacun des trois rôles. Toutes ces considérations pour le caractère particulier de la fonction de la professeure en milieu clinique renforcent l'intérêt de s'y pencher dans la présente étude.

Résumé

L'importance de considérer l'aspect tridimensionnel de la fonction de la professeure qui enseigne en milieu clinique semble indéniable. La professeure, dans son rôle d'enseignante, guide et évalue l'étudiante; dans celui d'infirmière, elle amène l'étudiante à se socialiser dans son apprentissage de la profession infirmière, alors que dans son rôle de personne, elle porte une écoute attentive aux besoins des étudiantes.

Cependant, malgré le fait que certaines recherches dans le domaine de l'évaluation de l'enseignement clinique traitent des notions de la multiplicité des rôles et du modèle de rôle, les approches quantitatives utilisées ne permettent pas de vérifier de façon claire les perceptions des professeures et des étudiantes. Par contre, les chercheuses qui ont défini les composantes de l'enseignement clinique selon un paradigme qualitatif n'ont pas relié ces deux notions sur le rôle aux éléments d'évaluation de l'enseignement en milieu clinique. Ces raisons justifient le besoin d'inclure les notions sur le rôle au cadre conceptuel sur lequel se base la présente étude.

CONCLUSION ET LES QUESTIONS DE RECHERCHE

La revue approfondie de la documentation permet de conclure que l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières requiert un cadre conceptuel différent de celui de l'enseignement en salle de cours. Ce cadre doit d'abord définir le processus de l'enseignement clinique. Par ailleurs, les recherches sur l'évaluation de l'enseignement clinique présentent des problèmes méthodologiques importants qui réfèrent à l'absence de cadre conceptuel, à la taille et la provenance des échantillons dans les modèles quantitatifs, de même qu'aux approches méthodologiques utilisées. Ces problèmes font en sorte qu'il est difficile d'obtenir une vision claire des éléments d'évaluation de l'enseignement en milieu clinique et amènent certaines auteures à critiquer la pertinence des instruments d'évaluation existants. Toutefois, ces recherches mettent en évidence trois catégories de comportements qui sont reliées (a) au concept de rapport (disponibilité aux étudiantes, relations interpersonnelles, caractéristiques personnelles), (b) aux habiletés pédagogiques (pratiques d'enseignement et d'évaluation, compétence clinique) et (c) aux

rôles (infirmière, enseignante) et au modèle de rôle. Ces éléments constituent une partie du cadre conceptuel sur lequel s'oriente la présente recherche.

La revue de la documentation fait également état de cinq études ethnographiques, où les auteures (Carr, 1983; Pardo, 1991; Paterson, 1991; Rosenthal, 1987; Scanlan, 1996/1997) ont défini l'enseignement clinique. Toutefois, même si l'apport de ces chercheuses a permis de mieux connaître la réalité de l'enseignement clinique et d'en identifier les composantes, il demeure, qu'à ce jour, aucune étude en évaluation ne s'est basée sur ce cadre conceptuel. Dans leurs travaux, les cinq auteures considèrent que l'intervention pédagogique en milieu clinique est influencée par certains éléments, qui en plus d'englober ceux énumérés dans les recherches sur l'évaluation précédemment cités, ajoutent les suivants :

1. Utilisation des stratégies d'enseignement adaptées aux besoins des étudiantes de même qu'aux objectifs à atteindre.
2. Valeurs personnelles et professionnelles de la professeure.
3. Vision qu'a la professeure de son identité professionnelle.
4. Définition de la fonction d'enseignement en milieu clinique.

Ces éléments sont également inclus dans le cadre conceptuel qui sous-tend la présente étude.

Finalement, même si la section consacrée à la multiplicité des rôles dans l'évaluation de l'enseignement clinique témoigne de l'intérêt des chercheuses pour le sujet, il semble que l'approche quantitative utilisée ne leur a pas permis d'explorer les perceptions des participantes en profondeur. Par contre, certaines auteures ont identifié les constituantes de l'enseignement clinique selon une approche qualitative, mais la notion du rôle dont elles ont longuement traitée, n'a pas été reprise dans des travaux ultérieurs portant sur l'évaluation de l'enseignement clinique.

Ces considérations méthodologiques pour l'exploration de la notion de multiplicité des rôles dans le domaine de l'évaluation de l'enseignement clinique sont pris en compte dans la présente recherche. Ainsi, une approche qualitative permettra de mieux saisir toute la subtilité des propos des participantes sur les notions de rôle et modèle de rôle, pour être en mesure de les intégrer aux éléments d'évaluation.

À la lumière des constatations précédentes, la présente étude se propose de préciser l'intention du processus d'évaluation de l'enseignement clinique, c'est-à-dire les éléments pouvant constituer l'objet de l'évaluation selon le cadre conceptuel présenté précédemment. La contribution de cette recherche se situe ainsi au niveau du construit de l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières. L'utilisation d'une approche qualitative est également

justifiée pour remédier aux lacunes méthodologiques qui ont été ressorties dans la recherche sur l'évaluation de l'enseignement clinique.

Cette étude est originale, car elle se dote d'un cadre conceptuel tiré des écrits sur l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières et de ceux qui définissent l'enseignement clinique dans ce même domaine. De plus, sa contribution est non négligeable, car elle touche trois domaines spécifiques soit : l'éducation, l'évaluation et la méthodologie des recherches en évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières. Cette recherche apportera au domaine de l'éducation, en permettant de clarifier les caractéristiques distinctives des volets théorique et pratique de l'enseignement au niveau collégial. D'autres disciplines professionnelles reliées ou non aux sciences infirmières pourraient alors bénéficier des résultats de cette étude pour la préparation des professeurs à ces deux activités d'enseignement. La contribution de cette recherche au domaine de l'évaluation est doublement originale et ce, plus particulièrement en ce qui a trait à la première étape de la démarche évaluative, c'est-à-dire l'intention. D'une part, elle sera un apport au construit de l'évaluation, en explorant l'objet de l'évaluation de façon exhaustive. D'autre part, l'objet de l'évaluation clairement défini pourrait servir de point d'ancrage pour le développement de modèles d'évaluation, dont le but pourrait être sommatif ou formatif. Plus spécifiquement, la présente étude sera un apport au niveau méthodologique des recherches sur l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières. L'approche qualitative envisagée permettra de générer des résultats plus explicites à partir des perceptions des participantes, plutôt que fondés sur des listes de caractéristiques déterminées a priori par la chercheuse.

Les trois questions de recherche sont ainsi posées :

Prenant en compte les écrits du cadre conceptuel qui s'adressent à la définition même du processus de l'enseignement en milieu clinique, cette première question de recherche s'avère pertinente. Elle est nécessaire parce qu'elle situe le contexte dans lequel les répondantes précisent l'objet de l'évaluation. Elle se formule comme suit :

Question 1: Quelle est la conception des participantes au regard des composantes du processus de l'enseignement clinique?

La seconde question porte sur la première étape du développement du processus d'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers, soit l'intention. Plus précisément, l'identification des éléments de l'objet de l'évaluation qui est l'intérêt principal de cette étude. Cette question est la suivante :

Question 2: Quels sont les éléments sur lesquels devrait porter l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers au niveau collégial?

À cause de ce que la recension des écrits laisse percevoir, il semble important d'explorer plus à fond la notion de rôle afin de compléter et de nuancer les résultats de la deuxième question de recherche. Cette troisième question s'adresse à la clarté de la fonction d'enseignement et à l'utilisation du modèle de rôle :

Question 3: Les professeures qui enseignent en milieu clinique ont-elles une vision claire de leur fonction? Le modèle de rôle, en tant que stratégie d'enseignement, est-il utilisé?

CHAPITRE III – LA MÉTHODOLOGIE

Malgré le fait que l'évaluation de l'enseignement pratique demeure un domaine de recherche qui soit moins exploré que l'évaluation de l'enseignement théorique, le chapitre précédent rapporte tout de même un certain intérêt des chercheurs pour l'évaluation de cet aspect de l'enseignement. Cependant, comme il a été souligné, l'identification des composantes d'évaluation de l'enseignement clinique souffre de l'absence d'un cadre conceptuel qui saurait tout d'abord définir le processus même de l'enseignement clinique. Ainsi, la recension des écrits révèle, d'une part le caractère unique de l'enseignement clinique relié aux multiples dimensions de la fonction, d'autre part, la revue de la documentation permet de faire ressortir les composantes de l'enseignement clinique, mais identifie également les lacunes concernant ses éléments d'évaluation.

Dans ce troisième chapitre, le contexte de la recherche, ainsi que le mode de recrutement des participantes et leur description sont présentés; les procédures de collecte des données et leur déroulement sont également décrits. Le plan d'analyse des données, les critères d'évaluation de la recherche de même que les limites de l'étude sont exposés dans la section finale de ce chapitre.

LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE

La recherche s'est déroulée dans le contexte de l'enseignement clinique des soins infirmiers en milieu collégial. Plusieurs raisons ont motivé la pertinence de conduire cette étude en milieu collégial. Tout d'abord, le fait que les résultats des recherches recensées dans la documentation ont été effectuées parmi les différents programmes de formation en sciences infirmières au niveau des ordres d'enseignement collégial et universitaire est un motif pour cibler un niveau spécifique de formation, soit le niveau collégial.

Deuxièmement, aucune recherche de type qualitatif visant à identifier les perceptions des professeures et des étudiantes concernant l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique n'a été menée dans le milieu collégial. De plus, comme le but visé n'était pas de comparer l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique parmi les différents types de programmes de formation infirmière, cette décision est motivée.

La troisième raison réfère au fait que l'auteure de la présente étude qui évolue elle-même, depuis plusieurs années, en tant que professeure de soins infirmiers dans un milieu d'enseignement collégial connaît à fond les articulations du programme et l'organisation de l'enseignement dans le milieu collégial québécois. Cette aisance dans le milieu a été aidante pour établir les contacts auprès des personnes responsables et la connaissance du programme a, dans un certain sens, facilité l'analyse et l'interprétation des données. Une attention particulière a néanmoins été portée à la possibilité qu'une telle familiarité avec le programme puisse introduire des biais personnels à

l'étude. Afin de contrer l'introduction de biais, deux personnes possédant une expertise dans l'enseignement des soins infirmiers, sans avoir été impliquées dans le projet de recherche, de même que les 12 participantes à l'étude ont corroboré les résultats obtenus.

Finalement, comme il est souligné dans la problématique, les professeures dont l'organisation de la charge d'enseignement comprend les volets théorique et clinique sont apparues comme étant les personnes les plus aptes à fournir des informations significatives en raison de la richesse de leur expérience globale de l'enseignement. L'autre groupe, celui des étudiantes, pouvait également apporter une opinion éclairée sur le sujet de l'évaluation de l'enseignement, car les étudiantes du milieu collégial bénéficient de plusieurs heures d'enseignement clinique par semaine, particulièrement durant la dernière session où le ratio est de quatre jours par semaine sur une période de onze semaines.

La collecte des données a été réalisée parmi des professeures et des étudiantes francophones de trois collèges d'enseignement général et professionnel (cégeps) de la région de Montréal qui offrent le programme de Soins infirmiers d'une durée de trois ans. Aux considérations citées précédemment s'en ajoutent deux autres, celles-ci d'ordre pratique. Ce sont la proximité de ces institutions de même que la disponibilité des professeures et des étudiantes à participer à l'étude.

La recherche a privilégié deux méthodes de collecte de données, soit, l'observation directe des répondantes dans leur milieu d'enseignement clinique, suivie d'une entrevue semi-structurée de chacune des participantes observée. Une telle approche présente de nombreux avantages, dont l'obtention des données à partir d'interactions entre la chercheuse et les participantes. La souplesse de l'entrevue semi-structurée est également une autre force de l'approche utilisée, car elle a permis de vérifier les significations attribuées par les sujets aux différentes questions, laissant place à l'intervieweuse de valider la compréhension des réponses données. De plus, l'approche qualitative a rendu possible l'exploration en profondeur des perceptions des répondantes, ce qui aurait été un désavantage de l'utilisation du questionnaire. Finalement, l'utilisation de cette approche a fait ressortir des thèmes pertinents à l'objet de recherche, non identifiés dans le cadre conceptuel développé.

LES PARTICIPANTES

Dans un premier temps, les critères de sélection des 12 participantes, six professeures et six étudiantes, sont explicités. En second lieu, une sous-section fait état des démarches effectuées

pour recruter les répondantes. La dernière partie décrit, d'une façon exhaustive, les deux groupes de participantes.

Les critères de sélection

La sélection des participantes s'est opérée selon un premier critère d'ordre général, soit celui d'être en mesure d'émettre des opinions sur l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers. Le premier groupe de participantes était composé de professeures chargées de l'enseignement clinique auprès d'étudiantes de troisième année du programme collégial de soins infirmiers. Le second groupe comprenait des étudiantes de troisième année qui avaient déjà suivi cinq sessions d'enseignement clinique. Le besoin de ressortir les points de vue de ces deux catégories de participantes est apparu évident, puisque l'identification de l'objet de l'évaluation de l'enseignement touche non seulement l'enseignant, mais également celui qui reçoit cet enseignement. Les administrateurs n'ont pas été sollicités pour faire partie de l'étude, étant donné que l'intérêt de cette étude portait davantage sur l'intention de l'évaluation que sur l'élaboration de politiques et la mise sur pied d'un processus d'évaluation.

La sélection des répondantes s'est effectuée selon la méthode du choix raisonné. Ce type de sélection permet la construction d'une maquette de la population à étudier : « Ce qui importe ce n'est pas tant la précision des résultats, mais la découverte d'une logique, d'un mécanisme, si la recherche se veut exploratoire » (Gauthier, 1987, p.187). Cet énoncé aide à comprendre où se situait l'intérêt de la présente étude qui, rappelons-le, n'était pas de faire de l'inférence interprétative sur l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique, comme s'y emploie la recherche actuelle dans le domaine. L'intérêt de la présente étude était plutôt de comprendre les perceptions des participantes au regard de l'objet de l'évaluation en prenant en compte les conditions particulières de leurs milieux d'enseignement clinique. La sélection des sujets selon la méthode du choix raisonné a rendu possible une investigation en profondeur des questions qui avaient une importance primordiale pour la recherche. Il faut également souligner qu'il n'était pas nécessaire que les participantes soient issues de milieux différents, puisque le but était de recueillir des points de vue individuels, plutôt qu'institutionnels.

L'homogénéité des répondantes a été privilégiée, afin de permettre une exploration approfondie des perceptions de ces dernières sur la question de l'identification des éléments d'évaluation de l'enseignement clinique. À ce titre, Van der Maren (1995, p.383) rappelle l'importance de recruter des participants qui présentent des caractéristiques homogènes :

Parce que les caractéristiques qu'ils possèdent permettent d'obtenir efficacement une information pertinente (...), les informateurs doivent avoir vécu certains événements qui ne se produisent que

dans certains lieux, si l'on veut obtenir un témoignage factuel plutôt qu'une opinion par oui-dire.

Le choix des répondantes a été effectué en respectant deux critères : 1) enseigner en milieu clinique au niveau de la troisième année de formation 2) avoir un minimum de trois sessions d'expérience dans ce volet de l'enseignement des soins infirmiers. Il faut préciser qu'une session d'enseignement clinique s'étale, selon le niveau de formation (1ère, 2ième, 3ième année), sur une période variant entre 7 et 11 semaines, à raison de 1 à 4 jours/semaine. Le seul critère qui était exigé chez les étudiantes était d'être inscrites en troisième année au programme collégial de soins infirmiers. Ces critères ont été fixés afin de permettre d'amasser des informations les plus riches possible. Comme le souligne Van der Maren (1995), le choix des répondants doit se faire en prenant en compte le caractère complexe de la problématique dans la constitution des données. C'est pourquoi, les expériences communes d'apprentissage et d'enseignement des participantes ont permis de recueillir des informations de qualité pour répondre à l'étendue de la question de recherche.

Le recrutement

Le recrutement des participantes s'est fait selon le respect des exigences déontologiques de la recherche sur les êtres humains. Ainsi, après avoir obtenu le consentement du comité de déontologie de l'institution concernée (Appendice A), la première étape du recrutement des sujets pour l'étude a été entreprise. Tout d'abord, le consentement écrit des directeurs et directrices des études de six cégeps de la région de Montréal (Appendice B) a été sollicité, afin d'obtenir leur autorisation pour procéder à la collecte des données dans leurs institutions. À ce formulaire de consentement était joint un court résumé de l'étude. Les six directeurs et directrices ont favorablement répondu à la demande.

Dans un deuxième temps, les coordonnatrices des départements de soins infirmiers ont été contactées par téléphone. Le but de la recherche leur a d'abord été expliqué, ainsi que les implications pour les personnes désireuses d'y participer. Les coordonnatrices ont fourni une liste de professeures qui répondaient aux critères établis. En dernier lieu, des appels téléphoniques ont été logés auprès de ces professeures. À nouveau, le but de l'étude leur a été expliqué et leur implication personnelle a été précisée, soit une journée d'observation en milieu d'enseignement clinique et une entrevue individuelle d'une durée moyenne d'une heure. Il convient de mentionner que deux professeures d'un premier cégep se sont montrées intéressées. Cependant l'une d'entre elles a émis des réserves à se prêter à la session d'observation, mais s'est portée volontaire pour faire l'étude pilote de l'entrevue; l'autre a accepté de participer à la totalité du processus de collecte de données. Les contacts téléphoniques dans un autre cégep ont été très fructueux, puisque sur une

possibilité d'obtenir la participation de deux personnes, les deux ont accepté d'emblée de contribuer à la recherche. Selon la même procédure, les trois autres professeures ont été recrutées à l'intérieur d'une troisième institution d'enseignement. Le nombre requis de participantes ayant été atteint et, comme il a été mentionné auparavant, étant donné que la sélection des répondantes primait sur celle des institutions, les démarches ont été cessées après le recrutement de six professeures oeuvrant dans trois cégeps différents. Un formulaire de consentement (Appendice C), de même qu'un résumé de la recherche ont été acheminés par la poste; les six participantes ont été priées d'acheminer leur consentement écrit par le retour du courrier.

Après avoir complété les deux premières étapes inhérentes au recrutement des professeures, l'autorisation des personnes responsables de la formation dans les centres hospitaliers (Appendice D) a été demandée. Comme ces personnes négocient directement avec les coordonnatrices de l'enseignement clinique des milieux d'enseignement collégiaux, leur autorisation était requise pour procéder aux sessions d'observation en milieu clinique. Encore une fois, ces personnes se sont montrées très ouvertes à participer à l'étude.

Les six étudiantes, qui composaient l'autre groupe de participantes, ont été choisies directement dans les milieux d'enseignement clinique visités, lors des journées d'observation. Ainsi, sur une base volontaire et étant donné que chacune d'entre elles répondait au seul critère de sélection exigé, c'est-à-dire être inscrite en troisième année du programme de soins infirmiers, toutes ont été invitées à se prêter à une entrevue individuelle. Comme la question de recherche impliquait que les étudiantes fassent appel à la totalité de leurs expériences d'apprentissage personnelles en milieu clinique, il n'est pas apparu essentiel de sélectionner une étudiante dans chacun des groupes d'enseignement clinique observé. À titre de rappel, il faut souligner que chaque groupe était composé de la professeure et de ses six étudiantes. De cette façon, deux étudiantes du premier groupe observé en milieu clinique se sont prêtées à l'entrevue, deux autres provenaient du deuxième groupe observé, une cinquième du troisième groupe et une dernière étudiante évoluait au sein du sixième groupe, soit un total de six participantes.

La description

Le profil des participantes dans chacun des deux groupes est décrit. Les professeures qui devaient répondre à quelques critères de sélection sont d'abord présentées, suite à cette présentation vient celle des étudiantes.

Bien que le Tableau 2 présente chacune des professeures selon le sexe, les années d'expérience en enseignement et la formation académique, il apparaît pertinent de compléter ce tableau par un portrait plus détaillé de ces participantes et des milieux desquels elles proviennent.

Tableau 2 — *Profil des professeures participantes*

<i>Professeur/sexe</i>	<i>Sessions d'expérience en enseignement collégial</i>	<i>Formation académique</i>
1/F	18	Maîtrise en andragogie
2/F	26	Diplôme en enseignement des soins infirmiers
3/F	30 à 40	Doctorat en psychopédagogie
4/F	40	Maîtrise en sciences infirmières
5/H	22	Maîtrise en éducation Diplôme de 2e cycle en études interdisciplinaires sur la mort
6/F	52	Maîtrise en éducation Maîtrise en enseignement secondaire et collégial

Comme le Tableau 2 en témoigne, l'expérience des professeures dans l'enseignement en milieu clinique dépassait largement les exigences requises pour participer à la présente étude. Cette grande expérience des professeures dans les milieux d'enseignement clinique a permis de recueillir des points de vue riches, puisque toutes ont pu se référer aux différentes étapes de leur évolution en tant qu'enseignante en milieu clinique. Toutes les participantes de ce groupe étaient âgées entre 40 et 51 ans et avaient, au cours de leur carrière, enseigné en première et en deuxième année de formation infirmière collégiale. Lors des périodes d'observation, les professeures ont paru très à l'aise dans leurs milieux, car elles répétaient les sessions d'enseignement clinique sur des unités de soins qu'elles connaissaient très bien. D'autres précisions concernant chacune des participantes sont fournies pour compléter cette description.

La professeure no 1 détenait une formation initiale collégiale en soins infirmiers. Elle est celle qui possédait la plus courte expérience, neuf ans, dans l'enseignement des soins infirmiers au collégial, mais la plus longue en tant qu'infirmière dans les milieux hospitaliers. En effet, elle a oeuvré pendant plus de dix ans dans des unités de soins spécialisés (soins intensifs et urgence) d'un grand centre hospitalier urbain. Au moment de la collecte de données, elle travaillait comme

coordonnatrice d'activités de soins dans un centre d'accueil à temps partiel, soit les fins de semaine en plus de sa charge d'enseignement à temps complet. Elle s'est dite très enthousiaste de participer à cette recherche pour profiter des expériences nouvelles. Lors de la journée d'observation, elle est apparue très à l'aise autant dans le milieu clinique (urgence) qu'avec les membres du personnel qui y travaillaient. Ce milieu accueillait pourtant une clientèle très diversifiée dans des secteurs comme le court séjour, l'observation ainsi que l'évaluation première et le traitement des clients qui se présentaient à l'urgence.

La professeure no 2 a suivi une formation traditionnelle d'infirmière dans un centre hospitalier de la région de Montréal. Après avoir travaillé environ dix ans à titre d'infirmière dans différents centres hospitaliers et différents milieux de soins, dont celui (périnatalité) où elle enseignait au moment de la collecte des données, elle s'est dirigée vers l'enseignement des soins infirmiers au collégial. Après avoir complété un baccalauréat de perfectionnement en sciences infirmières, cette professeure a parfait sa formation en pédagogie en complétant un diplôme en enseignement des soins infirmiers. Elle a avoué se sentir privilégiée de participer à cette recherche et d'un même souffle, a fait part de son appréhension d'être observée durant toute une journée d'enseignement en milieu clinique. Le milieu où elle évoluait comprenait trois secteurs: salle d'accouchement, pouponnière et post-partum. Le climat qui y régnait était calme.

La professeure no 3 détenait une formation initiale universitaire en sciences infirmières. Elle enseignait les soins infirmiers au collégial depuis 1978. Durant ces années, elle a interrompu, à deux reprises, sa carrière en enseignement pour occuper un poste de conseillère pédagogique dans le milieu collégial et un autre comme infirmière clinicienne dans un grand centre hospitalier pédiatrique. C'est pourquoi, elle n'a pu dire avec certitude le total de ses années cumulées dans l'enseignement. L'observation de cette dernière dans un milieu pédiatrique, où la clientèle âgée de la naissance à 20 ans présentait des problèmes de santé à la fois diversifiés et complexes, a permis à la chercheuse de se rendre compte du fonctionnement particulier de ce milieu. Cette participante s'est montrée très intéressée par le sujet de la présente étude, ayant elle-même une expérience en recherche, puisqu'elle est détentrice d'un doctorat en psychopédagogie.

La professeure no 4 a également complété une formation de premier cycle universitaire en sciences infirmières. Sa carrière a presque été entièrement consacrée à l'enseignement des soins infirmiers au collégial. En effet, ses 20 années d'expérience dans le domaine ont été interrompues par une formation de deuxième cycle en sciences infirmières. Durant ce temps, elle a travaillé à temps partiel comme infirmière dans le centre hospitalier où elle a été visitée. Elle a confié se sentir bien à l'aise dans son milieu d'enseignement clinique. L'unité dans laquelle elle évoluait offrait des soins de médecine-chirurgie spécialisée. Bien que cette unité lui permettait, en raison son

organisation physique, d'exercer plus facilement un contrôle sur les apprentissages des étudiantes, il demeure toutefois que la complexité des situations de soins faisait en sorte que les étudiantes devaient exécuter de nombreuses techniques de soins et s'exercer à la relation thérapeutique avec les clients. C'est pourquoi, la professeure no 4 était très soucieuse d'avoir une feuille de route très précise et complète pour faciliter le déroulement de la journée. Elle s'est montrée très ouverte à participer à l'étude et à la période d'observation, mais préférait tout d'abord bien organiser la session d'enseignement clinique avant de se prêter à la séance d'observation.

Le professeur no 5 a complété sa formation d'infirmier dans un cégep de la région de Montréal. Il a cumulé de nombreuses expériences en tant qu'infirmier de chevet dans divers milieux de soins, dont l'un en pédiatrie. Il a, de plus, exercé une fonction d'enseignant en milieu clinique en y accompagnant des étudiantes de premier cycle universitaire en sciences infirmières. Après avoir complété son baccalauréat de perfectionnement en sciences infirmières, son intérêt pour l'enseignement l'a amené à se perfectionner dans le domaine de l'éducation; il était détenteur d'une maîtrise en éducation. Il a exprimé sa grande préoccupation d'aider les étudiantes dans leurs apprentissages. Cette préoccupation l'a conduit à suivre des formations ponctuelles offertes aux professeurs dans son milieu d'enseignement; l'une de ces formations portait sur l'évaluation. Le milieu dans lequel il a été observé en était un de court séjour, les admissions et les départs des clients étaient nombreux. De façon très spontanée, ce professeur a répondu à l'invitation de se prêter aux exigences de la présente recherche.

La professeure no 6 s'est identifiée comme étant *un vieux professeur*. Au moment où elle a été rencontrée, elle en était à sa vingt-sixième année d'enseignement au collégial. Elle a suivi sa formation première dans une école traditionnelle d'infirmière et a exercé les fonctions d'infirmière de chevet durant quatre ans dans un milieu de médecine-chirurgie avant de se consacrer à l'enseignement. Son implication provinciale au niveau de l'implantation du programme collégial Soins infirmiers actuel, qui a remplacé l'ancien connu sous l'appellation Techniques infirmières mérite d'être soulignée. Très intéressée par la recherche, en raison de sa formation de deuxième cycle en évaluation et en enseignement, elle a accepté avec empressement de prendre part à cette étude. L'unité de soins de médecine-chirurgie où elle a été observée était différente de celles où enseignaient les autres professeurs, car 18 des 30 lits étaient réservés aux soins palliatifs. Cette particularité l'amenait à se pencher de façon plus spécifique sur l'apprentissage de la relation thérapeutique auprès du client.

La description du groupe des étudiantes est rendue d'une manière plus globale, car elles présentaient sensiblement les mêmes caractéristiques. Toutes complétaient leur troisième année de formation infirmière collégiale selon un cheminement normal, c'est-à-dire qu'aucune d'entre elles

n'avait échoué une ou des sessions précédentes. Il s'agissait de jeunes adultes de sexe féminin, dont l'âge se situait entre 19 et 21 ans. Au moment de la collecte des données, elles en étaient à recevoir leur dernière session d'enseignement en milieu clinique, qui, selon le curriculum du programme de Soins infirmiers, en est une d'intégration des sessions précédentes. Ces étudiantes qui évoluaient dans les milieux cliniques à raison de quatre jours par semaine ont été rencontrées alors que la session d'hiver 1997 était enclenchée depuis quelques semaines. Un bref calcul de leurs expériences antérieures d'apprentissage en milieu clinique totalisait environ 120 jours d'enseignement clinique au moment où elles se sont prêtées à l'entrevue. Ces éléments de précision permettent de constater que ce groupe de participantes était en mesure d'apporter des opinions fort pertinentes au regard de l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique. Parmi ces six participantes, deux comptaient poursuivre leur formation et avaient soumis leurs demandes d'admission au baccalauréat de perfectionnement en sciences infirmières pour le mois de septembre suivant.

LA COLLECTE DES DONNÉES

Les deux procédures de collecte des données qui ont été privilégiées étaient l'observation directe dans les milieux d'enseignement clinique et l'entrevue individuelle. Elles sont élaborées dans les lignes qui suivent. La description du déroulement de la collecte des données complète cette section.

La description

La première procédure, l'observation directe, répond au besoin de situer la culture de l'enseignement clinique des soins infirmiers au collégial; la seconde, l'entrevue individuelle, permet de cerner les dimensions multiples de la question de recherche. L'observation directe, qui situait chaque participante dans son contexte particulier d'enseignement, s'est avérée un complément appréciable aux entrevues afin de saisir toute la réalité entourant l'évaluation de l'enseignement clinique.

Par le biais de l'observation directe le chercheur tente d'articuler les données résultant d'une analyse objective et celles issues d'une appréhension intersubjective afin de fournir une vue la plus complète possible de la réalité. Par la confrontation de plusieurs sources de données, elle veut effectuer une analyse intensive (plutôt qu'extensive) de situations particulières et prendre en compte leur complexité (Pourtois & Desmet, 1988, p.124).

L'observation directe de chacune des professeures en interaction avec son groupe de six étudiantes dans leur milieu d'enseignement clinique respectif a précédé les entrevues. Van der Maren (1995, p.296) accorde un caractère objectif à l'observation directe. Il prétend que,

contrairement à l'observation participante, l'observateur peut davantage contrôler ses biais et le fait d'observer plusieurs personnes à la fois dans une situation donnée accroît la *vraisemblance* de cette procédure.

La seconde technique de collecte des données utilisée était l'entrevue individuelle semi-structurée. Une précision concernant le caractère individuel des entrevues s'impose cependant. Parmi les six étudiantes, deux entrevues seulement ont été effectuées individuellement, puisque quatre des participantes de ce groupe ont demandé de se prêter aux entrevues en dyade. La section suivante, qui décrit le déroulement de la recherche, explique davantage cette situation. Le guide d'entretien a été construit à partir de thèmes ressortis dans le cadre conceptuel. Sa structure qui est souple répond davantage au but de l'approche qualitative favorisée dans la présente étude. De plus, tout en accordant une certaine latitude, cette structure permet, par ailleurs, de garder le contrôle sur la situation (Poisson, 1990). Kvale (1983), d'un point de vue technique, recommande que l'entrevue en recherche qualitative soit semi-structurée, c'est-à-dire non pas une conversation informelle, ni un questionnaire hautement structuré, mais plutôt un guide, à partir duquel, l'intervieweuse pourra poser des questions sur des thèmes déjà identifiés. La qualité et l'impact de l'analyse subséquente sont reliés à la précision des informations recueillies, cette précision pourrait être compromise si le chercheur ne centre pas suffisamment les grilles d'entretien (Huberman & Miles, 1991).

Deux guides d'entretien relevant les thèmes identifiés dans le cadre conceptuel de l'enseignement clinique et de l'évaluation de cet aspect de l'enseignement ont été élaborés (Appendice E: professeures; Appendice F: étudiantes). La consultation de ces guides permet de constater que certains thèmes sur lesquels ils sont construits sont similaires pour les deux groupes de participantes. Les thèmes similaires sont:

1. Vision du processus d'enseignement clinique.
2. Caractère distinctif de l'enseignement clinique.
3. Éléments d'évaluation de l'enseignement clinique.

Par ailleurs, certaines différences entre les deux guides sont observables, particulièrement en ce qui concerne:

1. La perception du rôle de la professeure en milieu clinique (Appendice E).
2. Les attentes des étudiantes envers la professeure (Appendice F).
3. L'apprentissage en milieu clinique (Appendice F).

Ces différences dans l'identification des thèmes s'expliquent par le fait que la présente étude prend en considération les statuts distincts des deux groupes de participantes; les unes font référence à leurs expériences d'enseignantes, alors que les autres apportent un point de vue d'apprenantes. Par conséquent, en différenciant les thèmes cités précédemment, il devient possible de rejoindre les perspectives des répondantes de chacun des deux groupes. Les sous-questions traduisent cette préoccupation.

Au moyen de ce type d'entrevue, les participantes ont été guidées sur des thèmes déterminés à l'avance par la chercheuse, tout en laissant émerger les significations nouvelles; c'est pourquoi le guide d'entrevue était basé sur des thèmes, plutôt que composé de questions précises. Afin de vérifier la clarté et la compréhension des thèmes retenus pour mener les entrevues, une étude pilote a été réalisée en février 1997 auprès d'une professeure d'un cégep et de trois étudiantes provenant d'une autre institution. Les quatre entretiens ont été enregistrés sur bande sonore. La transcription verbatim de ces quatre protocoles d'entrevue a été soumise à la critique d'une chercheuse chevronnée en recherche qualitative. Selon l'avis de cette chercheuse, les thèmes abordés durant les entrevues lui sont apparus pertinents à l'objet de l'étude.

Le déroulement

La collecte des données s'est étendue sur une période de treize semaines, soit du 2 mars 1997 au 30 mai 1997. Les premiers contacts écrits et téléphoniques auprès des autorités concernées dans les différents milieux d'enseignement et hospitaliers ont débuté en janvier 1997, selon les étapes décrites antérieurement. Les rendez-vous pour les journées d'observation de chacune des six professeures en milieu clinique ont été fixés avec celles-ci par téléphone. Les rendez-vous pour réaliser les entrevues individuelles auprès des mêmes personnes et de six étudiantes volontaires parmi les 36 observées ont été déterminés lors de ces journées d'observation. Il faut souligner que les rendez-vous pour les périodes d'observation directe dans les milieux d'enseignement clinique ont été mis en priorité, puisque la période d'enseignement clinique durant la dernière session au collégial (180-620) s'échelonnait sur cinq semaines seulement.

Les six séances d'observation de chacun des groupes en milieu clinique (une professeure accompagnée de ses six étudiantes) se sont tenues dans quatre centres hospitaliers de la région de Montréal, puisque trois professeures participantes donnaient leur enseignement clinique dans un même centre. Après avoir convenu avec les professeures du moment où se ferait la journée d'observation et afin d'avoir le portrait le plus fidèle possible de la réalité et de la culture du milieu clinique, la chercheuse s'est rendue sur les sites d'observation aux mêmes heures que les professeures. À titre d'exemple, certaines journées ont débuté à 6h15, alors que d'autres ont

commencé à 7h45, pour se terminer à 15h30 ou 16h00. Une période d'observation s'est même déroulée en soirée pour respecter l'horaire d'une professeure. Les professeures s'étaient chargées d'aviser les étudiantes et de leur expliquer notre présence sur les unités de soins. Bien que cette initiative ait déjà été prise par les professeures, la chercheuse s'est tout de même réservée un moment au début du quart de travail pour se présenter aux étudiantes, expliquer le but de la recherche et vérifier leur niveau d'aisance face à l'observation. Aucune étudiante n'a émis de réserves particulières; au contraire, elles se sont dites enthousiastes de participer au projet de recherche. L'infirmière-chef de chacune des unités de soins visitées a également été rencontrée. Ces unités étaient réparties comme suit: urgence, court séjour, médecine-chirurgie, soins palliatifs, périnatalité et pédiatrie. Durant les périodes d'observation, la chercheuse a tenu un journal de bord en y inscrivant ses perceptions de la situation et ses sentiments au regard des valeurs véhiculées par les participantes. Les observations ont également été appuyées par des anecdotes, de même que par des réflexions recueillies sur le site. Les participantes tout autant que les milieux cliniques visités ont été assurés de l'anonymat des individus (clients, intervenants des milieux) et des institutions.

Les entrevues auprès des professeures et des étudiantes ont suivi les sessions d'observation. Les trois premières entrevues individuelles, soit une avec une professeure et deux avec des étudiantes, ont été menées dans un local mis à notre disposition par le milieu hospitalier et ce, une semaine après la séance d'observation directe de ces dernières dans le milieu d'enseignement clinique. Il faut préciser toutefois que ces deux étudiantes ont manifesté le désir de participer simultanément à l'entrevue, tout comme deux autres pairs provenant d'un autre milieu d'enseignement. Ces demandes ont été acceptées, puisque ces étudiantes se sont dites plus à l'aise ainsi. Cette façon de faire n'a pas posé d'obstacle à l'expression de chacune d'elles, car il y avait un souci constant de veiller à ce que chacune des deux participantes donne son opinion sur les thèmes préparés pour l'entrevue. Les cartes de concepts de chacune de ces quatre participantes construites à partir de l'analyse de leur discours rendent compte de leur liberté d'opinion. Toutes les rencontres d'entrevues subséquentes ont été intercalées entre les périodes d'observation et se sont déroulées dans des locaux des milieux collégiaux, ou comme c'est le cas pour cinq d'entre elles, se sont effectuées à la fin mai, alors que la session d'enseignement clinique était terminée. Le fait que les entrevues n'aient pas toutes été menées au même moment de la session d'enseignement clinique n'a pas influencé les réponses des étudiantes, car ces dernières devaient faire appel à l'ensemble de leur expérience d'apprenante en milieu clinique. Les répondantes n'ont pas émis d'objection à ce que leurs entretiens individuels soient enregistrés. Avant la tenue de chaque entrevue, il a été rappelé aux participantes que le caractère anonyme et confidentiel des propos recueillis serait préservé, en remplaçant les noms par des chiffres. La préparation des répondantes à l'entrevue a été brève, puisque le premier contact avait déjà été établi par le biais de l'observation

dans les milieux d'enseignement clinique. Les rencontres ont duré en moyenne 60 minutes pour les professeures, alors que chez les étudiantes, elles ont duré environ 45 minutes.

Les entrevues ont débuté par une question d'ordre très général, à savoir, la vision de chacune des répondantes au regard du processus de l'enseignement clinique. À la suite de cette première question, tout en respectant les thèmes identifiés dans l'élaboration du guide d'entrevue et l'individualité du point de vue des participantes, les questions subséquentes ont été amenées de manière différente pour chacune des répondantes. Des sous-questions ont été posées dans le but de clarifier le discours des interviewées, ou encore pour permettre aux individus d'illustrer leurs propos différemment.

LE PLAN DE L'ANALYSE DES DONNÉES

Les données ont été traitées, analysées et interprétées selon un plan précis. Dans un premier temps, les données brutes ont été transcrites et les unités d'analyse ont été déterminées. À la suite de cette étape, une analyse sélective a permis le codage des données. En troisième lieu, le traitement et l'interprétation des données ont fait ressortir les catégories de même que les sous-catégories définitives. Finalement, l'interprétation des résultats a été validée auprès des participantes.

La transcription et détermination des unités d'analyse

Les enregistrements des entrevues ont été transcrits verbatim par la chercheuse à l'aide d'un transcripteur à pédales pour faciliter le retour en arrière lors de la transcription des données brutes. Les protocoles d'entrevues ont été numérotés ligne par ligne, tout en laissant la marge de droite suffisamment large pour permettre l'inscription des codes identifiés à partir des unités de sens. Dans un premier temps, la chercheuse a lu attentivement le matériel recueilli et ce, à plusieurs reprises. Cette lecture, lui a permis d'en faire une pré-analyse, de s'en représenter le sens général, facilitant ainsi l'orientation de l'ensemble de l'analyse subséquente (L'Écuyer, 1987).

Le traitement des données a, par la suite, été fait de façon manuelle. Le codage des données a été effectué, en isolant les différents extraits des textes (unités de sens) à l'aide de crayons surligneurs de différentes couleurs. Les unités de sens délimitées étaient des phrases uniques ou encore pouvaient comporter plusieurs phrases consécutives. Cette procédure manuelle de codage a été privilégiée, car l'auteure se sentait ainsi davantage en contact avec ses données. Coffey et Atkinson (1996, p.187) allèguent qu'aucun logiciel d'analyse des données brutes ne peut automatiquement faire une analyse complète des données. Seul le chercheur peut définir ses

préoccupations d'analyse, les idées qui sont importantes et les modes de représentation qui lui apparaissent appropriés.

L'analyse sélective et le codage

La consultation des données a, tout d'abord, permis d'isoler des catégories provisoires. À la suite de cette première étape, la démarche d'analyse s'est poursuivie en tentant d'identifier un dénominateur commun à ces catégories provisoires. Ce processus a donné naissance à un codage de type mixte, c'est-à-dire que certaines unités de sens ont généré des catégories déjà identifiées dans le cadre conceptuel (*catégories fermées*), alors que d'autres sont apparues plus fidèles au contenu des informations des participantes (*catégories ouvertes*). Le codage mixte, selon Van der Maren (1995), correspond bien aux exigences méthodologiques de la recherche exploratoire, ce qui est le cas de la présente étude. Afin d'illustrer la procédure du codage mixte, l'exemple suivant où les professeures ont été invitées à se prononcer sur leur perception du rôle en milieu clinique a amené des éléments de réponses qui ont permis de relever des catégories provisoires comme:

1. Poser des questions, faire des liens.
2. Être à l'aise pour montrer des techniques de soins, être bonne infirmière.
3. Négocier avec le milieu, créer un bon climat, communiquer avec le personnel.
4. Établir une bonne relation avec les étudiantes.
5. Enseigner globalement les soins infirmiers, remettre dans sa réalité d'apprenante.

Ces cinq catégories provisoires ont donné naissance à des catégories plus raffinées qui se sont traduites comme suit, selon le même ordre que précédemment:

1. Stratégies d'enseignement (*catégorie fermée*).
2. Habiletés techniques (*catégorie ouverte*).
3. Qualités des relations dans le milieu clinique (*catégorie fermée*).
4. Qualité des relations avec les étudiantes (*catégorie fermée*).
5. Vision globale de l'enseignement des soins infirmiers (*catégorie ouverte*).

À la suite du codage mixte, les catégories redondantes ont été éliminées.

Le traitement et l'interprétation des données

Les données ont été à nouveau revues pour en comprendre la signification, c'est-à-dire que des liens entre chacune des catégories ont été établis dans le but de dresser un portrait global des

opinions des participantes sur les éléments d'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers. Cette étape a permis de produire des cartes de concepts individualisées pour chacune des participantes (Appendice G) fondées sur l'analyse des données brutes. Une telle procédure de présentation des données a facilité le repère visuel des éléments de ressemblance et de divergence entre les 12 entrevues, laissant place à l'exploration et à la réorganisation des données. Huberman et Miles (1994) soutiennent, dans ce sens, que cette façon de procéder est l'élément-clé du processus analytique. La procédure d'analyse des données s'est poursuivie en explorant les cartes de concepts; de nouvelles catégories et sous-catégories ont été créées, alors que d'autres ont été abandonnées, ces dernières étant devenues redondantes ou encore peu représentatives du discours de l'ensemble des répondantes (Appendices H et I). À la fin de cette troisième étape, les catégories définitives de même que les sous-catégories de la grille d'analyse ont été déterminées. C'est ainsi que les composantes du processus de l'enseignement clinique en soins infirmiers et les compétences comme objet de l'évaluation de l'enseignement clinique ont émergé. Lors de la dernière étape, tous les énoncés ont été placés dans une classification finale à partir de la grille d'analyse.

La vérification des résultats

Dans le but de vérifier et de confirmer l'analyse des données, deux démarches de validation ont été entreprises. Une première (*validation externe*) a été faite auprès de deux professeures qui enseignaient les soins infirmiers au collégial, une seconde (*validation interne*) a impliqué une rencontre individuelle avec les participantes. Lors de la première validation, les deux professeures qui n'avaient pas participé à la présente étude ont attentivement étudié les protocoles d'entrevues codés ainsi que les cartes de concepts correspondantes. Il est important de mentionner que chacune des deux professeures cumulaient une longue expérience dans l'enseignement des soins infirmiers au collégial, respectivement 12 et 21 ans. Une rencontre subséquente avec ces dernières a permis de clarifier l'utilisation de certains termes et de confirmer l'exactitude de l'interprétation des données.

En ce qui a trait à la deuxième validation, chacune des participantes a été contactée par téléphone en octobre 1997, afin de prendre un rendez-vous subséquent pour partager les résultats de l'interprétation de leur protocole d'entrevue. Lors des rencontres qui ont eu lieu en novembre et décembre 1997 avec chacune des 12 participantes, leurs cartes de concepts individuelles générées par l'analyse des données ont été présentées (Appendice G). Cette démarche a été faite dans le but de confirmer que le matériel recueilli et analysé traduisait justement la réalité des participantes plutôt qu'une interprétation pouvant refléter les biais personnels de la chercheuse. Suite à ces consultations, quelques modifications se sont avérées nécessaires au niveau de la définition de

certaines termes et quelques précisions ont été ajoutées. Dans l'ensemble, les répondantes se sont dites tout à fait en accord avec les catégories identifiées de même qu'avec les liens établis entre ces catégories.

L'ÉVALUATION DE LA SCIENTIFICITÉ DE LA RECHERCHE

Guba et Lincoln (1989, p. 233-243) font état de quatre critères pour évaluer la scientificité d'une recherche de type qualitatif. Ces critères qui réfèrent à la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité ainsi qu'à la confirmation sont repris et appliqués à la présente étude dans le but d'évaluer la rigueur de la méthodologie utilisée. Cependant, le dernier critère, la confirmation, ne sera pas élaboré dans les sous-sections suivantes, étant donné que dans la présente recherche, il serait redondant d'en faire la description, puisqu'il s'avère implicite au critère de crédibilité.

La crédibilité

La crédibilité de la recherche se traduit par la correspondance entre les perceptions des répondants et leur reconstruction par le chercheur. Ce critère a été respecté dans la présente étude et ce, à deux niveaux, soit durant la collecte des données et lors de l'interprétation de celles-ci. Il faut également préciser que les diverses méthodes de triangulation des données utilisées sont explicitées dans ce critère d'évaluation de la scientificité de l'étude.

Bien que l'entrevue individuelle ait été la procédure de collecte de données utilisée, les périodes d'observation directe dans les milieux d'enseignement cliniques se sont avérées des moyens utiles pour situer les propos des participantes dans leurs contextes individuels (contextualisation des informants). Ainsi, avant chacune des entrevues, la consultation des notes prises sur les sites d'enseignement a été aidante pour la remémoration de certaines situations. La recontextualisation du discours de chacune des participantes dans leur milieu propre a permis de mieux en comprendre le sens ou encore a servi de tremplin pour introduire certaines questions d'éclaircissement. Cette forme de triangulation par l'emploi de deux méthodes convergentes de collecte des données a consolidé la crédibilité de l'étude.

L'exemple suivant démontre la contribution de l'observation directe à la crédibilité de la collecte des données. Durant une entrevue avec une professeure, une situation conflictuelle entre professionnels observée dans le milieu clinique lui a été relatée. Cet exemple a fait en sorte que cette participante a pu donner libre cours à sa pensée en s'exprimant sur les contraintes des milieux d'enseignement cliniques et sur l'importance de développer des habiletés de négociatrice dans ces milieux. La session d'observation de cette même répondante a également facilité la compréhension

de ses propos sur les exigences de la tâche d'enseignement en milieu clinique. Ainsi, pour apporter des exemples de sollicitations multiples de la part des étudiantes, cette participante faisait référence à l'organisation des lieux physiques de son milieu d'enseignement. La période d'observation a donc été utile pour mieux saisir le sens du discours de cette participante lors de l'entrevue et pour les interpréter par la suite. Lors des périodes d'observation, plusieurs précautions ont été prises afin que l'observatrice demeure centrée sur le déroulement du processus d'enseignement clinique; elle s'est donc faite très discrète. Toutefois, étant donné l'expertise de l'observatrice dans le domaine de l'enseignement clinique, certaines étudiantes de deux milieux cliniques ont fait appel à ses compétences lors de l'exécution de certaines techniques de soins, leur professeure étant occupée avec des pairs. La chercheuse a alors délicatement clarifié son rôle sur le terrain, ces demandes ne se sont plus reproduites.

Le guide d'entrevue élaboré selon des thèmes précis, de même que l'enregistrement des entrevues individuelles sur bande sonore ont été des moyens d'augmenter la crédibilité de l'étude. En effet, une attention continuelle a été portée à recentrer l'interviewée sur les thématiques identifiées dans le plan d'entretien et ce, dans le but d'obtenir des informations pertinentes à la question de recherche. L'exemple suivant illustre cette préoccupation. Une participante, dont le discours s'écartait souvent de l'évaluation de l'enseignement au profit de l'évaluation des apprentissages, a dû être ramenée à maintes reprises à l'objet de recherche. Cette situation démontre non seulement le souci de sélectionner des participantes ayant la compétence requise pour transmettre des données significatives sur l'évaluation de l'enseignement clinique, mais également l'intérêt de préserver la similarité entre chacune des entrevues. Cette préoccupation a rendu l'analyse des protocoles d'entretiens plus facile, mais surtout, plus crédible. L'enregistrement des entrevues sur bande sonore a aussi été un moyen d'augmenter la précision de l'analyse des données, car cette technique d'enregistrement fidèle a facilité la saisie du contenu intégral des propos des répondantes. C'est pourquoi, même durant la période de vérification de l'interprétation des données auprès des participantes, le magnétophone a également été utilisé pour recueillir justement les précisions apportées par ces dernières.

La collecte des données qui a été effectuée auprès de deux groupes distincts d'informatrices démontre une préoccupation de confirmer la crédibilité de la présente étude en prenant en considération l'importance de la triangulation des sources. En effet, le type d'échantillonnage par choix raisonné, qui a été orienté par la problématique de recherche, de même que par l'intérêt de se référer à des informatrices multiples accroît la qualité des données recueillies et de ce fait, rend d'autant plus crédibles les résultats de la présente recherche, où les points de vue des étudiantes, tout autant que ceux des professeures ont été pris en compte.

Afin de conférer une crédibilité à cette recherche, la triangulation des observateurs (correcteurs) a été utilisée au niveau de l'interprétation des données. Cette procédure de triangulation a engagé plus d'un observateur (correcteur) pour valider l'information recueillie. Dans un premier temps, afin d'assurer la correspondance entre la reconstruction de la réalité étudiée et les opinions émises par les participantes, une démarche de validation externe auprès de deux professeures de soins infirmiers a été entreprise. Cette méthode de triangulation a accru la confiance dans l'interprétation des résultats et répondait entièrement au critère de confirmation qui exige de préserver l'objectivité des résultats. À la suite de cette première démarche de validation externe impliquant deux spécialistes, une seconde, celle-ci interne, s'est déroulée auprès de chacune des 12 participantes à la recherche. Cette technique de vérification est identifiée par Guba et Lincoln (1989, p.239) comme étant celle du *member checking*. C'est ainsi que les cartes de concepts produites à partir de l'interprétation des protocoles d'entrevue des répondantes, identifiant les différentes catégories et les liens les unissant, leur ont été présentées. Les informatrices ont corroboré l'interprétation donnée en ajoutant certaines précisions mineures. Selon Van der Maren (1995, p.480), ce critère d'évaluation est fondamental: «La crédibilité des rapports de recherche et leur diffusion tiennent, entre autres choses, au souci des chercheurs de faire contrôler la pertinence des inductions par les acteurs du terrain».

La transférabilité

Afin d'assurer la transférabilité des résultats de la présente étude, des informations exhaustives sur le contexte de l'étude ont été fournies, de même que sur la sélection et la description des participantes dans le but d'offrir suffisamment de renseignements à un utilisateur éventuel de cette recherche. Il est donc apparu important de préciser que l'étude s'est déroulée dans un contexte particulier de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières, soit celui du collégial. Il s'est aussi avéré pertinent de décrire le profil des participantes sélectionnées dans chacun des deux groupes. Ces préoccupations méthodologiques pourraient permettre à toute personne intéressée d'utiliser la présente recherche et de faire les adaptations nécessaires pour l'appliquer à sa situation. Ainsi, à la lumière des informations données, l'auteur d'une recherche ultérieure qui se concentrerait sur l'évaluation de l'enseignement clinique en sciences infirmières au niveau universitaire serait en mesure de prendre une décision quant à la transférabilité des conclusions de la présente étude à la sienne. Dans le même sens, une description détaillée de chaque étape de la collecte des données a été fournie. Le souci de contextualiser les données à l'intérieur des extraits du contenu intégral des entrevues est, par ailleurs, vérifiable dans le chapitre suivant où des passages verbatim appuient l'analyse et l'interprétation des données.

La fiabilité

Ce critère d'évaluation se rapproche de celui qui traduit la crédibilité de cette étude. Il réfère à ce que Guba et Lincoln (1989, p.242) nomment *dependability*, soit le fait que le processus soit consistant et stable dans le temps. Selon ces auteurs, la fiabilité en recherche qualitative est parallèle au critère de fidélité utilisé dans les approches quantitatives. Afin de répondre à ce critère de scientificité, l'évolution de la recherche a été soigneusement décrite, tout comme les motifs qui ont conduit à la prise de certaines décisions durant la collecte des données. Une décision importante a dû être prise lors de deux entrevues dans le groupe des étudiantes, puisque quatre d'entre elles, ont manifesté le désir de se prêter à l'entrevue en dyade. Cette situation qui est relatée dans la description du déroulement de la collecte des données confère une fiabilité à l'étude. De plus, comme les données brutes et analysées sont disponibles pour consultation, elles permettent au lecteur de vérifier l'analyse et l'interprétation des données.

LES LIMITES DE LA RECHERCHE

Bien que les critères de scientificité de la recherche aient été soigneusement décrits et expliqués dans la section précédente, la présente étude comporte toutefois certaines limites. Ces limites concernent le plan de la recherche, le contexte et la nature des milieux où s'est déroulée la recherche.

L'approche qualitative qui a été privilégiée à l'approche quantitative pour identifier l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers a certes permis d'explorer le sujet en profondeur. Cette approche est toutefois restrictive, puisque la collecte des données s'est déroulée auprès de douze participantes seulement. Ces individus ont été observés dans leurs milieux respectifs durant une journée et rencontrés en entrevue individuelle une seule fois, après la période d'observation. Quoique l'observation ait permis de situer les propos des participantes dans leurs contextes particuliers lors des entrevues, une seconde séance d'observation faite après les entretiens aurait pu introduire d'autres précisions, particulièrement au regard de la notion du rôle. De plus, comme leur profil descriptif en fait foi, les professeures hautement qualifiées dans l'enseignement en milieu clinique ont démontré un grand enthousiasme pour cette recherche, il n'est pas exagéré de dire qu'aucune d'elles n'y a pris part par devoir. Cet enthousiasme et cette vaste expérience étaient des atouts certains. Cependant, il est permis de s'interroger sur les résultats qui auraient été générés par des participantes plus novices dans l'enseignement clinique.

Les deux groupes de participantes sélectionnées sont issues d'un programme spécifique de formation infirmière au Québec, soit celui du collégial. Les résultats obtenus ne peuvent

s'appliquer qu'à ce niveau de formation. Pour la même raison, l'enseignement clinique tel que pratiqué dans les cégeps québécois n'est pas comparable en tout point à l'enseignement clinique des soins infirmiers donné dans d'autres provinces canadiennes ou dans d'autres pays.

Les professeures et les étudiantes sélectionnées pour la présente recherche évoluaient dans des milieux hospitaliers. Or, certaines institutions collégiales offrent à leurs étudiantes des sessions d'enseignement clinique dans les milieux de soins communautaires (CLSC). Aucune des participantes ne s'est référée à ces milieux pour traiter de l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique. Il faut souligner que ces milieux cliniques présentent des modes de fonctionnement différents des centres hospitaliers, ce qui aurait pu influencer les perceptions des participantes et, de ce fait, générer des résultats différents. Une précision supplémentaire concerne la situation géographique des milieux cliniques visités qui, il faut le rappeler, étaient tous situés en région urbaine. Dès lors, il est possible que les résultats obtenus ne soient pas nécessairement le reflet de la réalité de l'enseignement clinique en soins infirmiers dans les régions éloignées.

CHAPITRE IV – LA PRÉSENTATION ET L'ANALYSE DES RÉSULTATS

La présentation et l'analyse des résultats des trois questions de recherche font l'objet de ce chapitre. Elles sont basées sur le contenu des entrevues semi-structurées et des périodes d'observation directes effectuées auprès de professeures et d'étudiantes en soins infirmiers. Les données ont été classifiées sous forme de catégories et de sous-catégories. Les catégories définitives sont apparues à la fin d'un processus rigoureux d'analyse et d'interprétation. Ainsi, la détermination des unités d'analyse a généré des catégories provisoires, lesquelles ont été à nouveau traitées par un processus de codage de type mixte. À la suite de cette étape, les liens entre chacune des catégories ont été établis. Une étude approfondie des données s'est poursuivie et les catégories définitives de même que les sous-catégories sont ressorties comme étant un reflet fidèle du contenu des propos des participantes.

Le présent chapitre se divise en trois parties organisées de façon similaire. La première est centrée sur la présentation et l'analyse des résultats de la question portant sur l'identification des composantes du processus de l'enseignement clinique. À la suite de cette présentation, un résumé analytique fait ressortir les points saillants des résultats de la première question de recherche. La seconde partie est orientée sur les résultats touchant les éléments de l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers; le résumé analytique de ces résultats complète cette deuxième partie. Le troisième volet du chapitre est consacré à présenter et analyser les résultats concernant la notion du rôle en milieu clinique, soit la clarté de la fonction d'enseignement et l'utilisation du modèle de rôle. Chacune de ces notions touchant le rôle est reprise dans un résumé analytique.

LE PROCESSUS DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

Le processus d'enseignement clinique tel que conçu et vécu par les participantes permet de mieux comprendre leurs perceptions concernant l'objet de l'évaluation pour cet aspect de l'enseignement. Cette façon de faire respecte non seulement le discours des répondantes, mais est également en accord avec les éléments abordés dans le cadre conceptuel. C'est pourquoi, en premier lieu, il est important de considérer le point de vue des participantes sur la définition de l'acte d'enseigner en milieu clinique car, comme le cadre conceptuel en témoigne, l'acte d'enseigner est le pivot sur lequel se greffent des facteurs d'influence. Ces facteurs d'influence sur le processus d'enseignement clinique sont également essentiels à relever, puisqu'ils enclenchent l'identification et surtout l'explication des éléments à considérer pour situer justement l'objet de l'évaluation de cet aspect de l'enseignement. En réponse à la première question de recherche (« *Quelle est la conception des participantes au regard des composantes du processus de l'enseignement clinique?* »), les résultats suivants sont présentés.

Le Tableau 3 fait voir la classification finale des catégories qui ont émergé des propos des participantes pour définir les composantes du processus de l'enseignement clinique. Ces catégories sont: la conception, le but et les facteurs d'influence.

Tableau 3 — *Définition du processus de l'enseignement clinique*

<i>Conception</i>	<i>But</i>	<i>Facteurs d'influence</i>	
		<i>Intrinsèques</i>	<i>Extrinsèques</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Notion de relation privilégiée • Notion de réalité 	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission de la pratique selon une approche globale • Transmission de la pratique pour la maîtrise des techniques de soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Valeurs personnelles et professionnelles de la professeure • Expérience professionnelle de la professeure en tant qu'infirmière • Formation académique(niveau) • Formation académique(domaine) • Expérience antérieure en tant qu'étudiante 	<ul style="list-style-type: none"> • Milieu d'enseignement imprévisible • Objectifs du programme de soins infirmiers • Client • Niveau de formation des étudiantes • Attitude des étudiantes

La conception de l'enseignement clinique

L'ensemble des répondantes s'accorde à dire que l'enseignement clinique des soins infirmiers présente un caractère particulier qui le distingue de l'enseignement théorique. Cette étudiante l'exprime d'une manière spontanée:

*L'enseignement en classe, non non c'est pas pareil à l'enseignement en stage! Enseigner en avant avec un tableau, c'est pas pareil comme aller avec les étudiants et leur montrer des choses.
(E: 3. p.8 lignes 7-9)*

Cette notion de caractère particulier, énoncée de façon simple dans l'extrait précédent, est mise en évidence de façon plus explicite lorsque les participantes exposent leur conception du processus d'enseignement en milieu clinique. Les répondantes perçoivent ce volet de l'enseignement comme une relation privilégiée qui s'établit entre les deux parties, l'enseignante et l'apprenante. La qualité de cette relation facilite l'atteinte du but ultime de l'enseignement en milieu

clinique, soit la transmission de la pratique infirmière dans un contexte réel qu'est le milieu clinique.

A. La relation privilégiée

Pour les deux groupes de répondantes, la conception de l'enseignement clinique se réfère tout d'abord à la notion de relation privilégiée entre la professeure et ses étudiantes dans le milieu clinique. Deux participantes rendent fort bien le statut qu'elles confèrent à cette relation:

Des fois, j'ai l'impression de jouer un peu à la mère de famille, sans faire du maternage, de comprendre. Elles me permettent d'être féconde. (P: 3. p. 8 lignes 17-18)

On est ses enfants, puis tu sais on va de l'avant, on fait un beau travail d'équipe, puis on va l'avoir. Moi c'est comme ça que je vois le prof idéal. (E: 6. p. 3 lignes 26-28)

Cette coïncidence dans la complémentarité des propos précédents est d'autant plus frappante que ces deux participantes n'ont aucun lien entre elles. La professeure provient d'un milieu de soins pédiatriques, l'étudiante, d'un milieu de soins palliatifs. Même si les autres répondantes ne traduisent pas leur conception de la relation privilégiée d'une manière aussi *maternelle*, elles y font allusion, non seulement en début d'entrevue, mais tout au long de celle-ci. Le discours du seul professeur qui est de sexe masculin ne fait pas exception à celui de ses pairs de l'autre sexe. Au contraire, ce participant fait preuve d'une grande sensibilité à la fois envers ses étudiantes et envers la qualité de sa relation avec ces dernières.

Les professeures s'entendent également sur le fait que le nombre restreint d'étudiantes en milieu clinique contribue à accroître la qualité du contact:

C'est sûr t'es avec six personnes, c'est plus facile d'avoir un contact, puis l'enseignement est individuel, il est beaucoup plus adapté à chacun. (P: 2. p. 4 lignes 12-14)

Premièrement j'ai moins de personnes avec moi, je suis dans un contact beaucoup plus intime que dans un groupe-classe... en classe, je ne suis quand même pas dans un contact aussi privilégié. (P: 4. p. 5 lignes 6-12)

Les étudiantes sont aussi très sensibles à la qualité du contact en milieu clinique. Elles considèrent que le petit nombre d'étudiantes fait en sorte que les professeures leur accordent une certaine individualité:

Quand on est dans la classe, on est une personne dans la classe, tandis que quand tu es en stage, ils commencent par mettre un nom sur ton visage, puis ils sont capables d'identifier tes forces et tes faiblesses... (E: 3. p.8 lignes 13-15)

B. La réalité

De plus, la notion de réalité est toujours présente dans le discours des participantes. Les professeures décrivent l'expérience d'enseignement-apprentissage en milieu clinique comme étant l'intégration et l'application des connaissances théoriques dans *des situations réelles de soins infirmiers* qui font appel à la *collaboration avec le milieu*, permettant ainsi de répondre aux objectifs du programme de soins infirmiers.

Une professeure expose son point de vue en disant:

L'enseignement clinique, c'est finalement la vraie vie d'hôpital, avec les notions qu'on apprend en classe! (P: 1. p. 1 lignes 5-6)

Elle avoue, par surcroît, son intérêt pour la dimension clinique de l'enseignement en soins infirmiers:

Des fois, tu vois une étudiante faire le déclic: «Il me semble que je n'avais jamais vu ça comme ça avant.» Parce qu'elles ne sont pas nécessairement dans le réel, puis moi j'aime ça parce que le réel est là! (P: 1. p.10 lignes 10-13)

Cette autre professeure illustre à son tour la réalité de l'enseignement clinique:

Bien, c'est une expérimentation de ce qu'on s'est entendu qu'on inscrit dans le devis. Ça, c'est peut-être la première chose là, c'est très rationnel. La deuxième chose, c'est peut-être leur donner qu'est-ce que c'est le vrai métier...C'est de les initier à ce que c'est la profession. (P: 6. p.1 lignes 15-17)

Les participantes des deux groupes utilisent plusieurs expressions pour traduire la notion de réalité. Des expressions comme *être sur le plancher*, *être dans le réel*, *donner le vrai métier*, *la vraie vie d'hôpital*, *au travail à l'hôpital* font partie de leurs propos en cours d'entrevue.

Même s'il ne leur a pas été demandé d'établir leur niveau de préférence entre les deux volets de l'enseignement en soins infirmiers, il demeure que les professeures, à un moment ou à un autre de l'entrevue, en ont parlé. Seulement deux des six professeures interrogées disent qu'elles sont également intéressées par les deux aspects de l'enseignement, puisque, selon elles, les deux font appel à la pédagogie. Par contre, les quatre autres démontrent manifestement une préférence pour l'aspect clinique de l'enseignement qu'elles attribuent à leur formation première d'infirmière.

Les étudiantes relèvent aussi l'aspect réel rattaché à l'enseignement clinique. Toutefois, pour ces dernières, la réalité semble être davantage reliée à l'action concrète qu'elles peuvent exercer dans le milieu clinique pour combler les lacunes entre les connaissances théoriques apprises et la réalité vécue dans les milieux de travail. En effet, les étudiantes déplorent que le corpus de

connaissances théoriques qui leur est livré dans le milieu collégial ne corresponde pas toujours à ce qu'est *travailler à l'hôpital*:

... comment savoir travailler à l'hôpital, ce n'est pas toujours ce qu'on apprend à l'école... (E: 4. p.1 lignes 16-17)

Pour ces dernières l'enseignement clinique est la mise en pratique des connaissances théoriques apprises en salle de cours pour favoriser l'*adaptation à la réalité* des milieux de travail.

C'est être à l'hôpital, c'est de mettre en pratique ce qu'on a appris en laboratoire. C'est en apprendre plus, parce que des fois on va adapter la théorie à la pratique pour aller chercher de l'expérience. (E: 3. p.1 lignes 12-14)

Les conceptions des deux groupes au regard du caractère intimiste de la relation professeure-étudiantes en milieu clinique sont similaires. Toutefois, en ce qui concerne la notion de réalité, également associée à la dimension clinique de l'enseignement en soins infirmiers, chacun des deux groupes de participantes exprime des propos plus nuancés. Ces nuances viennent teinter leur définition du but de cet enseignement. Ainsi, bien que chacun des groupes statue sur le but incontestable de l'enseignement clinique qui est de transmettre la pratique infirmière, les points de vue de chacun des groupes se polarisent en ce qui a trait à la signification même qu'elles accordent au terme pratique infirmière. La section suivante expose cette polarité d'opinion.

Le but de l'enseignement clinique

Les deux groupes de participantes considèrent le but de l'enseignement clinique d'une façon différente. Les professeures se prononcent sur le but de l'enseignement clinique qui est de transmettre la pratique infirmière selon une vision globale du client, c'est-à-dire de ramener les étudiantes à *être* plutôt qu'à *faire*. Par contre, les étudiantes y voient plutôt une occasion de faire des choses.

A. La transmission de la pratique infirmière selon une approche globale

Les six professeures interviewées sont unanimes à dire que la transmission de la pratique doit permettre à l'étudiante d'appliquer la globalité des soins à dispenser au client et ce, selon les prescriptions du curriculum du programme de soins infirmiers au collégial, de même que selon les perspectives de la profession infirmière émises par l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (O.I.I.Q). Dans ce sens, elles se voient comme des expertes dans le domaine:

Moi je me vois comme la personne-ressource. Je suis la personne qui, bon c'est moi qui a l'expertise dans les apprentissages des étudiantes. Alors ce que je fais, c'est d'essayer, pas juste essayer, c'est de toujours avoir en tête euh... la démarche, c'est-à-dire un client qui a un problème de santé..., puis pour lequel l'étudiante doit donner des soins, mais en ayant en tête l'approche

globale... Tu es là pour remettre l'étudiante dans sa réalité d'apprenante, mais à tous les niveaux. (E: 1. p.1 lignes 9-17)

Toutes les professeures disent que les objectifs du programme d'enseignement en soins infirmiers auxquelles elles sont soumises font en sorte qu'elles doivent composer avec cette globalité de l'enseignement. Elles mentionnent que la transmission de la pratique selon une globalité s'opère par l'influence des cinq fils conducteurs qui constituent le canevas du programme de soins infirmiers au collégial. Ces fils conducteurs axent sur:

1. La démarche de soins qui est l'instrument de travail des infirmières pour planifier les soins.
2. La communication où les étudiantes doivent apprendre à développer la relation d'aide auprès du client.
3. L'actualisation de soi qui permet aux étudiantes de travailler sur la connaissance de soi.
4. L'engagement professionnel qui se centre sur l'acquisition des valeurs professionnelles.
5. La connaissance de la personne qui met l'accent sur les connaissances théoriques des problèmes de santé.

Lorsque les professeures parlent du concept de globalité relié à la transmission de la pratique infirmière, elles se réfèrent essentiellement à l'importance de sélectionner des expériences structurées d'apprentissage qui vont permettre aux étudiantes d'acquérir les habiletés requises pour la pratique des soins infirmiers. Ces habiletés, qui découlent des cinq fils conducteurs précédents, sont d'ordre intellectuel, interpersonnel, intrapersonnel, moral, politique et psychomoteur. Selon ce concept de globalité, les professeures se préoccupent de transmettre une pratique où les étudiantes apprennent comment le client se maintient en santé et comment il la recouvre; font les liens entre leur engagement professionnel et la qualité des soins qu'elles dispensent; développent leur connaissance de soi pour améliorer leur relation thérapeutique avec les clients.

Les témoignages de trois professeures concrétisent le sens qu'elles accordent au concept de globalité:

C'est au-delà de la connaissance, c'est-à-dire qu'il y a toute une application pratique. C'est d'apprendre les fils conducteurs...Or évidemment tous ces fils-là doivent s'intégrer... (P: 5. p.1 lignes 8-13)

Quand je suis en stage avec une étudiante, c'est que j'essaie au niveau du tout, autant je veux moi qu'elle prenne la charge du patient dans son ensemble... Je veux qu'elle aussi... elle se prenne en charge et qu'elle travaille des changements autant au niveau technique, qu'au niveau personnel. (P: 4. p. 2 lignes 23-28)

On dirait souvent qu'elles (étudiantes) sont comme *déconnectées*: le cégep, c'est le cégep et l'hôpital, c'est une autre affaire! Je veux développer leur jugement clinique en situation de stage... évaluer une situation, puis être capable d'intervenir adéquatement. (P: 2. p.1 13-21)

Les professeures, tout comme les étudiantes, considèrent que l'apprentissage des techniques de soins est une partie non négligeable de la pratique infirmière. Contrairement aux étudiantes, qui avouent vivre un niveau de stress très élevé en rapport avec la pratique des techniques de soins et qui désirent en faire le plus possible, les professeures ne considèrent pas la pratique infirmière selon cette seule dimension. C'est pourquoi, elles sont particulièrement attentives dans leur discours et dans leur action à le rappeler aux étudiantes. L'observation directe d'une professeure et de ses étudiantes dans un des milieux d'enseignement clinique visité a permis de vérifier cette conviction, d'où les propos de cette professeure:

Elles sont insécures face à leurs techniques de soins, il faut qu'elles comprennent qu'être infirmière est plus qu'exécuter des techniques. Aussi, je fais une post-clinique (enseignement théorique dans le milieu) par semaine où elles doivent s'impliquer et comprendre le sens des soins infirmiers. (P: 2. journal de bord, p. 1)

Deux autres professeures expriment un point de vue similaire:

... il faut jamais tomber dans le piège de répondre aux désirs des étudiantes de seulement pratiquer des méthodes (techniques) de soins, qui est le piège, des fois, des soins infirmiers, d'être une technicienne. (P: 1. p.1 lignes 14-16)

Je leur dis: «Les techniques il faut être très habile, parce que c'est un prétexte pour soigner les patients». (P: 6. p.7 lignes 21-22)

B. La transmission de la pratique infirmière pour la maîtrise des techniques de soins

Le discours de *toutes* professeures est centré sur la notion de transmettre la pratique infirmière selon une globalité. Par contre, celui de *toutes* étudiantes est porté vers l'atteinte d'une aisance et pour certaines, d'une maîtrise de la pratique des techniques de soins. Les étudiantes rencontrées, qui sont en fin de programme (dernière session de cours et d'enseignement clinique), avouent appréhender leur entrée sur le marché du travail et c'est pourquoi, elles se disent continuellement préoccupées par l'exécution des habiletés techniques inhérentes à la pratique infirmière:

Je sais que je vais avoir encore des choses à apprendre sur le marché du travail, mais la base, il faut que je la connaisse. (E: 4 p. 12 lignes 19-20)

Au cégep on est des techniciennes, on apprend beaucoup de techniques, ce qui fait que c'est essentiel, surtout en troisième année, qu'on les possède sur le bout de nos doigts. (E: 5 p.18 lignes 20-21)

Le prof, elle est là pour te donner des techniques qui pourraient t'aider à aller plus de l'avant en apprentissage. (E: 6. p.6 lignes 6)

Les deux derniers énoncés font contraste avec les affirmations précédentes des professeures. Pour la professeure no 1, être une technicienne peut être considéré comme *un piège* en soins infirmiers, alors que l'étudiante no 5 considère l'apprentissage de cette dimension de la pratique infirmière comme étant *essentiel*. Les propos de cette étudiante font également écho à celui de la professeure no 6, pour laquelle les habiletés techniques sont des *prétextes* pour soigner les patients.

L'analyse de leur discours permet de faire la distinction entre les positions des deux groupes concernant la transmission de la pratique infirmière qui se situe au niveau des dimensions être et faire. D'une part, deux professeures illustrent la dimension être, qui est pour la première participante, d'amener l'étudiante à sentir les choses en réfléchissant sur ses émotions et ses sentiments lorsqu'elle dispense des soins infirmiers. Pour la deuxième personne, aider l'étudiante à être, c'est la faire cheminer dans une réflexion et une pensée critique. D'autre part, la position de toutes les étudiantes est très axée sur la notion de faire et les exemples de situations qu'elles relatent en milieu clinique se situent continuellement au niveau de l'action concrète.

Les opinions des professeures et des étudiantes diffèrent considérablement sur les dimensions premières à transmettre dans la pratique. Néanmoins, chacun des deux groupes a identifié d'une façon très similaire les facteurs d'influence sur le processus d'enseignement clinique.

Les facteurs d'influence sur le processus d'enseignement clinique

La relation privilégiée qui s'instaure entre la professeure et les étudiantes dans le processus d'enseignement clinique est tributaire de divers facteurs. Ces facteurs d'influence font en sorte que l'aspect clinique se démarque de l'aspect théorique et exige, de la part de la professeure, des habiletés qui débordent largement la considération pédagogique, pourtant une composante majeure de l'enseignement en salle de cours.

L'identification des facteurs d'influence revêt une importance particulière, puisqu'elle permet d'introduire la section suivante où l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique est relevé. La présente section se limite toutefois à l'énumération des facteurs d'influence, puisque chacun de ceux-ci sera situé et explicité en rapport avec les cinq compétences qui ont été dégagées comme objet de l'évaluation de l'enseignement clinique.

Les participantes mettent en évidence plusieurs facteurs qui influencent la relation privilégiée d'enseignement en milieu clinique. L'analyse de ces facteurs a permis de les catégoriser comme étant de nature intrinsèque et extrinsèque, bien que ces qualificatifs n'aient pas été utilisés par les répondantes. Dans le but de clarifier la catégorisation de ces facteurs, ces brèves définitions s'imposent.

Facteurs d'influence intrinsèques: qui sont intérieurs à la professeure, qui appartiennent à l'essence même de cette personne et ne lui sont pas imposés par son milieu ou sa fonction.

Facteurs d'influence extrinsèques: qui sont extérieurs à la professeure, qui n'appartiennent pas à l'essence même de cette personne, ils lui sont imposés par son milieu ou sa fonction.

A. Les facteurs intrinsèques

Les facteurs d'influence de nature intrinsèque identifiés au sein des deux groupes sont:

1. Les valeurs personnelles et professionnelles de la professeure. Les répondantes attribuent incontestablement une grande importance aux valeurs, puisque quatre, parmi les six étudiantes et cinq des six professeures les relèvent. Le professeur no 5, seul représentant masculin de son groupe, met particulièrement l'accent sur l'importance de ses valeurs personnelles et professionnelles dans sa relation avec les étudiantes en milieu clinique.

Bien, parce que chacune a des valeurs différentes. Ce professeur-là, c'est important qu'elle voit les techniques, puis l'autre, de nous faire confiance. (E: 2. p.11 lignes 3-4)

Mais je suis teinté de mes valeurs professionnelles, je suis infirmier et cette profession on l'a choisie pour x raisons, mais elle est remplie de valeurs. Puis en pédagogie c'est d'autres valeurs... alors une de mes valeurs, puis je l'ai prônée pendant longtemps, c'est entièrement l'autonomie de l'étudiant. (P: 5. p.16 lignes 27-31)

2. L'expérience professionnelle de la professeure en tant qu'infirmière. La signification de l'expérience est unanimement reconnue par l'ensemble des participantes, à l'exception d'une professeure. En effet, tout au cours de son entrevue, cette dernière n'y a jamais fait allusion de façon implicite ou explicite.

Mais, professeure X ... elle travaille plus comme infirmière, mais elle a beaucoup d'expérience en arrière d'elle. Elle a vraiment fait beaucoup de choses... (E: 5. p. 13 lignes 30-32)

... j'ai au-dessus de 25 ans d'expérience et ça je trouve ça important de bien l'identifier. Quand on se retrouve à l'heure du repas ou à la post-clinique, je fais exprès pour raconter aux étudiantes les gaffes que j'ai faites comme jeune infirmière. (P:3. p.9 lignes 2-4)

3. Le domaine de la formation académique. Ce facteur et le suivant sont uniquement ressortis par les professeures. Ils sont de moindre importance, non pas parce qu'ils sont tirés des propos des professeures, mais plutôt dû au fait que peu de personnes s'y sont arrêtées.

... je me suis tapé un petit cours pour apprendre à ne pas évaluer, mais entrer en relation avec une étudiante à qui tu vas lui annoncer qu'elle a un échec... après ça, je suis allé en éducation, uniquement pour mieux enseigner. (P: 5. p.24 lignes 18-33)

4. Le niveau de formation. Ce dernier facteur intrinsèque est aussi identifié par deux professeures, qui sont les mêmes à s'être arrêtées à l'influence du domaine de formation.

... de ne plus faire ce que les autres font, être prêt à vivre avec ce que l'on est, mais je pense que c'est la maîtrise en éducation qui m'a donné le courage de défendre ce que je fais... (P: 5 p. 25 lignes 8-10)

5. L'expérience antérieure de la professeure en tant qu'étudiante. L'expérience antérieure en tant qu'étudiante qui mérite la considération de trois professeures est par ailleurs totalement ignorée des étudiantes. Même si seulement la moitié du groupe des professeures le cite, celles qui le mentionnent en ont longuement discuté.

... on a juste à se remémorer nous aussi quand on était en situation d'apprentissage, c'est vrai qu'on se centre tellement sur la technique qu'on ne voit pas le reste. C'est bon de le vivre... (P: 2. p.9 lignes 22-24)

B. Les facteurs extrinsèques

Les facteurs d'influence de nature extrinsèque identifiés par les deux groupes sont plus nombreux. Ils sont mentionnés par ordre d'importance, selon le nombre de participantes qui les rapportent:

1. Les objectifs du programme d'enseignement. Ce facteur est rapporté par la presque totalité des professeures et la totalité des étudiantes. La seule personne qui ne l'a pas mentionné d'emblée est une professeure. Cette dernière avance plutôt que l'évaluation est une contrainte à sa relation avec ses étudiantes. Même si cette précision peut laisser supposer que l'évaluation des objectifs du programme de soins infirmiers exerce une influence négative un fait demeure, elle en parle:

Je vais parler de ce que je souhaiterais que ce soit. Moi je souhaiterais que je sois libérée de noter les stages et de noter des élèves en stage, ça là moi je trouve que c'est la pire des contraintes... ça fait partie de mon devoir comme enseignante de les noter... (P: 3. p.1 lignes 9-11)

Cette étudiante le dit également:

C'est bien beau que la prof ait une feuille d'objectifs à remplir, mais il faut qu'elle soit capable de nous suivre aussi... (E: 2 p.6 lignes 25-26)

2. Le milieu d'enseignement imprévisible. Toutes les professeures s'entendent sur l'influence de l'imprévisibilité des milieux:

Parce que, dans une salle de cours, on contrôle plus d'aspects. Tandis qu'en milieu clinique, on contrôle beaucoup moins et de un, l'évolution de la situation de l'enfant qui est malade, on ne contrôle pas ça, euh... juste la culture du milieu qu'on ne contrôle pas... tandis qu'en salle de cours, bien on a à faire de la gestion de notre matière pour la rendre absorbable, c'est de la gestion au niveau pédagogique... (P: 3. p.10 lignes 17-20)

Pour une seule étudiante, l'influence du milieu est un facteur d'importance secondaire, alors que pour les cinq autres cette influence est neutralisée par les habiletés de négociatrice de la professeure:

C'est d'avoir quelqu'un qui va être compétent, qui va savoir comment le département fonctionne, qui va pouvoir nous intégrer au département... c'est quelqu'un qui fait le lien avec le département. (E: 4. p. 2 lignes 8-13)

3. Le client. Toutes les participantes sont en accord sur l'importance de considérer le client. Les professeures ne peuvent pas dissocier leur intérêt pour le client (problème de santé, soins, confort, besoins) du processus d'enseignement clinique.

Alors je leur dis cette valeur première. Je leur dis que la valeur aussi, c'est le confort maximum du patient. Je m'attends à ce qu'il soit confortable le temps de son hospitalisation et qu'il n'en garde pas un traumatisme. (P: 5. p.7 lignes 32-34)

Chez les étudiantes la présence d'un client réel est un facteur de stress important.

... quand tu as maîtrisé ta technique au laboratoire avant ton stage, il n'y a pas de stress au laboratoire. Tu travailles avec des mannequins de plastique, puis t'as pas peur de leur faire mal. (E:3. p.10 lignes 9-11)

4. Le niveau de formation des étudiantes (1ère, 2e ou 3e année). Les professeures sont toutes très sensibles à l'influence de ce facteur, alors que plus de la moitié des étudiantes l'ont mentionné.

Tu sais en 300 (troisième session des six sessions de formation), les élèves arrivent et ils ont quelques jours de stage de faits...je suis plus encadrante en 300, il le faut. (P:3. p.4 lignes 21-25)

C'est sûr qu'en première année, les étudiantes elles ont pas assez de connaissances pour faire les liens entre la théorie et la pratique. Mais rendu en quatrième, cinquième ou sixième session, je trouve que c'est quelque chose de vraiment essentiel qu'un professeur doit faire. (E: 5 p.17 lignes 30-33)

5. L'attitude des étudiantes. À cet ensemble de facteurs, trois professeures ajoutent que l'attitude des étudiantes interfère dans la qualité de la relation d'enseignement-apprentissage en milieu clinique:

... bien, il faut qu'elle te fasse confiance, puis moi ça se traduit cette confiance-là, il faut qu'elle soit intègre. (P: 6. p.21 lignes 14-15)

Le résumé analytique

Il n'est pas surprenant de constater que les étudiantes, tout comme les professeures, ne remettent pas en question le caractère particulier qui distingue l'enseignement clinique de celui donné en salle de cours. Une certaine intuition, née de la consultation des écrits, pouvait le laisser présager. Toutefois, l'analyse de leurs propos dans lesquels elles livrent leur conception de l'enseignement clinique et le but qu'elles lui confèrent enrichit la connaissance sur la définition du processus de l'enseignement en milieu clinique.

Les deux notions auxquelles toutes les participantes se réfèrent à maintes reprises sont, la relation privilégiée qui s'instaure entre l'enseignante et l'apprenante en milieu clinique de même que l'aspect réel rattaché à ce volet de l'enseignement. Une telle conception peut paraître à tout le moins, différente, puisque dans ce contexte spécifique d'enseignement, les notions sur l'évaluation ne sont pas mentionnées d'emblée.

Le caractère intimiste qu'elles accordent à la relation dans la situation d'enseignement-apprentissage fait écho au discours de Scanlan (1996/1997) qui souligne que l'enseignement clinique est *le coeur* des programmes de formation infirmière. Les participantes, en raison de l'importance qu'elles allouent à la relation professeure-étudiantes, en font ainsi *le coeur* du processus d'enseignement clinique.

Les participantes mettent à nouveau en évidence les particularités de l'enseignement clinique en abordant la notion de réalité, toujours présente. Les professeures apprécient enseigner dans cette réalité qui permet aux étudiantes d'appliquer l'ensemble des notions théoriques reçues en salle de cours. Les étudiantes croient plutôt que l'apprentissage en milieu clinique les aide à combler l'écart entre l'idéal enseigné et la pratique réelle de la profession infirmière. Cette précision est à retenir, car elle vient teinter leur définition du but de l'enseignement clinique.

L'approche qualitative utilisée a permis d'identifier le but de l'enseignement clinique en soins infirmiers, mais surtout de faire voir la différence entre les positions des professeures et des étudiantes. Pour toutes les participantes, le but de l'enseignement clinique est de transmettre la pratique infirmière. Cependant, les opinions des deux groupes se polarisent en ce qui a trait à la

signification même qu'elles accordent au terme *pratique infirmière*. D'une part, les six professeures sont formelles, la pratique infirmière qu'elles veulent transmettre aux étudiantes est d'abord basée sur la notion *d'approche globale au client*. D'autre part, les six étudiantes sont tout aussi formelles quand elles disent que l'apprentissage de la pratique infirmière est d'abord *centré sur les techniques de soins*. Les professeures veulent enseigner à *être* infirmière, les étudiantes veulent apprendre à *faire*.

Cependant, les positions des deux parties se rallient dans l'identification des facteurs qui influencent la relation d'enseignement-apprentissage en milieu clinique. Ces nombreux facteurs de nature intrinsèque et extrinsèque font en sorte que les participantes cernent l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique en présentant un éventail de cinq compétences principales à l'intérieur desquelles s'insèrent plusieurs compétences satellites.

En somme, les résultats font ressortir les points saillants suivants quant à la première question de recherche, soit la conception des participantes au regard des composantes du processus de l'enseignement clinique:

1. La relation privilégiée entre la professeure et ses étudiantes est au coeur du processus d'enseignement clinique en soins infirmiers.
2. Le but de l'enseignement clinique est la transmission de la pratique infirmière.
3. Mais quelle pratique infirmière? Pour les professeures, elle est basée sur la notion d'approche globale, alors que pour les étudiantes elle se réfère à la notion de faire.

LES ÉLÉMENTS DE L'OBJET D'ÉVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

Même si les participantes ont apporté des opinions éclairées sur la définition et les composantes du processus de l'enseignement clinique, il demeure que la majeure partie de chacun des entretiens a porté sur la question de l'évaluation de l'enseignement en milieu clinique, le principal intérêt de cette étude. En réponse à la deuxième question de recherche (« *Quels sont les éléments sur lesquels devrait porter l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers au collégial? »*), les résultats suivants sont présentés.

L'analyse des données permet d'énoncer que les éléments¹ d'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers devrait comporter cinq compétences principales. Ces compétences sont (a) humaine, (b) pédagogique, (c) technique, (d) professionnelle infirmière et (e) organisationnelle.

Il paraît toutefois approprié de situer le contexte qui a généré une telle catégorisation. Les participantes, qui se sont tout d'abord prononcées sur leur conception de l'enseignement clinique, accordent à celle-ci un caractère particulier. Elles prétendent que les notions de réalité et de relation privilégiée entre la professeure et ses étudiantes ne se retrouvent pas dans l'enseignement donné en salle de cours. Dès lors, les répondantes, qui mettent l'accent sur la qualité de la relation qui s'instaure entre les deux parties, introduisent les éléments d'évaluation de l'enseignement clinique. Ainsi, pour ces dernières, le maintien de la qualité de la relation est imputable à la professeure, car en milieu clinique elle se doit de gérer les nombreux facteurs qui influencent cette relation. En réponse à ces facteurs d'influence, la professeure développe des compétences principales auxquelles se greffent des compétences satellites. Ces dernières sont davantage explicitées par des indicateurs. Dans cette étude, les sens accordés à ces trois termes sont les suivants:

1. *Compétence principale*: savoir y faire d'ordre général englobant toutes les interactions sociales, cognitives, affectives et psychomotrices entre la professeure et la réalité du milieu clinique (Perrenoud, 1997, p. 63, définition adaptée par l'auteure de cette étude).
2. *Compétence satellite*: savoir y faire spécifique permettant d'illustrer concrètement une compétence principale (définition de l'auteure de cette étude).
3. *Indicateur*: élément qui renseigne sur le développement d'une compétence satellite (définition de l'auteure de cette étude).

Les compétences principales sont reliées aux multiples dimensions de l'enseignement clinique, soit humaine, pédagogique, technique, professionnelle infirmière et organisationnelle. C'est pourquoi la catégorisation finale des compétences principales comme éléments d'évaluation de l'enseignement clinique est apparue.

Afin de compléter la définition du terme compétence énoncée plus tôt dans le second chapitre, certaines précisions sont de mise. Les participantes considèrent les éléments d'évaluation de l'enseignement clinique selon ce que Perrenoud (1997) décrit comme étant un *savoir y faire* plutôt qu'un *savoir-faire*. Selon ce dernier, tout savoir-faire est une compétence, mais une compétence peut être plus complexe, plus ouverte, plus flexible qu'un savoir-faire et plus articulée à des connaissances théoriques (p. 35). *Le sens du discours des participantes est nettement orienté*

¹. Afin d'alléger le texte l'expression "éléments d'évaluation" sera utilisée, plutôt que l'expression "éléments de l'objet d'évaluation".

vers la notion de compétence, plus complexe que le simple savoir-faire. De plus, les expressions compétences principales et compétences satellites ont été empruntées à Perrenoud, car elles rendent bien le sens donné aux compétences.

La compétence humaine

Le discours des professeures et des étudiantes est continuellement empreint des termes suivants: adaptation avec les étudiantes et avec le personnel en place; présence aux étudiantes; souplesse avec les gens des milieux. Les qualités personnelles et interpersonnelles qui influencent les relations avec les étudiantes, tout autant qu'avec le personnel soignant dans le milieu d'enseignement clinique, peuvent être reliées à la compétence humaine. Sans avoir été appelées à se prononcer sur le niveau d'importance qu'elles accordent à chacune des compétences, les étudiantes ressortent nettement la compétence humaine comme étant le premier élément de l'évaluation de l'enseignement en milieu clinique. Deux d'entre elles introduisent leur conception de l'enseignement clinique en se référant d'abord à leur appréciation des qualités humaines de leur professeure:

Pour moi, l'enseignement clinique, c'est plutôt avoir un professeur compréhensif, qui a beaucoup de respect... (E: 1 p.1 lignes 7-8)

Dans l'enseignement clinique, c'est un prof qui est là pour nous aider, pas pour toujours nous dire nos défauts là. (E: 2 p.1 lignes 11-12)

Cependant, la moitié de ce groupe de répondantes nuancent leurs propos sur l'importance de cette compétence. En effet, en se référant à leur expérience des cinq sessions antérieures d'enseignement clinique, elles avouent que la compétence humaine est davantage significative pour établir la relation avec les étudiantes qui sont en début de programme, alors que les étudiantes de troisième année (fin de programme) privilégient d'abord la compétence pédagogique.

Les professeures rapportent aussi l'importance de développer la compétence humaine, mais ne la citent pas en premier lieu, sauf deux d'entre elles. Bien que cette compétence ne fasse pas partie intrinsèque de leur conception de l'enseignement clinique, il n'en demeure pas moins qu'elles la jugent importante. La mention de la compétence humaine en début d'entrevue n'est pas étrangère aux propos précédents des répondantes qui ont défini le processus de l'enseignement clinique comme étant tout d'abord une relation privilégiée entre la professeure et ses étudiantes. Une professeure considère que l'aspect humain doit être pris en considération, car la situation d'apprentissage en clinique génère une large part de stress chez les étudiantes. Une autre accorde une place prépondérante à la compétence humaine, afin de répondre à l'imprévisibilité du milieu:

Parce que c'est important que le côté facilitation, contact humain, puis il y a assez d'autres choses sur le département sans qu'on fasse des tensions au niveau interpersonnel. Puis ensuite de ça, tout découle de ce climat là. (P: 4 p. 16-17 lignes 35-37)

Comme en témoigne l'énoncé précédent, les qualités humaines viennent teinter le déroulement de la situation d'enseignement clinique. Ainsi, une étudiante précise que la compétence humaine donne de la crédibilité à la professeure dans le milieu, augmentant ainsi la confiance des étudiantes dans le *modèle* qu'elles ont sous les yeux:

Si elle connaît déjà le personnel qui est déjà là, tu vas avoir confiance, tu vas voir que tu peux y aller, qu'ils vont pas talonner le prof, tu vas te dire: «S'ils talonnent la prof, mon Dieu est-ce qu'ils vont nous talonner nous?»... Parce qu'il faut avoir une certaine confiance entre le personnel en place et la professeure... S'il n'y a pas de confiance, c'est difficile qu'elle soit un bon modèle pareil. (E: 3 p. 11 lignes 9-17)

Le Tableau 4 dévoile les compétences satellites qui font partie de la compétence humaine. Sous chacune des compétences satellites apparaissent les indicateurs de ces compétences qui permettent de les situer concrètement.

Tableau 4 — *La compétence humaine comme premier élément d'évaluation de l'enseignement clinique*

<i>Compétences humaines satellites</i>		
• Établissement du climat de confiance	• Manifestation d'une attitude empathique	• Utilisation des qualités personnelles
<i>Indicateurs</i>	<i>Indicateurs</i>	<i>Indicateurs</i>
• Encouragement à l'autonomie des étudiantes	• Ouverture à l'autre	• Sens de l'humour
• Augmentation de la confiance en soi des étudiantes	• Compréhension	• Attitude calme
• Valorisation des étudiantes	• Préservation de l'ego	• Patience
		• Ouverture à la critique
		• Disponibilité

A. L'établissement du climat de confiance

Les professeures, tout autant que les étudiantes, croient que l'établissement du climat de confiance est la première responsabilité de la professeure. D'ailleurs, dans leurs protocoles d'entrevues les deux groupes de participantes y font continuellement allusion. Pour les étudiantes,

il apparaît que l'institution du climat de confiance est imputable aux professeures, ce sur quoi les professeures sont aussi d'accord:

Si je ne suis pas capable de créer le climat de confiance, c'est sûr qu'au niveau de l'échange, il n'y a comme plus rien de possible... la journée qu'elle me suggérera de modifier quelque chose, je serai capable de l'entendre, parce que j'aurai favorisé le climat de confiance entre elle et moi. (P: 4 p.3 lignes 31-33; p.4 lignes 4-5)

Par contre, ces dernières se prononcent sur l'influence de l'attitude des étudiantes dans ce que l'une des professeures qualifie de *créer le climat de mutualité*:

Créer le climat de confiance d'abord, créer un lien de mutualité, parce que les étudiantes sont intéressées, je suis intéressée, on travaille ensemble. (P: 1 p. 14 lignes 26-27)

Mais, à ce chapitre, les professeures exigent également une attitude honnête de la part des étudiantes. D'ailleurs, l'une d'elles avoue que la qualité de son enseignement clinique et son niveau de stress durant l'expérience d'enseignement sont tributaires de l'honnêteté des étudiantes:

Mais quand je sens que ça louvoie, pis tout ça, ça me rend bien inconfortable, j'ai l'impression que mon enseignement clinique en dépend...alors que quand j'ai confiance en tout le monde, même s'ils sont faibles, ça ne me crée aucun problème...moi je pense que ça c'est prioritaire, il faut qu'ils soient intègres. (P: 6 p. 14 lignes 26-33)

Une autre enchaîne en disant:

Tu sais en quelque part, la main sur l'épaule, de sentir qu'un professeur a confiance. Par contre la confiance en quelque part ça se mérite aussi, dans le sens qu'il faut que l'étudiante fasse ses devoirs! (P: 1 p.11 lignes 16-18)

L'établissement du climat de confiance entre la professeure et ses étudiantes se traduit de façon concrète par trois indicateurs, soit l'encouragement de l'autonomie des étudiantes, l'augmentation de leur confiance en soi et la valorisation des étudiantes.

1. L'encouragement de l'autonomie des étudiantes. Toutes les étudiantes n'émettent aucune réserve sur le fait que les comportements des professeures favorisant le développement de leur autonomie sont essentiels pour établir un climat de confiance mutuelle. Pour l'une d'elles, *toute imposition* d'une façon de faire brime son autonomie. L'extrait suivant explicite sa pensée. Toutefois, une dizaine d'autres passages de son protocole d'entrevue utilisant le substantif *imposition* pourraient être cités, puisqu'elle avoue avoir vécu des expériences difficiles avec certaines professeures:

Puis si je vois que vraiment comme ça c'est mieux, je peux le prendre, mais je ne veux pas qu'on me l'impose, parce que moi on me l'a imposé déjà, puis j'ai pas apprécié, j'ai perdu confiance en elle. (E:6. p. 6 lignes 27-29)

Cette illustration par la négative fait ressortir l'importance d'encourager l'autonomie des étudiantes pour établir le climat de confiance. Fort heureusement, les cinq autres étudiantes ne sont pas aussi marquées par l'attitude de certaines de leurs professeures. Elles s'expriment de façon moins émotive comme celle-ci:

C'est importante que le prof vienne avec moi, mais un coup qu'il voit que ça va bien, que je sais comment faire ma technique, bien je pense que c'est important pour moi de me laisser le champ libre. (E: 1. p. 5 lignes 20-22)

Parmi les professeurs, l'importance de favoriser l'autonomie est reconnue par quatre d'entre elles. Cependant, pour le professeur no 5, seul représentant masculin, l'encouragement à l'autonomie constitue l'essence même de ses propos. Cette préoccupation pour l'autonomie des étudiantes fait, d'une part, contraste avec le thème de *l'imposition* relevé par l'étudiante no 6, d'autre part, elle appuie l'intérêt d'en tenir compte comme indicateur de l'établissement du climat de confiance. Il en parle ainsi:

Je trouve en tant que pédagogue-infirmier, c'est ce petit sommet, si tu veux, de ramener l'étudiant à identifier par lui-même, là un petit peu de ses forces et non pas toujours de montrer, montrer... (P:5. p.20 lignes 10-12)

2. L'augmentation de la confiance en soi des étudiantes. Toutes les professeures sont conscientes que l'établissement du climat de confiance mutuelle est d'abord basé sur une forte dose de confiance en soi qu'elles tentent de donner aux étudiantes. Cette professeure fait le lien entre le climat de confiance et la facilité d'apprendre:

Établir la relation de confiance en premier entre elle (étudiante) et le prof et aussi la confiance en elle-même, à la fois dans sa personne et avec l'enseignante. Je pense que c'est ça d'abord euh... ouais! J'ai créé un climat où les apprentissages ont été beaucoup plus faciles. (P:3. p.6 lignes 25-27)

L'observation d'une professeure dans son milieu d'enseignement permet de corroborer ces propos. En effet, cette dernière posait fréquemment des gestes de sollicitude auprès de ses étudiantes, tel que de mettre la main sur l'épaule afin de diminuer la pression vécue par l'une d'elles de devoir exécuter plusieurs techniques de soins dans un court laps de temps. Cette professeure a aussi manifesté beaucoup de compréhension à l'égard de certaines étudiantes chez qui elle voulait augmenter la confiance en soi. Lors d'un échange informel durant la période d'observation, cette professeure a confié qu'elle trouvait déplorable que certaines professeures, en se servant de leur pouvoir de hiérarchie et d'autorité, altèrent le climat de confiance avec les étudiantes.

Une autre professeure traite cette dimension humaine selon un point de vue différent. Selon celle-ci, la notion de hiérarchie dans la relation d'enseignement-apprentissage transcende la relation amicale, car le fait d'avoir à évaluer les étudiantes dans l'atteinte des objectifs

d'apprentissage commande à la professeure de préserver un certain élément de *distance*. Elle qualifie sa relation avec ses étudiantes comme une relation chaleureuse où elle favorise les échanges, mais émet certaines réserves. Elle considère qu'il est important d'instaurer une relation de collègues, plutôt qu'une relation amicale avec les étudiantes. Cependant, elle convient que les étudiantes craignent l'évaluation sommative, ont peur d'être jugées et sont donc quelques fois plus réticentes à s'impliquer dans cette relation de confiance. Cette réflexion est appuyée par une autre répondante:

Moi, j'essaie autant que possible de créer le climat où elles sentent qu'elles sont à l'aise de le demander. Je pense que je réussis...parce que c'est juste amener les étudiantes à avoir confiance, parce que c'est ça la notion que je n'aime pas *du coup de règle sur les doigts*. (P: 3 p. 5 lignes 22-27)

Les étudiantes traduisent cet indicateur de compétence humaine en faisant appel, encore une fois, à des exemples qui se réfèrent à l'exécution des techniques de soins. Ce souci pour l'exécution des techniques de soins est attribuable au fait que le milieu d'enseignement clinique génère du stress, car elles doivent prodiguer des soins auprès de clients réels. À cette particularité s'ajoute leur manque de dextérité manuelle dans l'exécution des techniques de soins, ce sur quoi elles jugent important de travailler. Finalement, la disparité qui existe entre leurs expériences d'apprentissage individuelles en milieu clinique fait en sorte qu'elles ne sont pas toutes à un même niveau d'apprentissage, elles misent alors davantage sur le climat de confiance pour vivre des expériences positives et enrichissantes.

Celle qui donne confiance en moi, c'est la plus importante, parce qu'à partir de là, je vais être bonne pour faire mes techniques. La confiance en soi, je pense que tout découle de ça! (E: 2 p.12 lignes 3-5)

3. La valorisation des étudiantes. Le groupe des étudiantes considère que cet indicateur de compétence humaine est essentiel au succès de leurs apprentissages cliniques. Durant la conduite des entrevues où il leur était demandé d'illustrer les comportements nuisibles de la professeure sur leurs apprentissages en milieu clinique, elles ont affirmé que le manque de confiance de la professeure dans leur capacité de réussite produisait des effets néfastes sur leur niveau de confiance en soi et par ricochet dans la confiance qu'elles accordent à leur professeure. Les témoignages suivants recueillis auprès de deux étudiantes font ressortir des attitudes opposées que peuvent adopter les professeures:

C'est une personne qui a eu confiance en moi, c'est le prof qui m'a le plus aidée, elle concentrait pas juste sur les soins là. (E: 1 p.4 lignes 25-27)

Bien cette personne-là, elle s'occupait toujours de l'erreur. Elle te faisait sentir que t'étais pas bonne, elle te faisait sentir ça! (E: 2 p.7 lignes 21-24)

Toutes les professeures interrogées sont soucieuses d'adopter des comportements qui valorisent les étudiantes. Certaines le font à l'intérieur de leurs stratégies d'enseignement, d'autres dans la rétroaction qu'elles leur donnent. L'exemple suivant est révélateur d'un comportement valorisant:

Je dis: «Fais ce que tu peux, fais ce dont tu te rappelles, je réajusterai le reste.»... Bien elle l'a eu à 95%, l'étudiante était toute fière, elle l'a fait à 95%, c'était bien. Je dis: «Voyez, vous partez de votre mémoire, vous cherchez»... (P:5. p.20 lignes 1-5)

B. La manifestation d'une attitude empathique

Les deux groupes de participantes jugent que l'empathie se manifeste par plusieurs indicateurs. Les professeures citent l'ouverture à l'autre, la compréhension, la préservation de l'ego, la dédramatisation de l'erreur, voire même la défense des étudiantes dans le milieu clinique. Les étudiantes énumèrent les mêmes indicateurs, mais y ajoutent le respect qu'elles associent à la diplomatie et à la discrétion de la professeure dans ses interventions.

Bien que les participantes n'aient pas utilisé le terme *empathie* pour donner une image de la compétence humaine, il demeure par ailleurs qu'elles y font constamment allusion. Ainsi les professeures sont conscientes de l'importance d'être empathiques dans leur contact humain avec les étudiantes, tout autant que dans leur rôle de pédagogue et d'évaluatrice. Les réflexions suivantes des professeures sont très éloquentes:

Tu sais on a affaire à un être (étudiante) qui est bio-psycho-social... il faut que tu sois capable de faire l'équilibre, sans tomber dans d'autres sentiers qui ne nous appartiennent pas. (P:1 p. 7 lignes 1-4)

J'ai fait un bac en sciences infirmières et à ce moment-là, c'était tellement rigide, on ne s'intéressait pas à notre personne, à la personne en devenir, à l'être bio-psycho-social et spirituel et on ne s'intéressait même pas à nous. On devait être des encyclopédies sur pattes. J'ai trouvé ça discordant cette absence-là, j'ai trouvé ça discordant! (P: 3 p.7 lignes 29-32)

D'abord, j'ai appris à ne pas détruire quelqu'un, j'ai appris à ne pas lui dire tout ce qu'elle n'a pas fait. J'ai pas appris à me défendre... Là je lui ai dit: «Comment tu trouves ça dans l'ensemble? Moi je trouve que tu n'atteins pas l'objectif. Donc je ne peux pas te le mettre, trois mois de plus, ça va être sécurisant.» C'est beaucoup moins traumatisant pour l'étudiante... (P: 5 p.24 lignes 21-28)

1. L'ouverture à l'autre. Les professeures prétendent que la manifestation d'une attitude empathique exige une ouverture à l'autre qui se traduit dans le respect de la différence entre les étudiantes. Cette attitude respectueuse touche autant le rythme et le style d'apprentissage de chacune des étudiantes, que leur personnalité propre. L'ouverture à l'autre fait également référence au respect des expériences antérieures d'apprentissage des étudiantes qui se manifeste par l'intérêt d'entendre le point de vue de ces dernières dans des situations cliniques particulières. D'ailleurs,

une participante conçoit que cette ouverture et cette confiance dans les acquis des étudiantes lui permettent de *façonner* des apprentissages et ainsi créer un esprit de collaboration mutuelle.

Les étudiantes vivent aussi cette ouverture à l'autre sur le plan pédagogique. Pour elles, leur professeure doit personnaliser l'enseignement selon le niveau de l'étudiante et dans ce sens comprendre et accepter la différence entre chacune d'elles. L'une des participantes traduit bien le sens qu'elle accorde à cette ouverture dans l'apprentissage:

...tout le monde l'avait fait sauf moi. Puis là je me dis: «Je ne l'ai jamais fait, qu'est-ce qu'elle va dire?» Elle était ouverte et compréhensive, que je n'avais pas eu la chance de pratiquer cette technique. (P: 5 p.1 lignes 18-20)

Du point de vue des étudiantes, l'ouverture à l'autre se manifeste dans la reconnaissance des différences individuelles, de même que dans l'absence de jugement. Elles sont convaincues que l'esprit de supériorité démontré par certaines professeures crée un obstacle à leurs apprentissages.

L'ouverture à l'autre est aussi très fréquemment relatée comme étant le gage d'un contact étroit entre l'enseignante et l'apprenante. Cet indicateur de compétence humaine amène la moitié des professeures à faire l'analogie entre l'utilisation des qualités humaines auprès du client et le recours à ces mêmes qualités avec l'étudiante dans le processus d'enseignement-apprentissage en milieu clinique. Cet indicateur est en quelque sorte la manifestation d'une attitude de *caring*. Les étudiantes transposent les comportements d'ouverture de la professeure aux objectifs de leurs propres apprentissages cliniques, c'est-à-dire aux valeurs qui leur sont enseignées en milieu clinique. C'est pourquoi elles considèrent que la professeure doit aussi prêcher par l'exemple. Une étudiante élabore sur l'importance de cet indicateur pour une juste évaluation de l'enseignement clinique:

...ne pas porter de jugements sur les étudiantes euh... On nous demande de ne pas en porter avec les patients! (E: 3 p. 12 lignes 23-24)

2. La compréhension. La compréhension est un second indicateur d'une attitude empathique qui ressort parmi les deux groupes de répondantes. Même si cet attribut s'apparente à la notion d'ouverture, il est toutefois présenté comme intimement relié à la compréhension de l'étudiante qui est en processus d'apprentissage. Les attentes et les exigences de la professeure sont alors atténuées par son niveau de compréhension de l'étudiante, comme le disent deux professeures:

As-tu pensé qu'elle n'a jamais eu de référence quand elle touche à quelque chose? Donc tu ne peux pas lui demander de tout savoir...elle a juste entendu quelques mots et on exige quelque chose. (P: 5 p. 14 lignes 19-23)

Il faut toujours remettre en perspective que ce sont des étudiantes qui sont en apprentissage, elles ne peuvent pas tout savoir. Elles n'ont pas de vécu de référence en arrière, à chaque situation, parce que ce sont toujours des situations nouvelles. (P: 2 p.3 lignes 27-30)

Deux professeures font référence à leurs expériences antérieures en tant qu'étudiante ou jeune infirmière pour se ramener au niveau des étudiantes:

Quand on se retrouve à l'heure du repas ou à la post-clinique, moi je fais exprès pour leur raconter les gaffes que j'ai faites comme étudiante ou comme jeune infirmière...pour démystifier qu'on est pas, qu'à un moment donné, on peut faire un oubli... (P: 2 p.3 lignes 27-30)

Je pense que quand moi j'ai fait mon cours à l'école traditionnelle, on avait beaucoup plus de temps pour maîtriser beaucoup de choses, quand je pense à ça en arrière, je comprends des fois qu'avec le vécu qu'elles ont, malgré tout elles apprennent très vite, très très vite. (P: 6 p.14 lignes 12-16)

Une autre croit que le fait de se remémorer sa propre expérience d'étudiante facilite sa compréhension des étudiantes en processus d'apprentissage. Dans le passage suivant, elle tente de démontrer l'incompréhension de certaines infirmières des unités au regard des apprentissages des étudiantes. Afin de bien comprendre l'analogie rapportée par cette professeure, il faut préciser que de façon occasionnelle, les infirmières des unités assistent la professeure en supervisant les étudiantes dans l'exécution des soins aux clients:

C'est des filles (infirmières des unités) qui sont très bonnes au niveau clinique...mais qui quand elles ont des étudiantes, qui sont très aidantes, mais qui leur disent les choses: «Un, deux, trois, quatre, non pas à partir de leurs propres expériences en tant qu'étudiantes!» (P: 4 p. 11 lignes 22-26)

Les étudiantes apprécient ces façons d'être chez leurs professeures. Elles se sentent comprises, puisque la professeure les rejoint davantage en situant l'enseignement à leur niveau. Cet indicateur est même plus important que la compétence de la professeure à enseigner en salle de cours. En effet, les étudiantes sont prêtes à pardonner la désorganisation d'une professeure en salle de cours, mais réagissent négativement à l'incompréhension:

En milieu de stage, elle sait où elle s'en va: comment interagir avec les étudiantes, comment agir avec les étudiantes, mais pas nécessairement en enseignement dans la classe, elle va être toute mêlée dans ses choses. (E: 4 p. 7 lignes 27-29)

Deux professeures démontrent une telle compréhension qu'elles vont même parfois jusqu'à se faire l'avocate des étudiantes auprès du personnel du milieu d'enseignement clinique:

...des fois, ils les jugent très sévèrement, leur faire prendre conscience qu'ils sont en apprentissage. (P: 3 p.3 lignes 22-23)

Je dis: «Je vais m'en occuper pour essayer de régler ça, on est pas pire toutes les deux avec ça». (P:6 journal de bord, p. 30)

3. La préservation de l'ego. Les professeuses relèvent cet indicateur comme un comportement important qui prend tout son sens dans la dédramatisation de l'erreur. Selon ces dernières, la dédramatisation de l'erreur protège l'ego des étudiantes, leur redonne confiance en elles. Toutefois, quand de leur côté, les étudiantes évoquent la diplomatie et la discrétion comme étant des qualités humaines essentielles à détenir, elles tiennent des propos très similaires au groupe de professeures. Elles rapportent que l'anxiété générée par le milieu d'enseignement clinique et le fait que la professeure mette l'accent sur les erreurs commises sont deux facteurs qui les rendent insécures. Les étudiantes déplorent également le fait que certaines professeures insistent sur l'erreur. Ce comportement est d'autant plus nuisible à leurs apprentissages, si par surcroît, leurs erreurs sont relevées devant d'autres personnes: pairs, clients ou le personnel présent. Les étudiantes avouent se sentir ainsi dévalorisées et démotivées dans leurs apprentissages. Elles reconnaissent l'importance d'être avisées de leurs erreurs; par contre elles exigent que ce geste soit fait avec discrétion et diplomatie, d'où la pertinence de cet indicateur de compétence humaine:

... Comme dans un petit coin, alors que si t'es au poste, devant toutes les infirmières, toutes les étudiantes. (E:3 p.6 lignes 9-10)

Comme à la post-clinique, je me suis sentie visée directement par un professeur devant tout le monde...donc de se le faire renoter une deuxième ou une troisième fois, c'est ça qui est dur...Le prof elle n'a pas noté que tu essaies de t'améliorer, là ça devient déprimant et démoralisant! (E: 4 p.6 lignes 11-14)

Tout comme les étudiantes, les professeures croient qu'il est important de revenir sur l'erreur commise, non pas pour diminuer, mais plutôt pour faire apprendre, ce qui devient à ce moment une occasion de croissance pour l'étudiante et une façon d'en appeler à son introspection. Ce discours des professeures est en quelque sorte le pendant positif de l'expérience négative des étudiantes face à l'erreur. La professeure no 1 affirme qu'il ne faut pas laisser l'étudiante *traîner l'erreur* tout au long de son expérience clinique, elle dit: «Il faut être capable de remettre les affaires à leur place (p.11 ligne 12) ». C'est ce qu'elle nomme la gestion de l'erreur. Elle rappelle toutefois que les étudiantes accordent souvent une ampleur démesurée à l'erreur commise:

Vivre un climat de terreur dès que tu fais une erreur, il y a des étudiantes qui donnent à l'erreur une importance tellement grande, tellement inutile, c'est pas possible! (P: 1 p.11 lignes 10-11)

Cette constatation a pu être validée lors d'une session d'observation dans un milieu d'enseignement clinique. En effet, une étudiante rapporte au professeur no 5 qu'elle a commis une erreur dans le réglage du débit d'une perfusion intraveineuse chez un opéré; son attitude affichait de la culpabilité et du mécontentement. Son professeur a su alors travailler au niveau du questionnement et des conséquences d'une telle erreur, tout en demeurant très discret dans son intervention avec l'étudiante. Cet exemple illustre bien l'importance de cette attitude humaine du professeur.

La préservation de l'ego est un grand souci pour les professeures, non seulement auprès des étudiantes, mais également lorsqu'elles interagissent avec les membres du personnel. Les séances d'observation en milieu clinique ont nettement fait ressortir cet indicateur de compétence humaine et ce, chez toutes les professeures. Lors de l'entrevue, la professeure no 3 a fortement insisté sur l'importance de préserver l'ego de son entourage:

... c'est d'être capable de préserver l'ego des infirmières et l'ego des étudiantes. Je fais bien attention de toujours préserver l'ego des gens. (*P: 3 p.3 lignes 11-16*)

Les témoignages des six étudiantes se résument à la notion de respect qu'elles exigent de leurs professeures. C'est pourquoi, elles conçoivent que le respect est la pierre angulaire d'une expérience positive et enrichissante en milieu clinique pour les amener à aimer la profession infirmière.

C. L'utilisation des qualités personnelles

Sous cette compétence satellite sont regroupées les qualités qui touchent la personnalité individuelle de la professeure et qui ont un intérêt pour l'évaluation de l'enseignement clinique. Ces qualités personnelles ont d'ailleurs été plus fréquemment rapportées par les étudiantes que par les professeures. Toutes les étudiantes sont très sensibles aux attributs suivants chez leur professeure: calme, souriante, sens de l'humour, patiente, accueillante, chaleureuse, ouverte à la critique et disponible. Toutefois, les professeures se sont montrées plus avares de commentaires à cet égard, seulement deux d'entre elles y font référence. Ces dernières ont mentionné l'intérêt d'être accueillante et chaleureuse, d'utiliser le sens de l'humour, de se montrer ouverte à la critique, de démontrer de la patience envers les étudiantes, la disponibilité s'est aussi avérée importante pour ce groupe de répondantes. Les sessions d'observation dans les milieux ont par ailleurs permis de constater que les professeures affichent fréquemment les qualités personnelles mentionnées par les étudiantes.

1. Le sens de l'humour. D'une part, les étudiantes apprécient que leurs professeures soient souriantes et fassent preuve d'un certain sens de l'humour. Elles estiment que cette qualité contribue à détendre le climat d'apprentissage:

Euh... parce qu'il y en a qui sont bien sérieuses, tout est correct, mais elles sont trop sérieuses, elles font trop professeures... il y en a qui font plus de blagues, qui s'amuse avec nous autres... Qui vont nous mettre dans une ambiance de travail amusante, au lieu de nous mettre dans une ambiance de travail stressante-là. (*E: 5 p.2 lignes 1-7*)

D'autre part la réflexion suivante d'une professeure dénote l'importance de doser l'humour:

... c'est certain que les farces aident le climat, tu sais les farces on les traîne pas là... parce qu'il faut pas non plus que tu donnes la chance d'une partie de folie là... (P: 1 p.11 lignes 4-5)

L'observation de la professeure no 1 dans son milieu d'enseignement clinique est garante de ses propos, car à maintes occasions, elle a su faire preuve de chaleur et de camaraderie avec ses étudiantes. Elle présentait d'ailleurs ses étudiantes aux clients comme étant *ses compagnes*. Cette façon de faire semblait intégrée chez elle, puisque lorsque nous lui avons fait part de cette observation, elle en fût surprise, disant: «Je n'ai pas remarqué cela (*journal de bord, p.4 ligne 15*)».

2. L'attitude calme. Les étudiantes apprécient l'attitude calme chez leur professeure. Cette attitude semble diminuer la pression vécue par les étudiantes dans le milieu d'enseignement clinique. Une étudiante s'exprime sur l'importance qu'elle y accorde:

... en milieu clinique, elle se concentre beaucoup à détendre l'atmosphère. Elle a la manière, parce qu'elle sait qu'on est nerveux en partant. (E: 2 p.3 lignes 10-12)

Même si les professeures n'en font pas la mention explicite, l'observation de leur façon d'agir et d'être avec leurs étudiantes en milieu clinique appuie le discours des étudiantes à cet égard. Une professeure démontre ainsi beaucoup de calme et un ton de voix posé avec une étudiante qui a de la difficulté à exécuter une ponction veineuse. Elle sécurise l'étudiante qui paraît nerveuse et, après avoir noté des signes d'anxiété chez le client, exécute elle-même la technique de soins. Par la suite, elle fait le retour sur l'expérience vécue par l'étudiant. Une autre observation dans un milieu différent confirme à nouveau l'importance de l'attitude calme de la professeure pour la réussite d'une technique de soins. La professeure accompagne l'étudiante et après avoir donné quelques suggestions, laisse celle-ci pratiquer sa technique. Tout comme la professeure précédente, elle échange avec la cliente en utilisant l'humour et un ton de voix des plus calmes. L'étudiante me dit qu'elle apprécie beaucoup cette attitude de la professeure, car elle se sent en sécurité ainsi. Les sessions d'observation ont également laissé voir que les professeures, tout comme les étudiantes, vivent un certain stress lors de l'exécution des techniques de soins. Une professeure évoluant dans un autre milieu clinique revient au poste après avoir accompagné une étudiante pour installer une intraveineuse. L'infirmière lui mentionne: «Dis donc professeure X, est-ce que ça t'énerve plus que les étudiantes quand elles font des intraveineuses?» (P: 2. *journal de bord, p.1 lignes 24-25*)

3. La patience. La patience est une qualité fort appréciée par les étudiantes. Une professeure en fait également mention, mais apporte des précisions:

C'est pas que je vais être patiente ou tolérante dans l'attente de la réalisation d'un comportement que je veux observer chez elle, mais ça va être plus dans ma façon d'être avec cette étudiante-là. (P: 4 p.3 lignes 20-23)

Les participantes des deux groupes croient que la professeure qui veut permettre à l'étudiante de faire son expérience se doit d'être patiente, cette qualité semble inhérente à l'expérience pédagogique et par le fait même, un indicateur de compétence humaine à retenir. Cette qualité est d'autant plus appréciable qu'elle contraste avec l'intolérance de certaines infirmières face à la lenteur avec laquelle les étudiantes dispensent des soins aux clients: «De voir le temps que ça prend, ça les agace beaucoup de voir ça (*P:3 p.10 ligne 9*)». Les étudiantes expriment elles aussi leurs griefs face à l'intolérance de certaines professeures dans l'exécution de leurs techniques de soins. L'impatience manifestée par la professeure rend leurs expériences d'enseignement clinique moins satisfaisantes et fait en sorte qu'elles se sentent brimées.

4. L'ouverture à la critique. Une professeure met l'accent sur l'importance d'être ouverte à la critique, car comme elle le rapporte, les périodes d'enseignement clinique sont brèves et dans ce sens elle tient à identifier rapidement les obstacles à l'apprentissage. Elle se dit très prête à la remise en question, puisqu'elle peut réagir rapidement et réajuster son enseignement: «Alors, on se réenligne (*P: 4 p. 9 ligne 26*).» Pour une part, il est important de faire part de ses attentes dès le début de la session d'enseignement clinique. Elle souligne par contre, que la professeure se doit d'être transparente «pour dire les choses telles qu'elles sont (*P: 5. p. 24 ligne 15*)» et d'un même souffle, se dit prête à recevoir la critique des étudiantes.

Les étudiantes adoptent un point de vue plus radical. Leurs expériences cliniques antérieures les amènent à penser que les professeures sont souvent peu ouvertes à la critique. Pourtant, les étudiantes estiment que c'est une qualité importante à détenir pour favoriser la qualité de la relation professeure-étudiantes. Malgré l'importance qu'elles y accordent, elles sont hésitantes à remettre en question certains comportements des professeures de peur d'en vivre les conséquences au niveau de leur relation et de leur propre évaluation:

Mais je trouve ça injuste qu'elle fasse des erreurs, puis qu'elle veuille pas admettre que toi t'en fasses, puis qu'elle écrit en rouge que t'as fait telle erreur. Pourtant toi, tu l'as vu faire telle erreur... Mais toi tu ne veux pas aller lui remettre ça sur le nez, parce que ça risque de jouer sur toi et d'aller changer ta relation. (*E: 6 p.10 lignes 17-22*)

Deux autres étudiantes ont vécu des situations analogues et bien qu'elles croient que l'évaluation et la remise en question soient pour la professeure une occasion de s'améliorer, elles n'osent pas faire part de leurs réflexions. Leurs expériences passées démontrent que les professeures portent des jugements. L'une d'entre elles hausse le ton de sa voix en parlant de son intérêt pour l'évaluation des professeures à la fin de chacune des sessions d'enseignement clinique:

Je trouve que c'est important que les profs aient une évaluation en clinique, puis qu'ils aient des rapports! (*E: 3 p.13 lignes 11-12*)

L'ensemble des professeures ne statue pas de façon aussi claire sur l'importance de leur évaluation en milieu clinique. Toutefois, deux d'entre elles constatent que la difficulté de l'enseignement clinique se rattache au fait qu'elles n'ont pas de guide sur lequel elles peuvent se baser. L'une d'entre elles le dit très clairement:

L'enseignement clinique, tu n'as pas de guide, c'est mon instinct, ce n'est pas évident (P: 2 p.14 lignes 12-13)».

La deuxième personne tient des propos intéressants sur l'importance de l'évaluation en milieu clinique:

Alors pour moi, il faut qu'il y ait une grille dès le départ, avec des critères. Un prof, qui va en stage, devra faire telle chose, telle chose, telle chose!... (5 p.27 lignes 30-32)

5. La disponibilité. Toutes les étudiantes mentionnent que l'absence de disponibilité des professeures les rend insécures et nuit à la qualité de leurs apprentissages. Une professeure est consciente de cela et précise qu'il est nécessaire que les étudiantes sachent où la retrouver sur l'unité de soins. Elle avoue être très attentive à leur donner son emploi du temps de façon très précise. Tout comme cette autre qui répond promptement aux demandes des étudiantes dans le milieu d'enseignement et qui confie qu'il est essentiel pour elle de savoir où en sont rendues les étudiantes. Pour ce faire, elle fait ses tournées régulièrement et suscite le questionnement. La totalité des professeures visitées en milieu clinique ont d'ailleurs démontré une grande disponibilité à leurs étudiantes. Ce témoignage en est la preuve:

Les étudiantes doivent savoir que tu es là. Moi je leur donne quasiment mon emploi du temps. Je leur dis: «Je m'en vais dans telle chambre, je ne t'ai pas oubliée». (P:3. p.14 lignes 18-19)

Toutes les étudiantes apprécient grandement cette qualité et ont apporté de multiples exemples des effets nuisibles de la non disponibilité de leur professeure:

... c'est important si t'as des questions à poser à un moment X, des émotions que tu as vécues, tu voudrais en parler, elle n'est pas là. Ça ne m'a pas aidée, à cause que le milieu comme tel, je n'aimais pas trop ça. Donc le professeur a pas fait en sorte qu'on aime ça! (E: 1 p.8 lignes 14-18)

Par contre, deux étudiantes précisent qu'elles désirent une professeure disponible, mais qui leur laisse aussi de la latitude:

C'est un professeur qui est là quand j'en ai besoin, puis qui me laisse mon autonomie. Un professeur que quand j'ai besoin d'elle, je ne suis pas obligée de courir sur tout le département, pour la retrouver. (E: 3 p.4 lignes 16-19)

... elle était toujours là quand tu avais besoin d'elle, puis elle n'était pas euh...envahissante! (E: 5 p.9 lignes 10-11)

La disponibilité de la professeure ne réfère pas qu'aux aspects concrets d'apprentissage comme l'exécution des soins. Les étudiantes associent cet indicateur des qualités humaines à l'écoute de leurs sentiments ou leurs émotions, ce à quoi elles sont très sensibles:

Des fois t'as des petites crottes sur le coeur... elle avait le don d'aller chercher ça... C'est pas tous les profs qui ont cette qualité-là, ou qui prennent le temps de le faire. (E: 5 p.9 lignes 1-2)

La compétence pédagogique

L'évaluation de la professeure en milieu clinique selon sa compétence pédagogique fait également partie du discours des participantes. Le contenu des entrevues des professeures, tout autant que les comportements qu'elles ont démontrés durant les périodes d'observation en milieu clinique sont le reflet d'une préoccupation pédagogique constante pour favoriser les apprentissages des étudiantes. La section précédente, qui traite de la conception et du but de l'enseignement clinique, confirme que les professeures ne peuvent s'éloigner de leur fonction de pédagogue quand elles nous présentent leur définition de l'enseignement clinique. Toutes les répondantes ont, à certains moments, intégré dans leurs discours trois compétences satellites qui permettent de concrétiser la compétence pédagogique. Ces éléments sont (a) le respect des objectifs du programme de soins infirmiers, (b) l'utilisation de stratégies d'enseignement variées et (c) l'évaluation des besoins et de la compétence des étudiantes.

La compétence pédagogique est nettement influencée par la dimension humaine, particulièrement en ce qui a trait à l'utilisation des stratégies d'enseignement de même que dans la dimension évaluative de l'acte d'enseigner. Comme les professeures sont très attentives à préserver la qualité de la relation en milieu clinique, elles se penchent sur les besoins des étudiantes, tant sur le plan affectif que cognitif. Les étudiantes appuient l'importance des attentions particulières de leur professeure à leur égard, en rappelant que leur intérêt à apprendre se joue sur les qualités humaines de cette dernière.

Le Tableau 5 donne une vision globale des compétences satellites qui composent la compétence pédagogique.

Tableau 5 — *La compétence pédagogique comme deuxième élément d'évaluation de l'enseignement clinique*

<i>Compétences pédagogiques satellites</i>		
• Respect des objectifs du programme	• Utilisation de stratégies d'enseignement variées	• Évaluation des besoins et de la compétence des étudiantes
	<i>Indicateurs</i>	<i>Indicateurs</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitation du transfert de la théorie vers la pratique • Valorisation de la recherche personnelle • Élaboration des instruments d'apprentissage • Démonstration des techniques de soins et du professionnalisme infirmier 	<ul style="list-style-type: none"> • Supervision • Utilisation de la rétroaction • Sélection des expériences d'apprentissage pertinentes • Respect du rythme d'apprentissage • Prise de décision sommative sur le niveau d'atteinte des objectifs d'apprentissage clinique

L'un des éléments essentiels de la compétence pédagogique s'avère le respect des objectifs du programme d'enseignement. Une des professeures affirme:

Bien c'est sûr que pour moi c'est important que l'étudiant soit capable de répondre aux objectifs, aux exigences que nous au niveau du cégep on se fixe par rapport au moins aux cinq fils conducteurs. (P: 4 p.1 lignes 24-26)

Toutefois, pour être en mesure d'évaluer la compétence pédagogique qui est le pivot du transfert théorique des connaissances vers une application pratique, les professeures utilisent des stratégies d'enseignement multiples qui font autant appel aux habiletés techniques et pédagogiques qu'à l'utilisation du modèle de rôle infirmier. À titre d'exemple, une professeure visitée en milieu clinique utilise la démonstration pour faire apprendre à deux étudiantes le fonctionnement d'une pompe pour auto-analgésie, ou encore cette autre qui s'en réfère à l'utilisation du modèle pour favoriser l'apprentissage d'un processus:

C'est exigeant, parce que t'es là pour euh... comment je dirais ça? Le modèle, t'es le modèle, donc le modèle, il faut que tu le sois aussi en pensée, parce que l'étudiante dit: «Regarde comment elle va chercher ses informations». (P: 1 p.5 lignes 2-4)

La troisième compétence satellite de la compétence pédagogique n'a pas été introduite d'emblée lorsque les professeures se sont référées à la conception et au but de l'enseignement

clinique, mais leurs témoignages et leurs conduites dans les milieux cliniques tiennent largement compte de l'importance de l'évaluation des étudiantes. Les épisodes subséquents du discours de ce groupe de participantes démontrent qu'elles sont particulièrement attentives à la dimension formative de l'évaluation des étudiantes:

Je me sens bien plus comme quelqu'un qui en train de les aider à apprendre, de sorte que je me dis à chaque fois: «Il faut que je fasse cette obligation qui est de noter.» Au lieu de dire: «Vois-tu là, tu aurais dû t'y prendre autrement ou euh...» Ça perd tout le sens de la collégialité que je vois moi comme milieu de stage. Ouais, de trop avoir la préoccupation de noter. (P: 3 p.1 lignes 13-18)

Une sous-question d'entrevue a permis de situer les perceptions des étudiantes sur leur niveau de considération de la compétence pédagogique. Les réponses émises sont à la fois diversifiées et nuancées. Une seule étudiante est formelle: la compétence humaine est de toute première importance, la compétence pédagogique ne peut que s'y greffer. Une autre, après avoir pris connaissance de sa carte de concepts, s'est ravisée sur sa décision de mettre en priorité la compétence humaine; elle y a préféré la compétence pédagogique. Toutefois, deux étudiantes interrogées en dyade émettent des opinions différentes. Pour l'une, toutes les compétences sont également importantes à posséder, étant donné que la professeure doit être une bonne infirmière; pour l'autre, les qualités humaines ont préséance sur les qualités d'enseignement. Les deux dernières étudiantes considèrent que la compétence humaine facilite leurs apprentissages, mais comme elles veulent faire les liens entre la théorie et la pratique, elles situent la compétence pédagogique au premier plan. En réponse à la sous-question qui leur demandait de réfléchir sur la qualité de l'enseignement clinique qui serait donné par une infirmière d'une unité de soins plutôt que par une professeure du milieu collégial, deux étudiantes affirment ceci:

Ça dépend, il y a des pédagogues naturels...parce qu'il y a du monde qui ne seront jamais capables d'enseigner de transmettre des connaissances. (E: 3 p.9 lignes 1-5)

Moi je pense que c'est sûr que ça ne serait pas mauvais, mais je pense qu'être professeure, ça ne serait pas possible, parce que l'infirmière qui est en milieu clinique, elle ne voit pas ce que l'on a appris comme théorie au cégep. Parce que c'est bien beau qu'elle ait la feuille des objectifs qu'on a à remplir, mais il faudrait qu'elle soit capable de nous suivre. Nos professeures sont capables de suivre notre cheminement, elle comme infirmière, elle ne sait pas avant comment on était, puis si on s'est améliorée... (E: 2 p.6 lignes 22-32)

Ces témoignages démontrent que les étudiantes sont très centrées sur les trois compétences satellites de la compétence pédagogique, soit le respect des exigences du programme, l'utilisation des stratégies d'enseignement et la dimension formative de l'évaluation.

A. Le respect des objectifs du programme

Les professeures sont préoccupées par l'application pratique et l'atteinte des objectifs du programme de soins infirmiers qui leur servent de guides en milieu clinique. Cette notion a d'ailleurs été introduite tout au début des entrevues par cinq des six professeures rencontrées. Deux d'entre elles s'expriment ainsi:

Bien sûr que pour moi c'est important que l'étudiante soit capable de répondre aux objectifs, aux exigences que nous au cégep on se fixe par rapport au moins aux cinq fils conducteurs. (P: 4 p. 1 lignes 24-26)

Bon, j'essaie de le faire du mieux que je peux. Je ne fais pas ce que je peux, parce qu'on a des critères précis, parce qu'il faut quand même avoir une cadre quelque part, parce que si on n'avait pas de cadre, ça irait selon notre expérience, selon notre vécu. (P: 5 p.1 lignes 19-23)

Même si la sixième personne n'a pas clairement fait allusion à l'importance des objectifs du programme, elle rapporte tout de même, que le niveau de formation des étudiantes exerce une influence sur son enseignement:

Par contre, là où je me sens plus libérée, c'est qu'en 600 (sixième et dernière session du programme), on a beaucoup plus de temps pour les échanges entre nous qui font que j'ai moins le souci de la notation. Donc, je suis libérée en 600, si je compare au 300 (troisième session du programme), où je trouve qu'on commence juste à se comprendre les élèves et professeurs dans notre relation. (P: 3. p.1 lignes 18-22)

Les étudiantes approuvent le fait que les professeures doivent être compétentes sur le plan pédagogique en leur rappelant les objectifs du programme:

Le prof là-dedans, elle peut nous montrer une grille d'objectifs qu'on a à atteindre, puis elle nous ramène souvent à l'ordre dans un sens, bon le plan de soins, c'est dans notre évaluation, la démarche de soins, ces choses-là, faut le faire, elle nous ramène à l'ordre... (E: 1: p. 2 lignes 22-26)

Pour respecter la vision du programme, qui est axée sur l'apprentissage des processus, les professeures ont développé des stratégies d'enseignement. Il faut rappeler que le programme de soins infirmiers au collégial est structuré selon cinq fils conducteurs qui le définissent. L'apprentissage de chacun de ces fils implique une séquence de phases par lesquelles l'étudiante intègre la pratique infirmière. À titre d'exemple, la communication est un processus qui est enseigné tout au long des trois années du programme; les phases se succèdent afin que l'étudiante atteigne l'objectif terminal du processus de communication à la fin de ses trois années de formation. Il en va ainsi pour les quatre autres fils conducteurs. C'est pourquoi, les professeures gardent à l'esprit que le but premier de l'enseignement clinique est que l'étudiante soit apte à dispenser des soins aux clients selon une approche globale. Toutefois, comme il a été relaté au début de cette section, les étudiantes ont une vision différente des soins infirmiers, puisqu'elles accordent beaucoup d'importance à la pratique des techniques de soins. Il revient alors à la professeure de

replacer ces dernières dans une perspective plus large. Une participante traduit sa préoccupation pédagogique comme suit:

On essaie d'avoir quand même euh...un critère en disant: «Il doit y avoir une application à la démarche, au processus de la pensée et de l'analyse...» (P: 5: p.1 lignes 23-25)

Tout comme cette autre qui fait état de l'écart existant entre les professeures novices et les expertes. Elle explique cet écart par le fait que la professeure débutante est davantage concentrée à superviser l'exécution correcte des techniques, plutôt qu'à amener les étudiantes à concevoir la profession infirmière selon une globalité en mettant l'accent sur l'apprentissage des processus qui la sous-tendent:

Les infirmières pourraient être un bon prof en clinique... je regardais comme une là qui est dans l'unité où je suis qui a fait du remplacement pour nous. Sur le plan des processus, elle est de l'ouvrage! Tu sais, j'la sens pas encore d'attaque... Je le regarde avec un nouveau professeur, eux ce qui compte pour une étudiante c'est qu'a fonctionne bien, donc être adéquate sur le plan technique. Alors qu'on prend les professeurs, en tout cas, ceux qui ont de l'expérience, qui ont un autre modèle. Nous on va parler de processus. Ça fait comme deux gangs de profs! Ceux qui sont centrés sur la tâche, pis d'autres qui sont plus conceptuels. (P: 6: p.9 lignes 1-11)

Ce témoignage rend compte de l'importance de considérer cette habilité à enseigner les processus dans l'évaluation de l'enseignement clinique. Une autre participante renforce les propos précédents quand elle répond à une question d'entrevue lui demandant si les infirmières de l'unité de soins hôte pourraient être qualifiées pour donner de l'enseignement clinique:

... je pense qu'il y en a certaines qui seraient bonnes. Par expérience de tout ce que j'ai vu des infirmières sur le plancher, c'est-à-dire qu'elles montrent l'action de ce qu'elles sont: «Ça se fait comme ça, comme ça, comme ça!» Moi je leur dis pas l'action doit être faite comme ça. (P: 5: p.18 lignes 29-33)

Ces propos sont corroborés par deux étudiantes qui répondent au même type de question:

Mais il y a des infirmières qui auraient été excellentes, puis d'autres qui auraient pas été capables, parce que elles étaient trop directes: «Bien non, c'est pas de même que tu fais ça, c'est de même, puis...» (E: 5: p. 8 lignes 17-20)

Ça fait qu'elles auraient pas les compétences que nos profs ont pour nous faire un bon plan de soins, puis nous corriger nos plans de soins à nous. Mais au niveau technique, elles sont euh... compétentes. Mais au niveau théorique, si une infirmière voudrait devenir enseignante, elle aurait peut-être un petit cours à suivre... (E: 6: p. 20 lignes 14-18)

La sélection des situations cliniques quant au nombre de clients et ajustée au niveau de formation de l'étudiante traduit également le respect des objectifs du programme. Les professeures qui s'adaptent au niveau de formation des étudiantes se rendent crédibles et font preuve de leur connaissance des objectifs du programme, ce sur quoi insistent la moitié des étudiantes:

S'ils l'ont pris pour le 600 en médecine, elle doit être capable de remplir le minimum des attentes-là, remplir la tâche, comme on doit être capable d'avoir trois ou quatre patients chacune,

mais elle, elle est pas capable de prendre plus de charge de travail, parce que ça lui ferait 30 patients en tout. (E: 2: p.3 lignes 23-27)

On a des exemples avec d'autres étudiants qui pouvaient avoir des profs en 310 (*troisième session*), obstétrique, puis là, ils sont rendus dans le 600 (*sixième et dernière session*) et ils continuent de les traiter comme en deuxième année. (E: 1: p.3 lignes 13-16)

Les professeures disent que le nombre de clients sélectionnés pour chacune des étudiantes est nécessaire pour leur apprendre la mise en priorité des soins. Mais lorsqu'elles sont dans une perspective d'évaluation des besoins et de la compétence des étudiantes, elles considèrent davantage le niveau de complexité des situations cliniques au nombre de clients assignés à chacune d'entre elles.

B. L'utilisation des stratégies d'enseignement variées

Le but premier de l'enseignement clinique en soins infirmiers est d'amener les étudiantes à devenir des professionnelles compétentes. Pour ce faire, les professeures n'exercent pas qu'une fonction de supervision; elles se soucient plutôt de stimuler les étudiantes à faire constamment les liens entre les notions apprises en théorie et les situations cliniques:

... c'est à partir de situations, c'est les faire progresser, leur faire découvrir les soins, c'est prendre toutes les occasions qui passent pour pouvoir donner de l'enseignement. (P: 2: p.1 lignes 8-10)

Cependant, afin d'offrir un enseignement clinique de qualité et de situer les étudiantes dans leur réalité d'apprenante, les professeures doivent développer plusieurs stratégies d'enseignement. L'utilisation de stratégies d'enseignement variées est une autre compétence satellite pédagogique sur laquelle doit être basée l'évaluation de l'enseignement en milieu clinique. Ces stratégies d'enseignement sont:

1. La facilitation du transfert de la théorie vers la pratique.
2. La valorisation de la recherche personnelle.
3. L'élaboration des instruments d'apprentissage.
4. La démonstration des techniques de soins et du professionnalisme infirmier.

1. La facilitation du transfert de la théorie vers la pratique. Les professeures du collégial connaissent bien le contenu théorique du programme Soins infirmiers. En effet, elles en sont les expertes et par conséquent, elles sont très attentives à favoriser le transfert des éléments théoriques dans la pratique. Afin de permettre aux étudiantes d'atteindre ce but, elles utilisent différentes stratégies. Certaines suscitent l'auto-questionnement:

Moi je suis forte sur la remise en question, puis des fois ça fonctionne très bien... puis des fois, ça fonctionne pas... (P: 4 p. 19 lignes 26-29)

D'autres diront qu'elles posent beaucoup de questions aux étudiantes:

Je ne sais pas si elles aiment ça que le prof soit bon pédagogue, parce que moi elles m'ont dit que je posais beaucoup de questions (*nires*). «Ça nous a inquiétées au début, puis après, on était correctes, parce qu'on a vu que tu voulais nous faire développer une logique... Ça fait que je vais poser souvent aux étudiantes: «Pourquoi tu fais ça?»» (P: 2: p.10 lignes 9-15)

Cette professeure rajoute que sa compétence pédagogique se reflète aussi dans sa capacité à répondre aux questions des étudiantes, sans pour autant prétendre *tout savoir sur les soins*; de là, comme le confirment deux étudiantes, l'importance d'être une experte dans son domaine d'enseignement en milieu clinique:

Mais je trouve que si on est sur un département de cardio, elle devrait avoir plus qu'une connaissance de base sur la cardio...(E: 2 p.9 lignes 23-25)

Elle va avoir des exemples concrets à nous dire, contrairement à quelqu'un qui ne connaît pas du tout le milieu. La théorie, ça peut être bon, mais je pense qu'à un moment donné, il y a des situations là concrètes... et c'est plus facile de faire l'action. (E: 1 p.4 lignes 9-13)

Ces témoignages attestent que les étudiantes sont particulièrement exigeantes envers leurs professeures quant à la connaissance non seulement pratique de la spécialité enseignée dans le milieu clinique, mais aussi au regard de la connaissance théorique de cette spécialité. Ainsi, la professeure qui possède une expertise dans une spécialité clinique, par exemple en pédiatrie, peut davantage aider les étudiantes à faire les liens, car les situations de soins réelles dans le milieu lui fournissent l'occasion d'élargir leur champ de connaissances.

Par les diverses stratégies qu'elles emploient pour favoriser les transferts théoriques dans le milieu clinique, les professeures veulent stimuler l'esprit d'analyse et de synthèse pour ainsi conduire les étudiantes vers une certaine autonomie intellectuelle.

Je pars du principe qu'en 610-620, c'est à eux à me démontrer qu'ils sont infirmières et non pas à moi de poser des questions. (P: 5 p.6 lignes 8-10)

Les sessions d'observation dans les milieux cliniques ont permis de voir que toutes les professeures observées sont très axées sur la méthode du questionnement au regard de la préparation des médicaments, des liens entre les différents problèmes de santé et les interventions de soins, ainsi que dans l'exécution des techniques de soins. Ce moyen de favoriser le transfert théorique vers la pratique est une stratégie d'enseignement très prisée par l'ensemble des professeures. Une professeure accorde une fonction encore plus large à la transmission de la pratique en utilisant la métaphore suivante:

Il faut constamment que tu crées des situations, pour constamment y revenir, puis les remettre dans le droit chemin, parce que ce serait bien facile de fermer les yeux. (P: 1 p. 7 lignes 29-30)

Ces propos sont très éloquents sur le fait que les professeures ne font pas que sélectionner les situations cliniques. Elles les analysent afin de voir si ces situations conviennent aux besoins d'apprentissage des étudiantes. Le témoignage suivant, rendu par une étudiante, explique l'importance de sélectionner des situations de soins qui vont amener les étudiantes à améliorer leurs points faibles:

... des fois, elle nous mettait des situations qu'on avait jamais eues ou des patients qui étaient assez difficiles de contact à faire. Ça fait qu'on avait beaucoup de relation d'aide à faire... Ça fait qu'ils nous mettent dans des situations pas toujours faciles, mais qu'ils savent que ça va nous aider, puis qu'on va être capables de passer au travers. (E:5 p.14 lignes 1-10)

De leur côté, les étudiantes insistent aussi beaucoup sur l'utilité du questionnement pour apprendre:

Puis, je l'ai eue en troisième année, puis nos médicaments on les faisait vérifier, mais elle, elle posait pas de questions... Ce n'est pas vraiment de jouer à la police, mais c'est de te faire apprendre. (E: 5 p. 10 lignes 17-21)

Elles apprécient que la professeure induise le questionnement, mais précisent que pour apprendre, elles doivent chercher les réponses elles-mêmes. Une étudiante relate une situation vécue dans son milieu clinique où sa professeure, par la méthode du questionnement, lui a permis de faire le transfert de ses connaissances théoriques à une situation réelle:

Par exemple, quand j'étais en stage à l'hôpital X, j'avais du fer à donner comme médicament. Ça fait qu'elle me demande: «Pourquoi tu donnes du fer»? Je dis... Elle dit: «Pourquoi? C'est sûr que si tu lui en donnes, c'est parce qu'il y a une carence». Mais elle dit: «Pourquoi»? Ça fait que là tu cherches, puis tu cherches, puis tu finis par trouver la réponse... Puis, on fait tout le lien, puis en même temps elle m'a fait faire le lien avec la théorie aussi. (E: 5 p. 6 lignes 24-34)

Il est aussi intéressant de constater que cinq étudiantes sur les six privilégient cette stratégie d'enseignement à l'habileté technique de la professeure:

C'est sûr que la technique que j'ai appris au cégep, qui est supposée être parfaite, pourquoi je la ferais pas en stage? Ça serait plus quelqu'un qui est avec nous, qui nous suit dans notre cheminement, puis qui nous pose beaucoup de questions pour nous amener à réfléchir sur autre chose. (E: 1 p.12 lignes 18-22)

De plus, comme les étudiantes sont conscientes que la réalité des milieux cliniques est souvent différente des enseignements théoriques reçus, elles comptent grandement sur l'expertise des professeures pour les guider justement en vue de leur future carrière:

Puis quand tu vas arriver sur le marché du travail, il n'y aura plus de professeure en arrière là, tu vas te dire: «Pourquoi je fais ça?» Ça nous fait apprendre, puis en faisant des liens avec la théorie qu'on a vue. (E: 5 p.7 lignes 3-5)

Une autre stratégie d'enseignement est la capacité de simplifier les situations. Trois professeures prétendent que la capacité de simplifier est un moyen de faciliter le transfert de la théorie vers la pratique. Le discours de l'une d'entre elles est sans équivoque:

Il faut que tu décortiques pour rendre ça plus simple. Quand on se met dans la peau d'une enseignante en milieu clinique, il faut constamment se dire que la personne qui est là, elle n'a pas tout fait le chemin que tu as fait!...Pour faire de l'enseignement clinique, à mon point de vue ça prend un bon bagage, de l'expérience et la capacité de rendre les choses compliquées simples, tu sais. (P: 1 p. 8 lignes 9-18)

Afin de simplifier, une autre répondante affirme qu'elle doit donner un côté pratique à son enseignement, car dit-elle:

C'est un clientèle avec laquelle il faut que ce soit très très pratique, mais moi je trouve que le pratique, il faut qu'y soit aussi rigoureux. (P: 6 p. 6 lignes 34-36)

2. La valorisation de la recherche personnelle. Les professeures estiment que les étudiantes doivent s'impliquer dans le processus d'apprentissage. Pour ce faire, elles exigent une participation active des étudiantes lors des post-cliniques (période réservée à l'enseignement théorique en milieu clinique). Le professeur no 5 prétend que les étudiantes devraient consacrer 20% par journée d'enseignement clinique pour faire de la recherche sur les différents problèmes de santé. De cette façon, il avoue respecter le statut d'apprenante de ces personnes. Cette exigence pour la recherche sécurise les étudiantes, il l'évoque en ces mots:

Ce processus fait en sorte qu'ils sont de plus en plus sûrs d'eux-mêmes. Comme disent les étudiantes: «C'est la connaissance qui fait en sorte qu'on se sent à l'aise». (P: 5 p. 6 lignes 30-32)

Ce participant est d'ailleurs fortement axé sur l'utilisation de stratégies d'enseignement variées qui vont au-delà du questionnement des étudiantes. Par le biais de la présentation de cas cliniques il favorise, comme deux de ses collègues le font, l'organisation de la pensée scientifique:

D'arriver à créer un plan pour qu'ils démontrent ce qu'ils ont dans cette tête-là, pas toujours en posant une question en disant: «Peux-tu me dire c'est quoi le diabète?» Alors moi je dis plutôt: «Sors-moi des objectifs sur ce que tu vas faire avec, vas lire et on le présentera en cas clinique». Alors, comme ils sont obligés à chaque semaine, ils ne savent pas s'ils vont passer, de faire un cas clinique d'environ 30 minutes, il faut qu'ils soient crédibles, scientifiques, alors ils se mettent à rechercher. (P: 5 p.7 lignes 18-26)

Une participante confie que ses étudiantes la perçoivent comme une personne exigeante au niveau de la recherche toutefois: «c'est la seule façon d'apprendre (P:6 journal de bord p.4 ligne 20) », souligne-t-elle.

Dans l'intérêt de *faire apprendre*, les professeures donnent une intention formative tout autant que sommative à l'évaluation des travaux de recherche. De leur côté, les étudiantes

admettent que les exigences de recherche leur demandent une bonne gestion de leur temps en milieu clinique, mais elles appuient l'importance de cet élément d'évaluation de la compétence pédagogique.

3. L'élaboration des instruments d'apprentissage. Les professeures développent des instruments d'apprentissage afin de permettre aux étudiantes d'appliquer les notions théoriques aux situations cliniques:

*Alors moi je leur laisse l'expérience, je leur donne des cas et je crée des instruments de travail.
(P: 5 p.6 lignes 6-7)*

Certaines disent que l'élaboration et l'utilisation des instruments d'apprentissage leur permettent de ne pas perdre de vue l'orientation pédagogique qu'elles doivent donner à l'enseignement de la pratique des soins infirmiers. Une autre déplore que certains milieux cliniques aient peu d'instruments pour faciliter l'apprentissage du rôle professionnel dans sa totalité, elle juge donc important de combler ces lacunes en élaborant ses propres instruments:

Tous les trous qu'il y a dans les milieux que tu as choisis, à l'urgence, on l'a pas la démarche de soins, donc les étudiantes ne voient pas comment faire la démarche de soins, donc c'est comme il faut que tu crées tes instruments, il faut que tu charries tes instruments avec toi... (P: 1 p. 9 lignes 17-20)

Les professeures insistent également sur la rédaction des travaux écrits qui portent sur les divers aspects du programme. Par ce moyen, les professeures sont en mesure de vérifier l'atteinte des objectifs en ce qui a trait aux cinq fils conducteurs. Une des participantes accorde beaucoup de crédibilité à la tenue du journal de bord car, par le biais de cet instrument, elle peut mieux saisir les comportements des étudiantes et ainsi les aider à cheminer professionnellement. Par ailleurs, certaines de ses exigences de recherche sont orientées sur des aspects très pratiques du rôle infirmier, comme les calculs de médicaments. Elle confirme toutefois que l'intention de cette stratégie d'enseignement est tout autant formative que sommative.

4. La démonstration des techniques de soins et du professionnalisme infirmier. Les étudiantes rencontrées disent qu'il est important pour elles d'être compétentes au regard de la dimension technique des soins et que pour apprendre, elles ont d'abord besoin d'observer. Cependant, même si les professeures sont conscientes que leur tâche de pédagogue s'étend au-delà de cette compétence technique, elles sont toutefois très soucieuses des apprentissages techniques inhérents à la profession infirmière:

C'est sûr moi je ne me centre pas sur les techniques. J'aime mieux qu'elles développent leur jugement clinique, mais dans le milieu, il faut qu'elles développent des habiletés techniques, elles n'ont pas le choix. Alors, on essaie de prendre toutes les possibilités de développer leurs habiletés techniques. (P: 2 p. 8 lignes 29-31 et p.9 lignes 1-2)

C'est pourquoi, les professeures se servent de la démonstration pour favoriser les apprentissages techniques, de même que ceux qui touchent l'apprentissage de la pratique infirmière dans sa globalité. La démonstration est utilisée pour l'enseignement des nouveaux procédés de soins:

Il faut que tu sois un démonstrateur, dans le sens qu'il faut que tu fasses à l'occasion, démontrer des techniques de soins pour les besoins de la cause... tu démontres, tout en ayant en tête qu'après l'étudiante devra le faire. (P: 1 p. 6 lignes 11-14)

Une pair mentionne que la démonstration sécurise les novices dans l'exécution des techniques de soins. Cependant, les professeures font également appel à la démonstration en ce qui a trait aux autres composantes de la formation infirmière comme la communication, la collaboration avec autrui, la démarche de soins, l'actualisation de soi. Elles parlent alors de l'utilisation du modèle de rôle, en tant que stratégie d'enseignement. Bien que la notion de modèle de rôle sera traitée en profondeur dans la section suivante, les quelques lignes suivantes traitent succinctement de leur intérêt pour cette stratégie d'enseignement.

Les professeures servent de modèles d'infirmières pour les étudiantes. Cette façon de faire est pour elles une occasion d'enseigner des processus plus complexes que les techniques de soins. Ainsi, les professeures n'hésitent pas à entrer en relation thérapeutique avec les clients et ce, en présence des étudiantes. Les séances d'observation dans les milieux ont contribué à mieux saisir le sens qu'elles accordent à l'utilisation du modèle de rôle, deux professeurs observés, l'une en soins palliatifs, le second sur une unité de court séjour se sont montrés de beaux modèles à suivre.

La professeure no 6 qui est assise avec un client s'entretient longuement avec ce dernier, pour qui la mort est imminente. Bien que l'étudiante entre dans la chambre, la professeure continue son interaction pour faire exprimer les sentiments du client. Plus tard en journée, cette même étudiante lui rapporte que la famille de ce client vit difficilement le deuil. La professeure en profite pour lui rappeler l'interaction de l'avant-midi et l'amène à réfléchir sur sa propre conception de la mort. Elle lui suggère d'en parler dans son journal de bord.

Comme le dit le professeur no 5, il ne peut s'empêcher d'aller échanger avec les clients dans leurs chambres. Une étudiante, qui le cherche, entre dans la chambre alors que celui-ci est dans une interaction profonde avec une cliente. L'interaction terminée, le professeur qui constate que la cliente semble isolée rappelle à cette étudiante la nécessité de poursuivre la collecte des données avec sa cliente afin de connaître sa condition sociale.

Cette citation de la professeure no 1 en fin d'entrevue résume bien l'importance de l'utilisation du modèle infirmier en milieu clinique:

J'aimerais rajouter qu'il faut toujours avoir en tête qu'on est un modèle pour les étudiants. Le professeur, c'est un modèle d'infirmière responsable, puis qui travaille bien équipe. (P:1 p.15 lignes 14-15)

C. L'évaluation des besoins et de la compétence des étudiantes

Les professeures, dans leur fonction pédagogique, doivent également procéder à l'évaluation des besoins individuels des étudiantes dans un contexte formatif et rendre une décision sommative quant à l'atteinte des objectifs d'apprentissage de ces dernières. L'évaluation des besoins et de la compétence des étudiantes comprend les indicateurs suivants:

1. Supervision.
2. Utilisation de la rétroaction.
3. Sélection des expériences d'apprentissage pertinentes.
4. Respect du rythme d'apprentissage.
5. Prise de décision sommative sur le niveau d'atteinte des objectifs d'apprentissage clinique.

1. La supervision. Les professeures font appel à la supervision dont le niveau est ajusté au rythme d'apprentissage des étudiantes et aux besoins de ces dernières. De plus, comme elles doivent prendre une décision au regard de la réussite ou de l'échec de l'étudiante, la supervision s'avère alors un moyen incontestable pour permettre l'évaluation sommative. Par ailleurs, les professeures doivent veiller à ce que les clients reçoivent des soins de qualité. Ce souci du client est une autre raison qui les incite à doser le niveau de supervision auprès des étudiantes. À titre d'exemple, toutes les professeures supervisent directement la préparation des médicaments, car comme le dit l'une d'entre elles, la conséquence de l'erreur est entre autres ce qui distingue l'enseignement clinique de l'enseignement théorique:

En salle de classe, tu peux laisser aller l'étudiant sur des erreurs et reprendre ça pédagogiquement. Alors qu'en stage, on a pas le choix, on peut se permettre de laisser préparer des médicaments d'une façon erronée dans la pharmacie, mais ça ne peut pas dépasser la porte tu sais (rires)! (P: 6 p. 2 lignes 31-34)

Quoique cette dernière ajoute une touche d'humour à l'essence de son propos, l'unité de médecine où elle enseigne lui impose de se concentrer fortement sur la préparation des nombreux médicaments à administrer aux clients. Comme ses pairs, elle veille à ce que la sécurité des clients soit assurée par une supervision étroite des étudiantes. Cependant, le souci d'ajuster le niveau de supervision pour chacune des étudiantes fait appel, comme elle le dit, à son jugement en tant que pédagogue. Il paraît juste de dire que l'enseignement clinique devrait être évalué sur la capacité de

la professeure à doser le niveau de supervision auprès des étudiantes. Dans ce sens, l'ensemble des participantes identifie trois facteurs qui influencent la supervision. Ces facteurs d'influence qui ont été mis en évidence dans la section précédente sont repris de façon exhaustive. Ce sont: le niveau de formation de l'étudiante, son degré d'autonomie et les exigences du milieu clinique.

Le niveau de formation des étudiantes est un facteur d'influence sur la qualité de la relation professeure-étudiantes, ce qui amène les professeures à ajuster le niveau de supervision conformément au fait que l'étudiante soit en début ou en fin de programme. Le témoignage d'une professeure va dans ce sens: «Je suis beaucoup plus encadrante au 300 (deuxième année) (P: 3 p. 4 ligne 25)». Une pair soutient que l'intensité avec laquelle elle facilite, aide ou structure est différente selon le niveau de formation des étudiantes. Par exemple, cette dernière convient qu'elle exerce ces trois fonctions peu importe le niveau de formation des étudiantes, elle met cependant l'accent sur chacune d'elles de façon différente en première, deuxième ou troisième année. Une étudiante apporte un exemple qui emboîte le pas au discours des professeures:

Bien sûr que ce professeure en deuxième année, elle est plus présente, quand on fait un pansement, elle va regarder, elle va rester là complètement le temps du pansement. Mais quand on est rendues en troisième année... ils savent nos points forts et nos points faibles... (E: 1 p.17 lignes 9-14)

Le jugement de la professeure en ce qui concerne le niveau de supervision à exercer est également tributaire du degré d'autonomie des étudiantes dans le milieu clinique. Les étudiantes apprécient grandement qu'on leur laisse une marge de manoeuvre dans l'exécution des techniques de soins:

C'est un professeur qui est là quand j'en ai besoin, puis qui me laisse mon autonomie. Moi j'aime pas être suivie en arrière de moi pour savoir si ma sonde draine bien, puis si mon soluté perfuse bien, j'aime pas ça me faire suivre en arrière, puis me faire poser des questions aux demi-heures... Pour favoriser mon autonomie, c'est sûr qu'on a des choses à apprendre, mais moi j'ai besoin de mon autonomie. (E: 3 p.4 lignes 9-16)

Or, la décision de laisser une marge de manoeuvre aux étudiantes dans l'apprentissage des techniques de soins pourrait compromettre la sécurité des clients. C'est pourquoi cette décision exige un jugement hautement exercé de la part des professeures qui se vérifie encore une fois dans l'indicateur, supervision de l'étudiante:

Ça explique aussi qu'on est là à 6h.00 le matin souvent pour prendre des notes pour essayer de connaître le patient avant... Surtout en intégration, parce qu'il faut développer leur autonomie. Ça prend un fichu de bon jugement pour savoir connaître les étudiantes, jusqu'à quel point je peux faire confiance à une étudiante, la laisser libre, la laisser autonome, puis quelqu'un qui faut que tu accompagnes tout le temps. (P: 2 p.15 lignes 20-27)

Les deux extraits précédents, bien qu'ils puissent paraître complémentaires, sont aussi opposés. D'une part, les professeures prônent l'acquisition de l'autonomie, mais émettent des

réserve, car elles ont le devoir de considérer la capacité de chacune des étudiantes à prodiguer des soins de façon autonome. La justesse de l'évaluation de la compétence de chacune des étudiantes est donc capitale dans l'exercice de la fonction d'enseignante en milieu clinique. Ainsi, la professeure doit détenir des habiletés tant sur le plan pédagogique, que sur le plan infirmier afin d'être en mesure d'exercer un jugement éclairé pour doser le degré de supervision à accorder. D'autre part, les étudiantes exigent qu'on leur laisse une certaine latitude dans le milieu d'apprentissage clinique. Elles reconnaissent toutefois que leurs professeures sont les seules à détenir l'expertise pour décider de leur niveau d'autonomie et comptent sur ces dernières pour ne pas laisser passer l'erreur:

... ça me tente pas de faire les erreurs que je faisais en deuxième année, qu'ils me corrigent si je ne fais comme il faut... (E: 6 p.5 ligne 31 et p.6 ligne 1)

Toutefois, la supervision revêt tout son sens dans l'évaluation des besoins et de la compétence des étudiantes, quand deux professeures rapportent qu'elles insistent auprès des membres de l'équipe de soins pour assurer elles-mêmes la supervision des étudiantes qui éprouvent des difficultés d'apprentissage. Les professeures estiment que, bien que les infirmières des milieux soient disponibles pour les seconder dans leur fonction en accompagnant les étudiantes lors de l'exécution des techniques de soins, elles préfèrent s'en remettre à leur jugement pédagogique pour décider des actions correctives à entreprendre.

Toutes les étudiantes et la moitié des professeures rappellent l'importance de démontrer une certaine souplesse dans la supervision et par conséquent, dans l'évaluation des techniques de soins:

Elle met pas ses doigts pareils, c'est pas grave, elle contamine pas. Faire attention de ne pas donner le message de ce que je fais moi, il faut que ça soit fait comme ça. Ça fait longtemps que j'ai rayé ça du répertoire! Il y a d'autres façons que ça peut être fait. (P: 1 p.12 lignes 26-28)

Une pair s'exprime sur le sujet, en rapportant le point de vue des étudiantes:

Qu'est-ce qui est difficile pour les élèves? Le prof qui est catégorique: il faut que telle technique se fasse en tant de temps! (P: 3 p. 14 lignes 30-31)

Les étudiantes insistent également sur cette flexibilité de la professeure dans la supervision qui indique que la professeure a intégré la réalité des milieux cliniques:

Moi, ça m'est arrivé la session dernière qu'il manquait un professeur, finalement ils ont pris un infirmier du centre hospitalier... Lui, il ne savait pas que c'était pas comme ça que j'avais appris à l'école... T'es pas obligée de respecter parfaitement ce que tu as appris à l'école, on voit qu'ils sont plus au niveau de la réalité. On dirait qu'ils s'en font moins que les professeures avec des petites choses. (E: 2 p.13 lignes 15-27)

La capacité de la professeure de procéder à l'évaluation des étudiantes en exerçant une supervision adaptée auprès de ces dernières, est également influencée par les exigences des milieux cliniques. Même si ces milieux ne sont pas directement responsables de l'évaluation des professeures, il demeure que leurs demandes concernant la nécessité de superviser adéquatement les étudiantes, ne peuvent être ignorées. Ainsi, la professeure se doit de procurer un encadrement à ses étudiantes qui réponde à la fois aux besoins de celles-ci, de même qu'à ceux des milieux qui les accueillent. En répondant aux besoins des étudiantes, la professeure démontre une compétence pédagogique, alors que dans la satisfaction des exigences des milieux, la professeure favorise un climat harmonieux et fait preuve d'une compétence organisationnelle qui sera reprise dans la dernière section de présentation des éléments d'évaluation. À titre d'exemple, une professeure souligne que le milieu pédiatrique dans lequel elle évolue lui suggère d'être très vigilante pour la préparation des médicaments. Elle assume que la souplesse et la capacité d'adaptation deviennent alors des éléments primordiaux pour favoriser l'acceptation de ses étudiantes dans le milieu.

2. L'utilisation de la rétroaction. Les étudiantes sont très sensibles à la quantité et à la qualité de la rétroaction qu'elles reçoivent de leur professeure. Même si elles veulent s'améliorer et devenir compétentes dans la pratique infirmière, elles allèguent, toutefois, que certaines professeures mettent fortement l'accent sur les aspects négatifs au détriment des aspects positifs:

Tu sais, regarder, avoir des yeux autant négatifs que positifs, comme quand ils évaluent leurs étudiants... (E: 6 p.9 lignes 16-18)

Elles jugent important que leurs forces et leurs faiblesses soient relevées, mais apprécient la compétence humaine de la professeure dans la manière de leur en faire part:

Qu'elle nous corrige quand ce n'est pas correct, mais il y a des façons de le dire...au lieu de te dire: «Non ce n'est pas correct ce que tu as fait, fallait que tu fasses ça comme ça!» de souligner le positif, mais de dire: «Bien ça, peut-être qu'il aurait fallu que tu fasses ça comme ça.» (E: 5 p.3 lignes 20-25)

Les propos des professeures sont aussi très centrés sur la rétroaction associée à la dimension formative de l'évaluation, cependant elles en traitent différemment. En effet, l'emploi de la rétroaction sur une base régulière fait partie de leur enseignement et elles ne peuvent les dissocier. C'est pourquoi elles sont soucieuses de dire les choses au moment où elles se passent. Tout comme les étudiantes, elles sont d'accord sur le fait qu'il faut faire voir le progrès dans l'apprentissage, une source de motivation importante:

Comme vois-tu la semaine passée, il y a une étudiante qui avait des problèmes, elle n'était pas capable de faire ça. Elle était mal à l'aise et je lui ai fait voir son progrès: «Regarde où tu en es.» Ça je trouve ça très très très important! C'est de toujours regarder en termes de progrès. (P: 3 p.6 lignes 13-17)

Une autre participante qui se considère très exigeante au niveau de l'exécution des techniques de soins précise qu'il est primordial que l'étudiante ait du renforcement positif, mais se dit rarement entièrement satisfaite de la performance des étudiantes à ce niveau. Par contre, elle tente toujours de ressortir leurs acquis et les éléments à travailler. Une pair ajoute la notion de constance et d'ajustement dans la quantité de rétroaction à donner. Pour elle, il est essentiel de maintenir une préoccupation formative tout au long de l'expérience d'apprentissage en faisant part de la rétroaction de façon continue:

...Ça va être important d'avoir un regard le plus possible sur tout, puis de leur parler, bien c'est d'avoir cette constance-là tout le temps. Ce n'est pas parce qu'on arrive en fin de session, puis qu'on se dit: «Bon bien là, ça ne donne rien quand même je lui dis, ça achève!» C'est évident qu'avec le temps, les commentaires ou les remarques, ou les échanges peuvent aller en diminuant, parce que l'étudiant va comme prendre sa place en terme d'autonomie... (P: 4 p.4 lignes 16-23)

3. La sélection des expériences d'apprentissage pertinentes. Les professeures prennent la décision d'assigner des clients dont la complexité des problèmes de santé convient à la fois aux habiletés des étudiantes et à leur niveau de formation. Certaines professeures font cette sélection avec l'infirmière responsable de l'unité, puisqu'elles estiment important de considérer l'organisation des ressources humaines du milieu. D'autres recherchent des situations de soins qui vont être profitables aux étudiantes, en faisant elles-mêmes le choix des clients attribués aux étudiantes, mais toujours elles demandent à l'infirmière responsable d'entériner leur décision.

Les étudiantes considèrent néanmoins que le nombre de clients assignés est plus important, car elles veulent être prêtes à faire face à la réalité du marché du travail qui leur exigera de prodiguer des soins à plusieurs clients à la fois. Elles apportent un point de vue différent des professeures, puisqu'elles considèrent que le nombre de clients qui leur est assigné devraient avoir préséance sur la complexité des situations de soins. Les professeures sont donc davantage centrées sur un souci pédagogique, plutôt que pratique. Un professeur se dit très attentif au respect de cet indicateur de compétence pédagogique:

Les étudiantes qui sont bonnes en communication sont tout le temps en communication, bien je dis: «Ça tu l'as, c'est dans ta peau, bien maintenant je te donne deux cas à approfondir dans la démarche.» Là, ils viennent enragés, mais je leur dis tout le temps: «Mais c'est ça qui est faible.» (P: 5 p. 24 lignes 11-14)

4. Le respect du rythme d'apprentissage. La compétence pédagogique en milieu clinique requiert un enseignement individualisé auprès des étudiantes. Le caractère particulier de cet aspect de l'enseignement favorise une telle approche. L'observation des professeures dans leurs milieux respectifs vient sanctionner cet indicateur de compétence pédagogique, car elles travaillent l'apprentissage des cinq fils conducteurs avec chacune des étudiantes. L'enseignement individualisé leur demande toutefois une profonde connaissance des situations de soins de chacun

des clients sélectionnés. L'une des professeures souligne que cette façon de faire est pour elle un moyen de se sécuriser dans le milieu, voire même un mode de contrôle: «Je contrôle ce que je peux contrôler, au moins je peux contrôler ça» (*P: 3 journal de bord, p.2 ligne 1*). Certaines élaborent des plans de travail très précis pour les étudiantes, alors que d'autres ne semblent pas avoir besoin d'instruments aussi détaillés. Même si leurs instruments de travail sont diversifiés, les professeures enseignent selon une intention formative qui les oblige à prendre en considération le rythme d'apprentissage des étudiantes:

D'abord je pense qu'il faut que tu connaisses un peu comment tes étudiants apprennent et peut-être de respecter leur rythme. Mais dans un rôle de professeur, je pense qu'il faut reconnaître les différences entre les étudiants. (*P: 1 p.5 lignes 17-23*)

Cette façon de procéder les amène à remettre en question le choix de certaines situations d'apprentissage pour les modifier au besoin:

Je lui présente la chose comme ceci: «Je pense que ce que je t'ai demandé était trop difficile, je pensais que pour toi ça aurait été plus facile». (*P: 3: p.9 lignes 14-16*)

Une professeure énonce qu'elle se préoccupe d'abord de poser un diagnostic pédagogique pour les étudiantes qui présentent des difficultés d'apprentissage à différents niveaux. Suite à cette action pédagogique, il lui est plus facile de rechercher des moyens qui vont favoriser le respect de leur rythme d'apprentissage. Cette préoccupation formative est, selon elle, ce qui permet de faire la distinction entre les infirmières des milieux cliniques qui apportent une certaine assistance à l'enseignement et les professeures:

J'essayais de savoir ce qui faisait qu'il était si énervé dans les pilules... Parce qu'il était trop pris, ben lui il avait un problème d'organisation... Pis là, il faut dire qu'il a été bien servi la dernière semaine avec quatre patients, avec quatre casseaux ben pleins de pilules, tu sais il faisait ça avec aisance, je trouvais ça presque beau là! Mais je me suis dit que si j'avais toujours pioché dessus... qu'est-ce qui serait arrivé? (*P: 6 p.10 lignes 20-27*)

Pour une autre le respect du rythme d'apprentissage lui demande de s'ajuster aux étudiantes:

Sauf que si un étudiant est pas capable, n'est pas rendu là, je vais avoir à m'ajuster. Il va falloir qu'avant, j'aïlle à la base, au niveau de la tâche, au niveau du processus qui est plus à la base autant au niveau des tâches que des processus, puis par la suite, je pourrai aller plus loin avec cette étudiante-là. (*P: 4 p.8 lignes 14-18*)

Le souci formatif de l'évaluation est largement abordé par toutes les professeures. En se guidant sur les objectifs du programme de soins infirmiers, elles mesurent le niveau d'atteinte de ces objectifs, jugent de l'écart entre ce qui est et ce qui est désiré, pour ensuite décider des actions qu'elles vont entreprendre pour faciliter l'atteinte des objectifs. Leur enseignement est

continuellement teinté du besoin de comprendre l'étudiante et de se situer au regard du cheminement de cette dernière.

Les étudiantes sont elles aussi préoccupées par le besoin d'être respectées dans leur rythme d'apprentissage. Elles considèrent qu'une professeure devrait être évaluée sur sa capacité à personnaliser l'enseignement et à s'adapter au rythme d'apprentissage des étudiantes. Tout comme l'autre groupe de participantes, les étudiantes croient qu'il est de première importance pour les professeures d'ajuster leur enseignement aux capacités de chacune d'elles; c'est pourquoi, elles imbriquent l'acte d'enseigner à la dimension formative de l'évaluation.

5. Prise de décision sommative sur le niveau d'atteinte des objectifs d'apprentissage clinique. Malgré l'intention formative que les professeures donnent à l'évaluation des étudiantes, elles sont aussi unanimes à dire qu'il faut en arriver à rendre une décision finale sur l'atteinte des objectifs fixés. Elles relayent cependant au second plan ce souci de l'évaluation sommative. Cette dimension de l'évaluation pose un problème important pour deux d'entre elles:

Moi, j'ai eu une fois à faire un échec en intégration, puis j'ai passé deux nuits sans dormir. (P: 2 p.16 lignes 17-18)

... noter les élèves en stage, ça je trouve que c'est la pire des contraintes, parce qu'à la fois je me dois, ça fait partie de mon devoir comme enseignante de les noter... (P: 3 p.1 lignes 10-12)

Alors que le professeur no 5 ne semble pas vivre de tels malaises lorsqu'il doit se prononcer sur la réussite ou l'échec d'une étudiante:

... je me suis tapé un petit cours pour apprendre, pas à évaluer mais, comment entrer en contact avec une étudiante à qui tu vas lui annoncer qu'elle a un échec. Là je n'ai jamais eu de révision de note depuis ce temps-là. (P: 5 p.24 lignes 18-21)

Les affirmations des étudiantes au regard de l'évaluation sommative fait par contre, contraste avec celui des professeures. Ces dernières considèrent l'évaluation sommative comme étant secondaire; alors que les étudiantes interrogées apprécieraient qu'il en soit ainsi, mais ne peuvent faire abstraction de leurs expériences antérieures qui les amènent à penser que certaines professeures en font leur préoccupation première. C'est ainsi qu'elles partagent leurs appréhensions face à la professeure qui est centrée davantage sur la note que sur l'aide:

Moi je me suis fait dire en deuxième session: «Si t'apprends pas à poser des questions, à t'ouvrir au groupe, je te fais couler ta session!» (E: 3 p.5 lignes 20-21)

...mais tu sais te faire dire: «Si t'améliores pas ça, c'est ta session qui est en jeu!» (E: 4: p.5 lignes 27-28)

La compétence technique

La compétence technique est abordée de la même manière par les professeures et les étudiantes; toutes la considèrent comme un élément important pour l'évaluation de l'enseignement clinique. D'une part, les professeures soulignent fréquemment la nécessité d'assister les étudiantes dans l'exécution des techniques de soins auprès des clients, d'être en mesure de démontrer les méthodes de soins nouvelles ou moins bien intégrées par les étudiantes et de se tenir à la fine pointe des technologies récentes utilisées dans les milieux cliniques. D'autre part, les étudiantes insistent sur l'importance de pouvoir se référer à leur professeure pour obtenir l'assistance nécessaire à ce niveau ou encore pour les corriger au besoin. Malgré le fait que cette compétence n'ait pas été définie de façon littérale par les répondantes, il apparaît juste de dire que la compétence technique fait référence aux connaissances et aux habiletés motrices qui permettent de poser des interventions sécuritaires auprès des clients. Il faut souligner que l'ensemble des participantes fait une distinction très claire entre la dimension technique et la dimension professionnelle infirmière. La première ne fait appel qu'à une partie de l'acte professionnel infirmier, alors que la seconde se rapporte à la pratique infirmière dans sa globalité.

Les témoignages recueillis soutiennent que la qualité de la relation professeure-étudiante en milieu clinique est maintenue grâce à l'utilisation des compétences humaine et pédagogique, mais elle requiert également une compétence sur le plan des habiletés techniques essentielles à l'exercice de la profession infirmière. Cette compétence technique exerce une influence directe sur la confiance des étudiantes envers la professeure sur le plan pédagogique. Comme il a été mentionné dans la section précédente, les professeures qui servent souvent d'exemples aux étudiantes doivent, pour ce faire, posséder l'expertise dans la dimension technique du rôle infirmier. Par contre, l'action de la compétence humaine se fait sentir de façon inverse, puisque les qualités personnelles et interpersonnelles de la professeure ont un impact majeur sur la transmission de la dimension technique de la pratique infirmière aux étudiantes.

Même si les deux groupes de répondantes s'entendent sur le fait que la compétence technique est nécessaire, elles ne la considèrent pas comme étant de première importance dans l'ensemble des éléments d'évaluation de l'enseignement en milieu clinique. Une professeure en témoigne ainsi:

La compétence technique, je ne veux pas minimiser la compétence clinique, mais ce n'est pas suffisant pour faire de l'enseignement clinique. (P: 3: p.13 lignes 13-14)

Le témoignage de cette étudiante complète le passage précédent:

Mais pour moi, celle qui donne confiance en moi c'est la plus importante... On a une technicienne en laboratoire au cégep, puis elle est vraiment là pour les techniques... puis les

techniques t'es supposée de les avoir correct quand t'arrives en stage. Donc, le prof c'est moins important qu'il ait bien les techniques. (E: 2: p.12 lignes 3-14)

Deux professeures avancent que les infirmières des milieux cliniques peuvent suppléer à ce niveau, car elles sont de bons exemples pour les étudiantes sur le plan technique. De leur côté, les étudiantes se disent à l'aise d'aller chercher cette expertise technique auprès des infirmières des unités de soins. Néanmoins, elles sont tout de même d'accord sur le fait que cette compétence ne peut être ignorée comme élément d'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers, pour laquelle elles exigent un niveau d'habileté minimal de leur professeure:

Comme on a eu un professeur qui était habitué en psychiatrie et on se retrouve en médecine, à cause de ça, il n'est pas habitué en médecine. Tu vois les erreurs flagrantes qu'il fait là, comme poser un Jelco (*cathéter intraveineux*) à l'envers. Pour un professeur qui enseigne à des étudiants, c'est pas normal! (E: 2: p.3 lignes 17-21)

L'intérêt des participantes d'inclure la compétence technique comme objet possible d'évaluation de l'enseignement clinique est renforcé par le personnel des milieux cliniques. C'est pourquoi, à ce chapitre, toutes les professeures considèrent que le point de vue des institutions dans lesquelles se déroule l'enseignement clinique est important à considérer. Les deux témoignages suivants en font foi:

Ce qu'elles aiment bien les infirmières, c'est que tu sois compétente aussi sur le plan clinique. Sur le plan clinique, peut-être pas à notre sens comme professeure être capable de superviser des démarches de soins, des relations d'aide tout ça, mais sur le plan comme technique, par exemple être bonne dans les prises de sang et tout ça... mais j'ai l'impression que euh...on regarde ça beaucoup... (P: 6: p.5 lignes 11-18)

...si à l'occasion, le professeur dit: «Bien écoute, on a pas le temps, on a essayé, ça ne marche pas». Bien là, c'est sûr que c'est comme acceptable, mais si c'est à répétitions, je veux dire que c'est évident que eux autres, ils vont exprimer des insatisfactions. (P: 4: p.16 lignes 1-5)

Les sous-sections suivantes justifient le besoin de prendre en compte la compétence technique comme élément d'évaluation de l'enseignement clinique en abordant les motifs qui incitent les professeures à l'utiliser. Les professeures ont recours à leur compétence technique pour (a) démontrer les techniques de soins et l'expertise pour les évaluer (b) assurer la sécurité et le bien-être des clients. Le Tableau 6 qui illustre la compétence technique est certes, plus concis, que les précédents. De plus, ce tableau ne comporte pas de compétences satellites, mais plutôt les motifs pour lesquels les professeures y ont recours. Ces motifs deviennent en quelque sorte les indicateurs de la compétence technique.

Tableau 6 — *La compétence technique comme troisième élément d'évaluation de l'enseignement clinique*

Indicateurs

- Démonstration des techniques de soins et l'expertise pour les évaluer
 - Assurance du bien-être et de la sécurité des clients
-

A. La démonstration des techniques de soins et l'expertise pour les évaluer

Même si l'ensemble des propos des professeures est continuellement marqué par leur intérêt de transmettre la globalité de la pratique infirmière, elles sont, par ailleurs, très conscientes que la dimension technique fait partie de cette globalité. Elles se préoccupent donc d'être au fait des nouveaux protocoles de soins en s'accordant une période d'orientation avant chaque session d'enseignement clinique. Une professeure corrobore les propos des étudiantes sur le fait que de démontrer une certaine aisance sur le plan technique augmente la crédibilité dans le milieu clinique.

Comme il a été relaté précédemment, les professeures utilisent la démonstration comme stratégie d'enseignement des techniques de soins. Toutefois, cette stratégie d'enseignement qui permet à l'étudiante de réaliser ses apprentissages en milieu clinique implique que la professeure possède l'expertise des différentes étapes des procédés de soins; les étudiantes sont à ce niveau très exigeantes. Elles s'attendent à ce que la professeure qui devrait maîtriser l'élément technique puisse leur donner des moyens facilitants pour réussir l'exécution des techniques de soins, ce que les six étudiantes ont relevé comme étant *donner des trucs pour réussir la technique*.

Cinq participantes parmi les professeures misent sur leur habileté de démonstratrices pour permettre aux étudiantes d'apprendre à exécuter des techniques de soins. La sixième professeure, qui adopte une position dissidente, estime qu'il est préférable de laisser l'étudiante exécuter la technique de soins d'abord, pour la corriger par la suite. Mais, cette dernière ne s'est pas prononcée sur l'importance de la démonstration en ce qui concerne les procédés de soins nouveaux.

Quoique la compétence sur le plan technique sous-tende la capacité de démontrer des techniques de soins, elle confère également à la professeure l'expertise pour les évaluer. Cette expertise lui permet de procéder avec souplesse et exactitude à l'évaluation des étudiantes dans l'exécution des techniques de soins. Néanmoins, même si les professeures accordent une grande crédibilité à la compétence des infirmières des milieux pour les seconder à ce niveau, elles sont constamment à l'affût des étudiantes qui présentent des difficultés d'apprentissage plus marquées.

Elles considèrent que leur expertise de pédagogue devient alors essentielle pour aider l'étudiante à cheminer.

B. L'assurance du bien-être et de la sécurité des clients

Le client est un facteur d'influence important sur la qualité de la relation professeure-étudiante durant le processus de l'enseignement clinique. En effet, toutes les professeures sont soucieuses d'assurer le bien-être et la sécurité des clients, alors que les étudiantes ne relèvent pas cet élément de façon explicite. Par contre, quand ces dernières relatent que le milieu d'apprentissage clinique est anxiogène, elles font référence à leur crainte de porter préjudice au client.

Lorsqu'elles accompagnent les étudiantes dans l'exécution des divers traitements, les professeures sont continuellement soumises à un dilemme, soit laisser l'étudiante poursuivre son expérience d'apprentissage ou alors prendre la relève en mettant à profit sa propre expertise technique. La considération pour le confort du client est alors l'élément qui prime et qui fait en sorte qu'elles vont décider de suppléer au manque de dextérité manuelle de l'étudiante. Cette décision transcende alors l'intervention pédagogique auprès de l'étudiante, puisqu'à ce moment, la professeure utilise sa compétence technique dans l'intérêt du client.

Si je me rends compte que c'est une question de temps, que le patient est tolérant... puis qu'il me dit: «Je suis capable d'attendre». Bien je vais attendre. Mais si la situation fait en sorte que c'est difficile pour le patient, je vais prioriser le bien-être du patient, puis je ne me dirai pas nécessairement: «Ah, bien là j'évalue pas si elle est capable de tout monter sa ligne de soluté»... mais je vais être capable de voir dans une autre occasion comment elle fonctionne au niveau technique... (P: 4: p.10 lignes 11-20)

... c'est arrivé à l'automne, des traitements pour un enfant, il fallait que ce soit fait et il était 3h.00, tatatatata... 3h.00, là je ne pouvais pas attendre, il fallait que j'agisse! (P: 3: p.13 lignes 1-3)

Les professeures affirment qu'elles doivent constamment faire appel à leur jugement pour prendre ou non la relève des étudiantes dans certaines interventions auprès du client. Elles sont quelques fois obligées de pallier ce que deux d'entre elles ont nommé des *erreurs de jugement* de leur part. Quand une telle situation se produit, elles ont, à nouveau, recours à leur compétence technique pour éviter que le client en subisse les conséquences:

... quand j'ai surestimé les capacités d'une étudiante pour une situation donnée euh... J'aurais eu intérêt à la placer dans une autre situation, parce que c'est trop. Quand je fais des erreurs comme ça, c'est certain que là, je dois suppléer... (P: 3: p.12 lignes 26-29)

Certaines professeures se disent imputables des erreurs des étudiantes:

En quelque part, s'il arrive quelque chose, je me sentirais responsable. Je pourrais pas dire: «C'est l'étudiante qui l'a fait». Ce serait trop facile... (P: 2: p.16 lignes 12-14)

D'autres ne vivent pas le même sentiment:

... au début de ma pratique, dès qu'il arrivait quelque chose... pis qu'on avait l'impression qu'on accusait les étudiantes, moi je me sentais accusée, mais là, j'ai arrêté de me sentir accusée. Ben là, je me dis: «Ça se peut, ils apprennent!» (P: 6: p.13 lignes 34-38)

Les étudiantes apprécient que les professeures ne se centrent pas que sur les erreurs qu'elles peuvent faire. Cependant, elles estiment que pour les aider à apprendre, les professeures doivent être exigeantes envers elles:

... j'aime un prof qui soit un peu exigeant. Ça me tente pas de faire les erreurs que je faisais en deuxième année. Qu'ils me corrigent si je ne fais pas comme il faut, d'une façon adéquate. (E: 5 p. 5 lignes 30-31 et p.6 lignes 1-2)

La compétence professionnelle infirmière

Comme les professeures et les étudiantes l'ont souligné précédemment, bien que la compétence technique n'occupe pas la première place au rang des compétences qui devraient faire partie des éléments de l'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers, elles sont d'accord qu'il est important de la considérer. Par ailleurs, au-delà de la valeur de cette compétence, il y a celle de la compétence professionnelle infirmière qui, selon toutes les professeures, devrait être mise en priorité au même titre que la compétence pédagogique. Le résumé de l'ensemble des propos des professeures permet de l'énoncer ainsi: pratique centrée sur la globalité de l'approche au client, se traduisant par l'utilisation de la démarche de soins, des principes de communication thérapeutique, de l'actualisation de soi et de l'engagement professionnel. Étant donné que cette compétence fait appel aux valeurs professionnelles, les professeures introduisent la notion de conflit entre les valeurs existantes dans les milieux d'enseignement clinique et celles qui sont définies dans la profession infirmière. En effet, pour remédier aux lacunes des institutions, les professeures qui sont cohérentes avec le but qu'elles se sont fixé de transmettre la pratique selon une approche globale accordent une place prépondérante à leur compétence professionnelle infirmière.

Cependant, malgré le fait que les étudiantes soient axées sur l'apprentissage d'une partie de la globalité de la profession infirmière, soit la dimension technique, elles sont tout de même sensibles à la compétence professionnelle infirmière comme élément d'évaluation. Elles mentionnent que cette compétence, qui devrait se refléter dans les comportements de leur professeure, sont les comportements *d'une bonne infirmière*:

Une bonne infirmière, parce qu'en étant une bonne infirmière, elle va être capable de nous poser des questions... Moi je pense qu'en ayant une bonne base, en étant une bonne infirmière, le reste va venir facilement. (E: 4 p.11 lignes 23-28)

De plus, elles relient directement les composantes de la compétence professionnelle infirmière aux éléments mêmes de l'évaluation de l'enseignement clinique:

Je pense que ça regroupe beaucoup les cinq fils conducteurs. Je pense que ça ne devrait pas être juste pour notre évaluation à nous, mais aussi pour le prof. On devrait voir si le prof a ça aussi. (E: 3 p.12 lignes 4-6)

À travers les multiples stratégies d'enseignement qu'elles utilisent, les professeures ont, entre autres, recours à la démonstration. Cette stratégie réfère certes au fait qu'elles doivent avoir intégré l'aspect technique de la profession infirmière, mais elle implique également une intégration des valeurs professionnelles qui sous-tendent l'approche globale du client. D'une part, les valeurs professionnelles touchent les dimensions éthique, déontologique et légale de la profession, de même que l'aspect collaboration avec le milieu. Ce dernier aspect semble d'ailleurs revêtir une signification particulière, puisque toutes les professeures l'ont relevé à plusieurs reprises, comme les deux extraits suivants en sont la preuve:

Donc, on fait autant de travail souvent avec les infirmières, qu'avec les étudiantes, pour les aider à collaborer... (P: 5 p. 13 lignes 24-26)

... il y a mes élèves qui sont importantes et évidemment, comme je suis en intégration, il y a mes élèves en collaboration avec le milieu et ça, c'est beaucoup plus présent. (P: 3 p. 4 lignes 9-11)

D'autre part, pour faire apprendre la globalité des soins aux clients, les professeures mettent l'accent sur l'enseignement des processus tels (a) la communication avec le client, (b) la démarche de soins propre à la profession infirmière et (c) la prise de conscience des valeurs personnelles qui influencent tout autant les interactions avec les clients qu'avec les collègues. Selon les étudiantes, la compétence professionnelle infirmière est un élément d'évaluation valable, puisqu'elle est la pierre angulaire de la qualité de leurs apprentissages en milieu clinique. Elles prétendent qu'en faisant preuve de cette compétence, les professeures leur transmettent non seulement la pratique, mais aussi, pour reprendre leurs termes, *l'amour de la profession*. Les professeures s'expriment dans des propos similaires. Pour susciter la motivation des étudiantes, elles considèrent primordial de démontrer qu'elles sont intéressées à la profession infirmière:

Et puis je pense qu'il y a un critère qui est important, il faut aimer ça. Je pense que les étudiantes quand elles voient que tu aimes ça la clinique, je trouve ça bien important... puis je trouve qu'il y a un peu de ça à leur transmettre... mais je me dis si au moins elles aiment ça, il me semble qu'elles vont trouver des motivations intrinsèques, puis elles vont arriver à quelque chose. (P: 6 p. 1 lignes 33-38 et p.2 lignes 1-8)

Les professeures qui font appel à cette compétence dans leurs interactions avec les clients ne peuvent se dissocier de leur formation initiale:

Alors, c'est continuellement l'influence entre l'infirmier, puis ma pédagogie, même si je ne veux pas m'en dissocier. Alors j'entre dans une chambre et puis je m'en vais toucher au patient. C'est pas dans mon rôle de prof d'aller m'asseoir, puis de toucher au patient... Je ne peux pas, pas le faire! Donc je ne peux pas me dissocier de mon rôle d'infirmier. (P: 5 p.16 lignes 14-19)

Cet extrait démontre que même si elles redeviennent des infirmières à certaines occasions, les professeures sont toutefois conscientes que leurs attitudes envers les clients sont des facteurs contributifs aux apprentissages de la totalité des composantes de la formation infirmière.

Comme il a été énoncé précédemment, les composantes de la formation infirmière sont dictées par les objectifs du programme de soins infirmiers de même que par les perspectives de la profession infirmière. Cependant, la compétence de la professeure à cet égard se fait sentir dans sa capacité de prendre en compte les éléments suivants dans son enseignement (a) valeurs personnelles et professionnelles inhérentes à la formation infirmière, (b) processus à la base de la formation et (c) développement de la connaissance de soi de l'étudiante.

Ces trois compétences satellites sur lesquelles la professeure met l'accent sont le reflet de sa compétence professionnelle infirmière et deviennent, en quelque sorte, une façon de mieux la concrétiser dans son enseignement. Le Tableau 7 expose les trois compétences satellites auxquelles renvoie cette compétence.

Tableau 7 — *La compétence professionnelle infirmière comme quatrième élément d'évaluation de l'enseignement clinique*

Compétences professionnelles satellites

- Transmission des valeurs personnelles et professionnelles inhérentes à la formation infirmière
 - Transmission des processus à la base de la formation
 - Développement de la connaissance de soi de l'étudiante
-

A. La transmission des valeurs personnelles et professionnelles inhérentes à la formation infirmière

Les professeures sont redevables aux infirmières des milieux qui les assistent fréquemment dans leur fonction d'enseignement. Toutefois, elles apportent des précisions sur le sujet, à l'effet que les infirmières des unités ne transmettent en général que les dimensions

technique et organisationnelle de la profession. Elles estiment qu'il leur appartient alors de faire apprendre les autres aspects de la profession infirmière, ce que l'une des professeures qualifie de transmission de la conception *élitiste des soins infirmiers*. Un autre participant fait d'ailleurs, d'une façon originale, la distinction entre l'idéal de la pratique tel que conçu dans les centres hospitaliers et l'idéal enseigné dans les milieux collégiaux:

... je pense que les infirmières sont souvent des modèles sans s'en rendre compte, ce que le prof n'est pas souvent! Ils aiment la façon qu'elles fonctionnent, ils aiment la façon qu'elles parlent, parce que évidemment, c'est la pratique, c'est naturel, c'est pas du tout cognitif, c'est même l'idéal! Donc, évidemment, le prof c'est pas l'idéal, tu comprends, il est là qui te dicte quoi faire. (P: 5 p. 13 lignes 26-31)

Par cette approche paradoxale, ce professeur décrit bien la tâche qui lui est dévolue, soit celle de ramener les étudiantes à la dimension théorique de la pratique, en leur communiquant les valeurs inhérentes à la profession infirmière. Il est appuyé par une pair qui se dit soucieuse de transmettre une des valeurs professionnelles infirmières capitales, qui est d'exercer la profession en utilisant une démarche de soins. Elle précise que cette compétence satellite est facilement évaluable:

Moi, je pense que c'est très évaluable, mais si moi, je ne crois pas en la démarche de soins, je peux facilement laisser passer ça, mais si c'est une valeur, ben je vais m'organiser, je vais donner du temps pour vérifier les plans de soins, les cardex. Si c'est pas important, je vais juste vérifier le point de vue technique. Tu sais, ça fait que c'est très dépendant de nos valeurs, pis moi celles que je prône, c'est d'utiliser la démarche scientifique. (P: 6 p.7 lignes 14-20)

Les professeures s'efforcent de former d'excellentes infirmières et utilisent la remise en question auprès des étudiantes pour le faire. C'est pourquoi, elles favorisent le développement de la pensée critique, qui permet à l'étudiante de s'interroger sur les gestes qu'elle pose:

... c'est d'essayer en même temps, d'essayer de refaire des remises en question sur les valeurs de l'étudiant... ce qui va faire la différence entre quelqu'un qui va passer sur un département et de qui on va dire: «Ça, c'est une excellente infirmière!» C'est toute l'autre dimension, tu sais, c'est la dimension de toi comme personne, comment tu peux être, comment tu peux être avec le patient, comment tu peux être dans ta façon de travailler, jusqu'où tu vas. Tu sais, c'est comme d'essayer d'inculquer tout ça aux étudiants. (P: 4 p. 8 lignes 1-13)

Les valeurs professionnelles sont les guides des professeures lorsqu'elles enseignent en clinique. Comme l'une d'elles le rapporte, elle tente de pallier l'absence d'un cadre précis pour l'évaluation de l'enseignement en milieu clinique, en se référant à ses valeurs professionnelles:

L'enseignement clinique, tu n'as pas de guide, c'est mon instinct, ce n'est pas évident! On y va avec ce qu'on est, avec nos valeurs professionnelles». (P: 2 p. 17 lignes 2-3)

Les étudiantes apportent un point de vue moins clair de l'intérêt de la transmission des valeurs professionnelles. Elles disent apprendre l'entité de la profession infirmière au contact de leurs professeures, c'est pourquoi elles font référence à la nécessité que cette dernière soit une *bonne infirmière*. Pour deux étudiantes, le fait d'être une *bonne infirmière* ne se limite pas qu'à la

maîtrise des habiletés techniques, mais commande aussi la connaissance de toutes les dimensions de la profession:

Si on veut devenir des bonnes infirmières, c'est qu'on doit avoir un prof qui connaît ce qu'elle fait, une bonne infirmière à tous les niveaux là. Au niveau de son approche, au niveau de ses techniques euh... (E: 3 p. 11 lignes 3-4)

Elles reviennent encore une fois sur le fait que la compétence professionnelle infirmière, comme les compétences précédentes, donne une crédibilité envers leur professeure et par ricochet, leur procure une certaine sécurité. D'une part, cette sécurité se traduit dans la confiance des étudiantes de pouvoir se fier à leur guide à qui elles donnent le mandat de les diriger dans la voie du professionnalisme. D'autre part, elles énoncent qu'une préoccupation constante de leur évaluation sommative en milieu clinique est également un facteur de motivation pour apprendre toutes les dimensions de la formation infirmière. Dans les deux cas, les étudiantes exigent de leur professeure, cette compétence professionnelle d'infirmière, ce que les infirmières des milieux cliniques leur apportent, mais de façon partielle.

Néanmoins, même si les valeurs professionnelles sont clairement explicitées dans le programme de soins infirmiers et dans les perspectives de la profession, il demeure que les valeurs personnelles des professeures exercent également une influence directe sur la relation d'enseignement-apprentissage. Quoique les valeurs personnelles, qui sont le reflet des convictions de la professeure en ce qui a trait à l'acquisition du professionnalisme infirmier, sont difficiles à situer sur une échelle, elles sont par contre identifiables. Contrairement aux valeurs professionnelles, les valeurs personnelles sont non imposées par les professeures; elles en font la promotion pour amener les étudiantes à se définir en tant qu'individu. Toutefois, ces valeurs personnelles s'évaluent moins pour ce qu'elles sont que par le fait de devoir être présentes chez celle qui enseigne en clinique. De ce fait, elles deviennent des éléments significatifs dans l'évaluation de l'enseignement clinique. Une professeure est convaincue de la portée des valeurs personnelles:

Il faut que les valeurs qu'on leur montre, il faut qu'ils sentent que ce soit ressenti aussi par nous ces valeurs-là, que ce sont des valeurs profondes, que ce ne sont pas juste des paroles. Il faut être congruente avec notre comportement, notre verbal et notre non verbal. (P: 2 p.13 lignes 14-17)

Ainsi, les professeures estiment qu'elles doivent être exigeantes envers les étudiantes, afin que celles-ci adhèrent non seulement au système de valeurs professionnelles infirmières, mais également à celui des valeurs personnelles. Tout au long de leurs entrevues, elles relèvent plusieurs valeurs personnelles qu'elles tentent d'inculquer à leurs étudiantes. Cependant, les valeurs personnelles prônées par les professeures sont peu homogènes. En effet, deux participantes

considèrent que d'être ordonnée et organisée dans le travail est une valeur qui mérite considération, à l'autre extrême du continuum des valeurs, cette autre mise sur le besoin de transmettre l'intérêt pour la profession:

Moi je dis aux étudiants: «C'est parce que je veux que vous soyez intéressés, c'est tellement épouvantable de voir une infirmière qui arrive avec son corps, mais elle fait l'action». L'intérêt, c'est aussi tout ce qu'on dégage avec l'intérêt. (P: 5 p. 22 lignes 25-28)

D'autres mentionnent des valeurs comme l'authenticité, la transparence, l'intégrité, le respect, la ponctualité. L'intégrité est pour une des professeures une valeur inébranlable à transmettre. Elle se remémore, avec un certain émoi, une situation où le manque d'intégrité d'une étudiante aurait pu causer la mort d'une cliente. C'est pourquoi, elle avoue être plus à l'aise avec une étudiante qui éprouve des difficultés d'apprentissage en milieu clinique, plutôt qu'avec une qui n'est pas intègre. Un autre parle d'authenticité et de transparence non seulement au niveau de la relation thérapeutique, mais aussi dans la communication fonctionnelle: «... on peut avoir une communication fonctionnelle et on peut aussi être authentique envers soi-même» (P: 5 p.9 ligne 21). Ce même professeur conçoit également la ponctualité comme une valeur personnelle essentielle à détenir. Il en est à ce point convaincu que, dès la première journée d'enseignement clinique il en fait part aux étudiantes en ajoutant qu'une faille à ce niveau peut entraîner un échec. Le respect de l'autre est également rapporté comme une valeur personnelle à considérer:

Moi le respect c'est bien important. Je pensais que nos jeunes avait au moins cette valeur-là comme importante. Il faut les faire cheminer... Quand ils ne se respectent pas entre eux, j'ai de la difficulté à croire qu'ils vont respecter leur bénéficiaires. (P: 2 p.13 lignes 24-30 et p.14 lignes 1-3)

De leur côté, les étudiantes ont une vision plus générale de la transmission des valeurs personnelles. Elles prétendent que c'est à travers toutes ses interventions pédagogiques et interpersonnelles que leur professeure véhicule les valeurs personnelles importantes à acquérir. Le respect de l'autre est mentionné par deux étudiantes comme étant une valeur que les professeures peuvent leur inculquer. Pour ce faire, les professeures se doivent d'abord d'être attentives aux tensions qui se vivent quelques fois entre les étudiantes pour les amener à gérer leurs conflits dans un respect mutuel. Une autre étudiante rapporte que la justice est une valeur personnelle qui devrait faire partie de l'évaluation de l'enseignement clinique:

De rester neutre, de ne pas avoir de préférence, la justice. Au lieu de dire des commentaires comme: «Regarde, elle ça va bien, toi...» (E: 4 p. 12 lignes 25-27)

B. La transmission des processus à la base de la formation

L'enseignement donné en milieu clinique exige une compétence pédagogique qui sache considérer l'intégration des processus dans l'apprentissage de la pratique infirmière. Cependant,

cette vision pédagogique de l'enseignement implique également une compétence professionnelle infirmière à l'effet que la professeure ne peut se dissocier de la conception des soins infirmiers qui commande l'imbrication des divers processus pour prodiguer des soins selon une approche globale. Afin de se conformer aux objectifs du programme établis et très conscientes de leur responsabilité à cet égard, les professeures se donnent le mandat clair de guider les étudiantes selon cette globalité. Cette participante qui insiste sur l'enseignement du processus de la démarche de soins traduit bien le fait que la professeure doit d'abord s'être approprié ce processus:

... ne serait-ce que d'utiliser la démarche dans la pratique... mais tu sais d'être capable de faire, je ne sais pas, de dire: «Bon ben là, écoute on collecte des données, t'en prends au rapport, là t'en as des données, là tu vas aller consulter ton dossier ses autres données». Moi je leur dis: «Tu fais marcher ton ordinateur, là tu émettes des hypothèses diagnostiques, ça fait que quand tu rentres dans la chambre, tu observes ton patient, tu le questionnes, là tu confirmes ou t'infirmes des choses». Ça je trouve que ça prend, ben il faut l'avoir tu sais, en tout cas bien le posséder... (P: 6 p. 5 lignes 37-42 et p. 6 lignes 1-3)

Les professeures rapportent que l'intérêt pour l'enseignement des processus est un élément de distinction qui démarque les professeures expérimentées et les novices. Les professeures moins expérimentées, qui accordent une grande valeur à l'exécution de la tâche, enseignent la pratique des soins infirmiers d'une façon plus compartimentée. Cette situation s'applique également aux infirmières des unités qui semblent avoir une conception différente de la profession infirmière, l'extrait suivant en fait foi:

... on se rappelle que dans notre collecte de données, il y a la consultation avec les collègues, ça nous aide à assurer le suivi de notre patient. Tu sais, il va y avoir un vocabulaire plutôt comme ça... tu sais je vais avoir plus un vocabulaire de démarche de soins là... comme infirmières eux ils vont plutôt dire: «Écoute t'as tes gluco à faire, va faire tes gluco tout de suite». Tu sais, les infirmières elles les utilisent pas tant que ça les processus, en tout cas d'une façon très explicite, c'est implicite des fois. Ça fait que c'est une partie intégrante du rôle professionnel, il faut bien que les étudiantes l'apprennent! (P: 6 p.16 lignes 11-18)

Les périodes d'observation en milieu clinique ont permis de constater que les professeures démontrent leur compétence professionnelle infirmière en faisant prendre conscience aux étudiantes de l'apprentissage de la pratique axée sur les processus. Pour ce faire, elles leur rappellent que les différentes interventions infirmières ne peuvent être exécutées de façon isolée, mais plutôt insérées à l'intérieur des divers processus. Comme cette professeure qui fait la révision des plans de soins avec une étudiante et qui lui fait part de son manque de connaissance de son client. Elle lui transmet, avec un ton calme, son insatisfaction face à son implication plutôt mitigée: «Ton plan de soins, tu l'as pas ajusté en tout cas! Je sens que c'est par morceau ce que l'on fait là, j'ai comme l'impression qu'on est en train de faire un devoir (P: 6, journal de bord, p.5 lignes 6-8) ». Une autre professeure laisse une grande latitude aux étudiantes en ce qui concerne l'exécution des techniques de soins; toutefois, elle fait régulièrement des tournées pour s'informer des

problématiques de soins identifiées et pour travailler les plans de soins avec les étudiantes. Ces deux exemples reflètent l'importance accordée à la compétence professionnelle infirmière.

Deux autres pairs sont également attentives à sensibiliser les étudiantes aux processus dans lesquels s'insèrent les techniques de soins. Bien que ces deux personnes insistent sur des éléments différents, toutes les deux enseignent les techniques à l'intérieur d'un processus. Ainsi, l'une fait voir à l'étudiante les lacunes du côté ergonomique: «Mais, le patient était tout croche dans le lit, le lit était trop haut, t'étais en dessous de la ridelle (*P:5 p.7 lignes 4-5*)». Alors que l'autre tente de montrer la place à la communication dans l'exécution de la technique: «Elles voient le bénéficiaire entre leurs techniques, mais elles ont encore de la difficulté à faire une technique, puis à établir la communication (*P:2 p.9 lignes 16-17*)».

Les étudiantes, qui adoptent un point de vue d'apprenante ne s'expriment pas dans les mêmes termes. D'ailleurs, une seule d'entre elles corrobore les propos des professeures, quand elle constate que la connaissance des processus est importante pour lui faire apprendre la pratique infirmière dans sa globalité. Elle s'explique en donnant un exemple: celui des infirmières des unités de soins. Selon cette étudiante, les infirmières des unités qui n'intègrent pas tous les concepts de base de la profession dans leur pratique quotidienne, ne pourraient leur transmettre toutes les dimensions de la profession:

Mais peut-être qu'au niveau théorique, qu'il y a des failles, des choses qu'elles ont oubliées, qu'elles ont perdues... comme des plans de soins. En étant étudiantes, on en fait beaucoup, mais en étant infirmières, c'est un peu laissé de côté. Ça fait qu'elles auraient pas les compétences que nos profs ont, pour nous faire un bon plan de soins, puis pour nous corriger nos plans de soins à nous. (*E: 5 p. 20 lignes 10-15*)

C. Le développement de la connaissance de soi de l'étudiante

Afin d'être en mesure d'assurer la prise en charge totale des clients, qui exige plus que des habiletés au niveau de la tâche technique, les professeures assument que les étudiantes doivent apprendre à composer avec la dimension humaine qui caractérise les apprentissages en milieu clinique. Cette composante humaine implique une relation thérapeutique avec le client, qui ne peut se faire sans que l'aidant ait une connaissance approfondie de lui-même. Les professeures s'emploient donc à développer cette connaissance de soi qui facilite les interactions avec les clients.

À travers les apprentissages cliniques qui peuvent être de nature très concrète, les professeures tentent souvent d'aller explorer l'expérience vécue, en ramenant l'étudiante à un deuxième niveau où celle-ci a toute la latitude voulue pour exprimer ses émotions et ses réactions. Cette professeure démontre bien le sens de la remise en question dans les propos suivants:

Je ne veux pas tout changer sa personnalité ou sa façon d'être... Mais je veux vraiment la centrer sur ce qu'est-ce qu'elle est, parce qu'à un moment donné, ça va avoir des conséquences sur son travail d'infirmière, pour que la tâche soit à un moment donné le véhicule de qu'est-ce que c'est que de faire des soins infirmiers. (P: 4 p. 2 lignes 18-23)

Une pair qui débute son entrevue en rappelant les contraintes auxquelles elle est assujettie déplore le manque de temps qu'elle peut consacrer à ses étudiantes pour les accompagner dans le vécu de leurs émotions. Cette même participante transpose cet élément de l'enseignement clinique à ses propres expériences personnelles et professionnelles où elle dit ne pas oublier les étapes par lesquelles elle est passée:

Souvent je pars beaucoup de ma propre expérience comme infirmière. Les étudiantes m'apportent souvent leurs problèmes: «Bon qu'est-ce que tu es en train de me dire»? On se parle de ça. (P: 3 p. 8 lignes 24-27)

Un autre, se réfère aussi à son expérience personnelle pour comprendre le cheminement individuel des étudiantes. Néanmoins, il dit insister sur l'importance d'amener les étudiantes vers une congruence entre le geste et la pensée, particulièrement dans l'apprentissage du processus de la communication:

... il faudrait peut-être que vous me retourniez l'image de ce que vous êtes, en disant ce que vous pensez, ce que vous êtes... Si vous me dites que vous communiquez bien, j'ai jamais dit que vous ne communiquez pas bien, mais votre faire doit refléter un peu votre pensée. (P: 5 p.2 lignes 18-23)

La compétence organisationnelle

Malgré le fait que cette compétence ne soit pas directement reliée au contenu des apprentissages, elle se reflète par ailleurs dans le climat dans lequel ces apprentissages se déroulent. Toutes les professeures sont formelles, outre leur fonction d'enseignement, elles ont également la responsabilité de créer un climat favorisant aux apprentissages des étudiantes. Cette responsabilité qui leur incombe caractérise l'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers. C'est pourquoi elles prennent grand soin de protéger la qualité des relations interpersonnelles qu'elles entretiennent avec le personnel des milieux qui les accueillent. Par cette préparation, les professeures tentent de neutraliser le *statut d'invitée* qui leur est conféré. L'une d'entre elles le souligne très clairement dans ce témoignage:

Mais nous marchons sur des oeufs, parce qu'on est des visiteurs et on se présente comme des visiteurs. On ne fait pas partie de l'équipe, on arrive et il faut faire attention. (P: 1: p. 9 lignes 13-15)

Lors des entrevues, les étudiantes tout autant que les professeures ont fait part de l'imprévisibilité des milieux qui modifie les expériences d'apprentissage. Cette situation particulière entraîne l'augmentation du niveau d'anxiété chez les unes: «... en milieu clinique... le

professeur sait qu'on est nerveux en partant (*E: 5 p.7 ligne 10*)», et commande une large part de flexibilité et d'adaptation dans l'enseignement chez les autres: «D'abord, ça demande beaucoup de souplesse, d'adaptation et avec le personnel en place et avec les élèves, autant dans l'un que dans l'autre, beaucoup, beaucoup de souplesse (*P: 3 p.2 lignes 23-24*)».

La compétence organisationnelle s'évalue dans la capacité de la professeure à négocier dans le milieu clinique, des situations d'apprentissage à la fois profitables aux étudiantes et adaptées à leur niveau de formation. Cette compétence implique également une profonde connaissance de la spécialité clinique de chacun des milieux de même que de leur mode de fonctionnement. Les professeures doivent également développer leur compétence organisationnelle pour favoriser l'apprentissage de la dimension collaboration avec l'équipe de soins, qui est l'une des composantes essentielles du programme. Pour ce faire, elles impliquent les infirmières au niveau des dimensions technique, organisationnelle et pédagogique de l'enseignement clinique. La compétence organisationnelle est évaluable dans les éléments suivants: (a) la préparation individuelle de la professeure, (b) la collaboration avec les intervenants des milieux et (c) la négociation avec le caractère imprévisible des milieux

Le Tableau 8 expose les compétences satellites et les indicateurs de la compétence organisationnelle.

Tableau 8 — *La compétence organisationnelle comme cinquième élément d'évaluation de l'enseignement clinique*

<i>Compétences organisationnelles satellites</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Préparation individuelle de la professeure 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration avec les intervenants des milieux 	<ul style="list-style-type: none"> • Négociation avec le caractère imprévisible des milieux
<i>Indicateurs</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des contraintes de temps • Gestion des contraintes d'organisation 		

A. La préparation individuelle de la professeure

Les professeures veulent se rendre crédibles, tant auprès des étudiantes qu'auprès des membres de l'équipe de soins. C'est pourquoi elles s'accordent des périodes intensives de

préparation à l'enseignement clinique qu'elles qualifient de périodes d'orientation. Ces sessions de préparation peuvent se dérouler sur un seul quart de travail ou se prolonger sur une plus longue période:

Mais moi, quand je change de département, je vais tout le temps passer minimum une journée, puis si j'en ai de besoin, je vais passer deux jours, puis ça fait 20 ans que je vais à cet hôpital-là. (P: 4: p. 17 lignes 21-23)

L'une d'entre elles mentionne que dans le milieu où elle évolue présentement, soit à l'urgence, sa préparation individuelle a d'abord été précédée par une négociation avec ce milieu pour en permettre l'accès aux étudiantes. Elle ajoute avoir même dû faire valoir ses qualités de négociatrice auprès de ses collègues pour lesquelles ce milieu spécialisé n'apparaissait pas pertinent pour les apprentissages des étudiantes:

Le milieu de l'urgence euh... il fallait avoir un front de bœuf (entendre *beu*), parce que c'était pas un milieu qui était accepté par tout le monde. On se demandait si l'urgence se prêtait à l'enseignement, moi je maintiens que oui! (P: 1: p. 10 lignes 4-6)

Comme cette autre qui au cours d'une journée d'observation nous a relaté son expérience dans son milieu qui, en octobre 1995, est devenu une unité ambulatoire:

La première journée, les infirmières nous ont envoyées de l'unité, moi et mes étudiantes, elles ne savaient pas quoi faire elles-mêmes. Tu sais, pour elles de voir arriver 30 patients avec leur valises chaque jour, c'était insécurisant! Puis, après deux ou trois jours ça a été... J'aurais pu descendre au deuxième, mais je voulais essayer quelque chose de nouveau, d'ailleurs, personne ne voulait le faire! (P: 5 journal de bord p. 5 lignes 8-12)

Les professeures sont cependant unanimes à dire que leur investissement préparatoire à l'enseignement clinique vise un objectif premier qui est de créer un climat de confiance afin de favoriser la collaboration avec les intervenants:

Donc, si je veux être un bon prof, je travaille mon climat, parce que je ne me sentirais pas bon prof. (P: 2: p. 12 lignes 9-10)

J'ai fait ma place dans mon milieu... Mais dans un autre milieu, tu sais... je m'assois avec les gens, pis je discuterais pas juste de leurs protocoles de soins, de leurs perceptions des étudiantes... de les engager plus, qu'on prenne comme un genre de contrat moral ensemble. Mais, c'est beaucoup d'investissement à faire! (P: 6: p. 14 lignes 4-13)

Les professeures ne parlent pas de leur préparation comme une occasion de pratiquer leurs techniques de soins; elles font plutôt allusion à l'importance de bien se documenter sur les nouveaux protocoles et routines en vigueur. Elles comptent aussi sur cette orientation pour les aider à diriger les étudiantes sur le plan fonctionnel de l'unité. C'est de cette façon que l'une d'elles dit se sentir à l'aise dans sa tâche d'enseignante:

Puis que quand tu es en situation, puis que l'étudiante te pose des questions sur des affaires que tu vois régulièrement sur le département, c'est sûr qu'au niveau crédibilité, si t'es capable de répondre, ça te donne un plus. (P: 4: p. 18 lignes 10-13)

Toutefois, elle dit ne pas éprouver de malaise à l'idée de ne pas être en mesure de donner des renseignements complets à l'étudiante. Tout comme elle n'hésite pas à s'en remettre aux infirmières de l'unité pour lui venir en aide lors des situations ponctuelles qui se présentent:

... je vais regarder dans le cahier de techniques, on va regarder ensemble, on va en parler à l'infirmière, peu importe. Ça je me sens confortable avec ça. Mais de ne pas être capable de répondre à l'étudiant sur des affaires bien, bien régulières, je ne me sentirais pas bien. (P: 4: p. 18 lignes 17-21)

Nonobstant le fait que par une préparation consciencieuse, la professeure s'assure une crédibilité auprès de ses étudiantes et des infirmières des milieux, cette façon de faire influence également l'acceptation des apprenantes dans le milieu:

Moi je pense que comme prof, on fait un peu ce qu'on veut, en autant que l'on ait une crédibilité dans le milieu, ça c'est ben, ben important. (P: 6: p. 7 lignes 13-14)

En se remettant ainsi dans l'esprit de l'unité, les professeures se font d'abord connaître en établissant un contact. Elles profitent aussi de cette occasion pour informer les infirmières des interventions que les étudiantes sont aptes à poser. En procédant ainsi, les professeures traduisent leur souci de respecter les objectifs fixés pour chacun des niveaux de formation, mais elles évitent aussi l'apparition des conflits entre ce qu'une professeure nomme *l'équipe d'hôpital et l'équipe de stage*.

Les étudiantes ne sont pas témoins des longues heures de préparation de leurs professeures, mais elles exigent que leur professeure ait déjà une bonne connaissance du milieu. C'est ainsi qu'elles accordent une plus grande confiance à une professeure qui est à l'aise dans le milieu et en qui les infirmières ont aussi confiance. La professeure devient alors la personne qui fait le lien entre les deux parties, les étudiantes et le milieu clinique. Toutes étudiantes, sauf une, ont exprimé l'importance de préparer le milieu à leur arrivée; trois parmi ces dernières s'expriment en ces mots:

Avant, on a une journée d'orientation, il faut déjà qu'elle ait fait tout ça pour nous aider là. Il faut qu'on ne soit pas au même niveau qu'elle, qu'on arrive pas dans un milieu où elle vient d'entrer, puis nous, on vient d'entrer. Elle doit connaître le milieu. (E: 1: p. 9 lignes 16-19)

Le professeur X, l'hôpital Y, c'est sa place. Elle connaît l'hôpital de fond en comble. Elle connaît presque tout le personnel, elle est à l'aise! Des fois même, parce que l'hôpital Y, ça change tout le temps là, elle va chercher des choses, mais c'est sa maison presque! (E: 5: p. 14 lignes 15-18)

C'est d'avoir quelqu'un qui va être compétent, qui va savoir comment le département fonctionne, qui va pouvoir nous intégrer au département, en connaissant le département, qui va pouvoir nous dire comment les choses vont. (E: 4: p. 2 lignes 8-10)

Une pair fait cependant référence à la connaissance du milieu de manière différente. Ses exigences vont au-delà de la connaissance organisationnelle; elle avoue préférer une professeure qui possède une connaissance théorique de la spécialité pratiquée dans le milieu. Ses propos se résument ainsi:

Mais pour moi, le roulement du département, c'est pas important, parce que moi pour ce qui est de ces petites affaires comme ça, je parle plus à mon infirmière avec qui je suis jumelée. Pour moi, le professeur c'est important qu'elle ait le niveau de connaissance sur les pathologies où on est. (E: 2: p. 9 lignes 26-30)

Cependant, même si les infirmières du milieu peuvent aider les étudiantes au niveau du fonctionnement de l'unité, la professeure, quant à elle, ne peut se départir de son obligation d'instaurer le climat de confiance entre elle et les membres de l'équipe de soins. Ce climat contribue à rassurer les étudiantes sur le fait que cette personne à qui elles attribuent une grande expertise de la profession infirmière est également compétente sur le plan organisationnel:

... s'il n'y a pas de confiance entre le personnel, c'est que c'est une infirmière le professeur qui peut être compétente pareil, mais s'il n'y a pas de confiance, c'est difficile qu'elle soit un bon modèle pareil. (E: 3: p. 11 lignes 15-17)

B. La collaboration avec les intervenants des milieux

La préparation individuelle de la professeure induit la collaboration des intervenants des milieux. En effet, comme il a été mentionné, le contact établi par les professeures avant de débiter la période d'enseignement clinique fait en sorte qu'elles se dotent d'une crédibilité essentielle au climat et à la réussite des apprentissages. Cependant, l'analyse de contenu des entrevues de ces dernières atteste que même si elles doivent combler certaines lacunes des milieux, elles comptent toutefois sur la collaboration des infirmières pour les aider à assumer la responsabilité multidimensionnelle de leur fonction. Toutes les professeures insistent pour dire qu'il est primordial que cet esprit de collaboration soit présent tant du côté des professeures que de celui des infirmières, comme le souligne cette participante:

... mais tu les intègres (*les infirmières*) là dedans, pis je trouve qu'elles t'aident, c'est un jeu qui se joue à deux, à deux ça! Tu sais là, elle est contente, même la dernière semaine, je lui ai comme fait une petite récompense, je l'ai mis sans son équipe. Là, j'ai dit à l'infirmière: «Tu l'aimes bien hein?» Elle sentait qu'elle l'avait bien aidée, ce qui est comme vrai aussi... (P: 6 p. 13 lignes 1-5)

Toutes les professeures font donc appel à la collaboration des intervenants au regard des dimensions technique et organisationnelle qu'implique leur enseignement. Par contre, seulement la

moitié de ce groupe de répondantes disent avoir recours à l'expertise des infirmières des milieux pour les seconder au niveau de l'aspect pédagogique, plus précisément en ce qui a trait à l'évaluation des étudiantes.

La collaboration des infirmières des milieux pour l'évaluation des étudiantes n'a été soulignée que par la moitié des professeures. Elle mérite toutefois d'être prise en considération, puisque trois étudiantes l'ont également mentionnée. Ces dernières apprécient que les professeures fassent confiance aux infirmières pour les seconder, car comme le dit l'une des étudiantes: « C'est plus facile pour elle de nous évaluer (*E: 5 p.4 ligne 3*) ». C'est pourquoi les professeures n'hésitent pas à consulter les infirmières pour valider leurs perceptions sur les difficultés éprouvées par les étudiantes ou pour recevoir la rétroaction de ces dernières sur les progrès réalisés. Comme cette professeure visitée en milieu clinique qui s'informe auprès d'une infirmière de la performance d'une étudiante dans l'installation des perfusions intraveineuses. Une autre participante croit en l'importance d'impliquer les infirmières dans sa prise de décision finale sur la réussite ou l'échec d'un étudiant:

Moi je lui ai dit: «Écoute, je me questionne, je trouve qu'il a de la misère à arriver sur le plan de l'organisation de travail, il a beaucoup de difficulté». J'ai dit: «J'le mets avec toi, pis j'aimerais ça que tu me donnes un avis». J'ai dit : « Écoute, il est finissant, penses-tu qu'il est capable de passer à travers un programme d'orientation ordinaire? Je dis pas à l'hôpital X là, parce que c'est trop compliqué là ». Pis elle m'a dit : « C'est correct! » Il a arrêté de s'énerver là, ça a changé un peu... Elle est organisée, mais en même temps, elle est patiente, ça fait que c'était la femme parfaite pour lui. (*P: 6 p. 12 lignes 28-34*)

C. La négociation avec le caractère imprévisible des milieux

La compétence organisationnelle de la professeure est dépendante non seulement de sa préparation adéquate, du climat de collaboration qu'elle tente de créer, mais se concrétise également dans sa capacité à négocier avec l'imprévisibilité des milieux d'enseignement clinique. Cette compétence satellite qui est spécifique à cet aspect de l'enseignement en soins infirmiers est relevée à de multiples occasions et ce, par toutes les professeures. C'est à travers ce milieu, à la fois imprévisible et contraignant que les professeures ont d'abord l'obligation de s'adapter elles-mêmes:

Un autre professeur fait aussi des stages à l'hôpital X et elle est très rigide, donc elle a de la difficulté avec le milieu. (*P: 3, journal de bord, p. 2 lignes 13-14*)

Tout comme elles doivent adapter leur enseignement aux exigences légales et fonctionnelles des milieux:

Je vais devoir retirer une étudiante du triage (évaluation des clients à l'urgence), puisqu'il s'agit d'une demande de l'O.I.I.Q. et des exigences du centre. Donc, je vais devoir revoir mes objectifs de stage. (*P: 1, journal de bord, p. 2 lignes 18-20*)

L'imprévisibilité du milieu exige non seulement une grande souplesse de la professeure, mais également une forte capacité d'utiliser ses compétences professionnelle infirmière et pédagogique pour transmettre l'idéal de la pratique infirmière. Les indicateurs de la capacité à négocier avec l'imprévisibilité du milieu sont:

1. La gestion des contraintes de temps.
2. La gestion des contraintes d'organisation.

1. La gestion des contraintes de temps. La première contrainte que doivent gérer les professeures réfère à l'exigence de dispenser les soins aux clients à l'intérieur d'un cadre horaire bien défini. L'exécution des techniques de soins et l'administration des médicaments sont également tributaires de ce facteur temps. Une participante déplore que cette obligation ait un impact sur la qualité de l'échange avec les étudiantes de même qu'elle crée une pression sur l'enseignante et l'apprenante:

Tu sais, des fois j'aimerais ça donner plus de temps à une étudiante, pour discuter telle affaire. Je suis pressée par le temps, parce qu'il y a des exigences très ponctuelles, le patient, il faut qu'il ait son pansement à telle heure... (P: 3 p.11 lignes 21-24)

Il faut absolument que les choses soient faites, puis l'étudiante arrive pas, par exemple dans le temps. Ça s'en est des contraintes liées au milieu de stage. Ça devient une pression sur l'étudiante et sur moi aussi par conséquent! (P: 3 p. 1 lignes 26 et p. 2 lignes 1-2)

Cette contrainte, mais surtout la difficulté de composer avec le facteur temps, est aussi identifiée par quatre étudiantes. Parmi ces dernières, deux relatent avoir vécu des expériences cliniques peu enrichissantes du fait que leur professeure ne leur ait pas laissé la chance de pratiquer une technique de soins:

... parce qu'il y en a qui veulent nous laisser essayer, mais des fois, on dirait qu'elles sont impatientes. Elles ont beaucoup d'autres choses à faire, tu sais, elles ont cinq ou sept autres étudiants à s'occuper. (E: 5: p. 3 lignes 6-9)

Elle m'a dit: «Il faut faire vite, on est en urgence et je vais le faire à ta place». C'est comme ça que ça marchait! (E: 3: p. 5 lignes 11-12)

Ces citations apportent des exemples des effets des contraintes de temps sur la qualité des apprentissages des étudiantes. Par conséquent, il incombe à la professeure de gérer cet aspect imprévisible du milieu clinique.

2. La gestion des contraintes d'organisation. L'enseignement clinique est aussi lié aux multiples contraintes d'organisation des milieux hôtes. En plus de se plier elles-mêmes aux exigences des milieux, les professeures ont le souci de modeler les étudiantes à ces exigences dans

le but de les préparer au marché du travail. La gestion des contraintes d'organisation concerne le personnel des unités de soins:

Chaque département a ses exigences, chaque infirmière a ses exigences. (P: 5: p. 13 ligne 21)

... avec une assistante, elle je sais qu'elle fait la révision des dossiers à telle heure et avec elle, il faut absolument pas faire en sorte que les dossiers se déplacent du chariot... Avec une autre, ça peut être une autre exigence: «Elle, il ne faut absolument pas toucher à ses dossiers». (P: 3: p. 3 lignes 6-11)

Je te dirais qu'à l'unité où je vais, l'une des plus compétentes, c'est la pire avec les étudiantes. Elle a aucun contact... les étudiantes la fatiguent et ça paraît. Elles le sentent et ne lui posent aucune question. (P: 2: p. 7 lignes 8-12)

Les contraintes d'organisation environnementale demandent à la professeure de faire des compromis entre les routines de l'unité et les besoins d'apprentissage des étudiantes. La capacité de doser l'enseignement en prenant en compte les besoins des étudiantes à travers les exigences organisationnelles, qui touchent autant le personnel que le client, est un élément important qui distingue l'évaluation de l'enseignement clinique de l'évaluation de l'enseignement théorique.

Les professeures doivent composer avec l'organisation fonctionnelle des centres hospitaliers et des unités. Par exemple, le nombre d'étudiantes acceptées sur chacune des unités, les fréquents départs et admissions de clients sur certaines unités, le prolongement de la durée d'hospitalisation des clients et la quantité réduite de clients pouvant être assignés aux étudiantes sont toutes des contraintes imprévisibles qui influencent l'enseignement clinique. La transmission de la pratique infirmière est aussi touchée par les particularités des milieux, ce qui fait en sorte que les professeures se sentent souvent en conflit de valeurs:

... si l'on prend comme la démarche de soins là. J'avais une étudiante, puis elle me dit: «Ils en font pas ici»! Elle n'en fait pas, parce qu'ils en font pas. Ça fait que ça me met en conflit... (P: 6: p. 8 lignes 7-12)

Cet écart de valeurs, dont elles sont conscientes, et le statut particulier qu'elles occupent dans les milieux leur demandent de protéger la crédibilité des membres du personnel auprès des étudiantes. Cette préoccupation de conserver un climat de travail agréable de même que le maintien de la confiance des étudiantes envers les infirmières des milieux amènent une professeure à s'exprimer de la manière suivante:

Moi je dis aux étudiantes: «Cette démarche-là, vous la voyez pas, parce que les gens la font dans leur tête, mais il faut que vous la fassiez...» (P: 1: p. 9 lignes 22-23)

La nature même des propos des étudiantes fait aussi ressortir les contrastes existants entre l'organisation en place dans les milieux et l'idéal enseigné:

Comme le glucomètre, on avait passé un cours là-dessus. Il fallait désinfecter avec de l'alcool, tandis que dans un centre hospitalier, ils ne désinfectent pas avec de l'alcool. (E: 2: p. 2 lignes 9-10)

Comme la semaine passée, j'ai posé un levine, c'est pas *pentoute* comme on a appris à l'école, pas du tout pareil! (E: 1: p. 2 lignes 11-12)

Les étudiantes ne sont pas témoins des négociations de leur professeure avec les différentes contraintes existantes dans les milieux, mais elles peuvent tout de même se prononcer sur les résultats de ces négociations qui rend leurs apprentissages agréables. Cette étudiante rend un témoignage très éloquent des exigences de l'enseignement clinique en soins infirmiers:

C'est beaucoup d'heures par jour, c'est épuisant. Quand on est en stage de jour, ils arrivent de très bonne heure le matin pour choisir nos patients, parce que le département change assez rapidement... parce des fois on est des groupes de six... ça fait 18 ou 24 patients, c'est beaucoup de patients à surveiller, beaucoup de dossiers à vérifier, beaucoup de médicaments à contrôler... Le lien aussi, d'essayer de voir le plus de techniques qui se font... S'il y a des points faibles à corriger, d'essayer de voir s'il y a des choses entre les étudiants qui ne fonctionnent pas bien... Ils ont vraiment l'oeil à tout, c'est exigeant! C'est de corriger nos travaux aussi, nos démarches de soins... C'est un beau métier, mais qui est très exigeant! (E: 5: p. 19 lignes 7-20)

Le résumé analytique

Les participantes définissent le processus de l'enseignement clinique en le considérant d'abord comme une relation privilégiée qui s'instaure entre la professeure et ses étudiantes et ce, dans un contexte de pratique réelle. Le maintien de la qualité de cette relation est fortement imputable à la professeure qui doit tenir compte de nombreux facteurs d'influence. L'influence de ces facteurs a une répercussion importante sur l'identification des éléments d'évaluation de l'enseignement clinique, puisque les professeures agissent sur ces facteurs en développant des compétences pour enseigner en milieu clinique.

Les participantes conçoivent les éléments d'évaluation selon un ensemble de compétences principales à acquérir, imbriquées les unes aux autres, plutôt que sur des comportements présentés de façon cloisonnée. Bien que les répondantes aient mis en priorité certaines compétences, elles s'entendent sur le fait que l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique devrait prendre en compte les cinq compétences qu'elles ont retenues. Les compétences principales et satellites comme éléments de l'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers sont résumées au Tableau 9.

Tableau 9 — Les éléments d'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers selon les compétences

<i>Compétence humaine</i>	<i>Compétence pédagogique</i>	<i>Compétence technique</i>	<i>Compétence professionnelle infirmière</i>	<i>Compétence organisationnelle</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Établissement du climat de confiance • Manifestation d'une attitude empathique • Utilisation des qualités personnelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Respect des exigences du programme • Utilisation des stratégies d'enseignement variées • Évaluation des besoins et de la compétence des étudiantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Démonstration des techniques de soins et l'expertise pour les évaluer • Assurance du bien-être et de la sécurité des clients 	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission des valeurs personnelles et professionnelles inhérentes à la formation infirmière • Transmission des processus à la base de la formation • Développement de la connaissance de soi de l'étudiante 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparation individuelle de la professeure dans le milieu • Collaboration avec les intervenants du milieu • Négociation avec le caractère imprévisible des milieux

La compétence humaine occupe une place de choix, puisque la majorité des répondantes l'ont spontanément mentionnée en premier lieu. Le seul professeur de sexe masculin ne fait pas exception à l'ensemble des deux groupes, puisqu'en milieu clinique il a démontré une attitude tout aussi *maternelle* que les professeures de sexe féminin. Les étudiantes précisent que la compétence humaine est encore plus importante pour les étudiantes de première année. Cette compétence touche les qualités interpersonnelles et personnelles qui facilitent les rapports avec les étudiantes ainsi qu'avec le personnel clinique. La compétence humaine est d'autant plus significative qu'elle permet de contrer les effets du niveau d'anxiété très élevé chez les étudiantes lorsqu'elles évoluent en milieu clinique.

Néanmoins, les participantes ne s'arrêtent pas que sur l'utilité de cette compétence principale et ne traitent pas seulement des qualités personnelles qui s'y rattachent. Elles définissent des compétences satellites auxquelles la compétence humaine fait référence, soit l'établissement du climat de confiance, la manifestation d'une attitude empathique et l'utilisation des qualités personnelles. Ces dernières sont raffinées de telle sorte qu'elles permettent de concrétiser la compétence humaine.

L'établissement du climat de confiance, en plus de préserver la relation privilégiée entre la professeure et les étudiantes est un moyen de faciliter la réussite des apprentissages des étudiantes.

diminue le stress de l'enseignante, car celle-ci sent l'étudiante ouverte à l'apprentissage et à la rétroaction; d'autre part, l'étudiante ne se perçoit pas constamment jugée dans ses apprentissages. De plus, en stimulant la confiance en soi de l'étudiante, la professeure favorise l'honnêteté et l'authenticité chez cette dernière, permettant à l'étudiante de s'auto-évaluer de façon juste. L'établissement du climat de confiance se fait de façon graduelle mais non linéaire. L'encouragement à l'autonomie, au niveau intellectuel selon les professeures, au niveau pratique selon les étudiantes, peut favoriser la confiance en soi chez les étudiantes. Par ailleurs, les étudiantes qui ont confiance en elles sont probablement plus autonomes. La valorisation des étudiantes, qui est la troisième compétence satellite à l'établissement du climat de confiance, est certainement celle sur laquelle insistent le plus les étudiantes pour se donner confiance d'abord et faire confiance à leur professeure par la suite.

La deuxième compétence satellite, la manifestation d'une attitude empathique, quoique plus abstraite par le terme, se concrétise par les indicateurs qui la décrivent. L'ouverture à l'autre, la compréhension et la préservation de l'ego, tout en étant des indicateurs très près l'un de l'autre, revêtent des sens complémentaires. Par son ouverture à l'autre, la professeure s'intéresse à l'étudiante comme personne; par sa compréhension de l'étudiante, elle est davantage centrée sur celle-ci dans son processus d'apprentissage. La préservation de l'ego vient compléter les deux précédents en ce que la professeure porte attention à l'étudiante comme personne en ayant le souci de préserver sa dignité, mais également en intégrant la réflexion au rang de ses objectifs d'apprentissage.

L'utilisation des qualités personnelles est probablement la compétence satellite dont l'importance est la plus significative pour les étudiantes. En effet, les étudiantes ressortent de nombreuses qualités personnelles qu'elles apprécient chez leurs professeures, ces qualités contribuent au succès de leurs apprentissages. Du côté des professeures, les commentaires sur le sujet sont plus rares. C'est plutôt l'observation de ces dernières en milieu clinique qui a permis de corroborer les propos des étudiantes. Toutes les qualités personnelles énumérées sont valorisées cependant, il apparaît évident que selon toutes les étudiantes c'est l'ouverture à la critique qui chapeaute l'ensemble. Elles le font ressortir par la négative en se remémorant des situations où le manque d'ouverture de leur professeure aurait pu influencer leurs évaluations en milieu clinique. Toutefois, un certain désaccord existe au sein des deux groupes, puisque les professeures relatent leurs expériences positives à cet égard.

La compétence pédagogique est, hors de tout doute, un des éléments d'évaluation essentiel de l'enseignement clinique. Toutefois, les deux groupes sont partagés sur le niveau de priorité qu'elles lui accordent. Les professeures ont une préoccupation pédagogique constante; les

étudiantes ont des positions diversifiées; pour la moitié d'entre elles, la compétence humaine se situe au premier rang. Elles sont par ailleurs unanimes dans l'identification des compétences satellites, soit le respect du programme de soins infirmiers, l'utilisation des stratégies d'enseignement variées et l'évaluation des besoins et de la compétence des étudiantes qui se greffent à la compétence pédagogique.

L'écart entre professeures novices et expertes est particulièrement présent au niveau du respect des objectifs du programme de soins infirmiers. Les expertes se concentrent sur l'enseignement des processus pour amener les étudiantes à une vision globale du client, alors que les novices mettent l'accent sur la supervision des techniques de soins. Cependant, comme toutes les professeures veulent permettre aux étudiantes de faire les liens entre la théorie et la pratique et comme toutes les étudiantes désirent faire ces liens, les deux groupes sont très sensibles aux stratégies d'enseignement. Une de ces stratégies privilégiée par toutes les participantes est l'utilisation du modèle de rôle pour l'enseignement des processus plus complexes que les techniques de soins.

La troisième compétence satellite à la compétence pédagogique est l'évaluation des besoins et de la compétence des étudiantes. L'influence de la compétence humaine se fait particulièrement sentir à ce niveau. D'une part, les professeures se préoccupent autant des clients que des étudiantes quand il s'agit de doser le niveau de supervision à accorder. Les étudiantes le savent et malgré leur besoin d'autonomie dans l'exécution des soins, elles font confiance au jugement de la professeure pour éviter de porter préjudice aux clients. D'autre part, l'intention formative donnée à l'évaluation traduit l'intérêt des professeures envers l'étudiante en apprentissage. Cependant, les expériences antérieures des étudiantes leur font douter que toutes les professeures soient soucieuses d'agir ainsi. Les étudiantes sont d'accord à recevoir une rétroaction sur leurs apprentissages, mais soulignent que certaines professeures le font de façon incorrecte en se concentrant plus sur les points négatifs que sur les points positifs. La sélection des expériences d'apprentissage adaptées à leurs capacités, le respect de leur rythme d'apprentissage et une rétroaction continue amènent les étudiantes à avoir confiance dans la compétence des professeures pour évaluer leurs besoins et leur compétence professionnelle. Elles insistent donc sur le fait que les professeures doivent être centrées sur l'évaluation formative pour les aider à apprendre. Mais, en raison de leurs expériences passées, les étudiantes vivent dans la crainte de l'évaluation sommative. Une telle appréhension fait contraste avec les paroles des professeures qui en font une préoccupation secondaire, voire même un tourment pour l'une d'entre elles quand il s'agit de sanctionner l'échec.

La compétence technique fait référence aux connaissances et aux habiletés manuelles qui permettent de poser des interventions sécuritaires auprès des clients. Elle est importante à

considérer comme élément d'évaluation pour deux raisons. Tout d'abord elle permet de démontrer les techniques de soins aux étudiantes, de les assister au besoin et de les évaluer. Deuxièmement, cette compétence fait en sorte que les étudiantes accordent une certaine crédibilité à la professeure sur le plan pédagogique. Cependant, comme les infirmières des unités peuvent suppléer à ce niveau de façon occasionnelle, la compétence technique de la professeure, bien que nécessaire, n'est pas primordiale. Elle est supplantée par les compétences humaine et pédagogique. En effet, les professeures s'en remettent à leur compétence humaine pour tenter de ramener l'étudiante à l'expérience vécue auprès du client et à leur compétence pédagogique pour identifier les difficultés des étudiantes au niveau technique. Comme les infirmières peuvent assister les professeures, elles sont également de bons juges de la compétence technique des professeures, de sorte que les milieux cliniques émettent fréquemment leurs opinions sur la compétence de la professeure à cet égard. Le bien-être et la sécurité des clients sont également préservés par l'utilisation de la compétence technique. En effet, les professeures *voient au secours* d'une étudiante en difficulté dans l'exécution d'une technique de soins en se servant de leur jugement pour déterminer le moment où elles doivent intervenir ou prendre spontanément prendre la relève.

La compétence professionnelle infirmière est nécessaire pour transmettre la globalité de la profession infirmière, ce sur quoi ont insisté toutes les professeures. Les étudiantes ne l'ignorent pas, mais apportent un point de vue plus implicite, en soulignant que cette compétence devrait se refléter dans les comportements d'une *bonne infirmière*, ce que toutes leurs professeures devraient être. Elles relient les comportements d'une bonne infirmière aux objectifs des cinq fils conducteurs du programme de soins infirmiers, ramenant ainsi l'évaluation de l'enseignement clinique à leur propre évaluation. L'analogie suivante démontre que la compétence professionnelle infirmière est directement reliée à la compétence pédagogique en ce que la première dicte le *quoi enseigner*, alors que la seconde porte sur le *comment enseigner*. Cette compétence principale comme élément de l'évaluation est raffinée par des compétences satellites, soit l'enseignement des valeurs personnelles et professionnelles inhérentes à la formation infirmière, l'enseignement des processus à la base de la formation infirmière et le développement de la connaissance de soi de l'étudiante.

Elle est la seule compétence où toutes les participantes font intervenir la notion de conflits de valeurs. C'est pourquoi, dans un contexte d'enseignement, la compétence professionnelle infirmière est importante à retenir comme élément d'évaluation. Elle comble les lacunes des institutions dans lesquelles les valeurs professionnelles sont souvent mises de côté au profit de l'accomplissement de la tâche technique.

La compétence organisationnelle est la dernière compétence principale. Les professeures en traitent largement; les étudiantes s'expriment moins librement sur le sujet, car elles ne sont pas

témoins des efforts déployés pour contrer leur *statut d'invitée*. La compétence organisationnelle se traduit par l'utilisation de trois compétences satellites, soit la préparation individuelle de la professeure, la collaboration avec les intervenants des milieux et la négociation avec le caractère imprévisible des milieux. Contrairement aux quatre compétences principales précédentes, elle n'est pas en lien direct avec le contenu des apprentissages des étudiantes, mais plutôt avec l'établissement d'un climat harmonieux dans le milieu clinique. Le recours à cette compétence, fortement influencée par les éléments de compétence humaine, démarque sans conteste l'enseignement en milieu clinique de l'enseignement en salle de cours.

La préparation individuelle de la professeure est le moyen par excellence pour apprivoiser le milieu et ainsi faire le lien entre les attentes de celui-ci et celles des étudiantes. Par une préparation minutieuse, les professeures s'assurent de la collaboration des intervenants des milieux pour les seconder au niveau technique et pédagogique. Cette assistance leur est précieuse pour les aider à prendre des décisions au regard des actions correctives à entreprendre pour permettre à l'étudiante d'atteindre les objectifs fixés. Finalement, la gestion des contraintes de temps et d'organisation existantes dans les milieux sont deux éléments pertinents pour s'assurer de la compétence de la professeure à négocier avec le caractère imprévisible du milieu.

En somme, les résultats font ressortir les points saillants suivants quant aux éléments de l'évaluation de l'enseignement clinique:

1. L'objet d'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers est basé sur cinq compétences principales imbriquées les unes aux autres, plutôt que sur des comportements présentés de façon cloisonnée. Elles sont ramifiées en des compétences satellites, à leur tour précisées par des indicateurs.
2. La compétence humaine vient teinter les quatre autres compétences principales soit, pédagogique, technique, professionnelle infirmière et organisationnelle.
3. La compétence humaine comprend deux autres compétences satellites, plutôt que seulement l'utilisation des qualités personnelles.
4. L'écart entre les professeures novices et expertes est particulièrement présent au niveau de la compétence pédagogique et plus spécifiquement encore au niveau du respect des objectifs du programme. Les novices se concentrent sur la tâche technique, les expertes se préoccupent de l'enseignement des processus.
5. La compétence technique est importante, mais secondaire, car les infirmières des unités peuvent suppléer. Elle est cependant essentielle pour assurer la sécurité et le bien-être

des clients. De plus, elle est la seule compétence sur laquelle les milieux cliniques jugent de la qualité de l'enseignement en milieu clinique.

6. La compétence professionnelle infirmière est en lien direct avec la compétence pédagogique. La première porte sur le *quoi* enseigner la seconde dicte le *comment enseigner*. La compétence professionnelle infirmière doit être considérée, car elle comble les lacunes des milieux cliniques où les valeurs professionnelles sont souvent peu apparentes.
7. La compétence organisationnelle n'est pas en lien direct avec le contenu des apprentissages des étudiantes, mais plutôt axée sur la préparation du milieu clinique par la professeure à recevoir les invitées, elle-même et ses étudiantes. Elle est fortement influencée par la compétence humaine.

LA NOTION DU RÔLE DANS L'ENSEIGNEMENT EN MILIEU CLINIQUE

Ce dernier volet de présentation et d'interprétation des résultats est consacré à la troisième question de recherche. Tout comme la première section de ce chapitre qui introduit la question de recherche en présentant d'abord les perceptions des répondantes sur la définition du processus de l'enseignement clinique, celle-ci permet de compléter la question de recherche en explorant le sens que les participantes accordent à la thématique du rôle. Il faut de plus ajouter que les résultats touchant la notion de clarté de la fonction sont amenés dans le but de renforcer l'intérêt des compétences comme éléments d'évaluation. Quant aux résultats concernant l'utilisation du modèle de rôle, ceux-ci sont soumis pour deux raisons principales. Une première tient au fait que les écrits sur l'évaluation de l'enseignement clinique relèvent l'utilisation du modèle de rôle mais ont peu exploré le sens que les professeures et les étudiantes y accordent. Le second motif vise plutôt à faire ressortir l'importance de cette stratégie d'enseignement qui a été mentionnée dans le volet précédent sans toutefois avoir été développée, l'intention de l'auteure étant de regrouper ses résultats sous un même thème. Les deux sections qui touchent la clarté de la fonction et l'utilisation du modèle de rôle en milieu clinique sont développées de la même manière soit la présentation des résultats et le résumé analytique de ceux-ci.

La clarté de la fonction d'enseignement en milieu clinique

Cette section fait principalement ressortir la position des professeures sur la clarté de leur fonction en milieu clinique. Malgré le fait que la question de recherche s'adressait directement aux professeures et que ces dernières y ont répondu directement, certains commentaires des étudiantes

qui touchaient cette question ont été retenus à titre complémentaire. Les résultats suivants apportent une réponse à la première partie de la troisième question de recherche (« *Les professeures qui enseignent les soins infirmiers en milieu clinique ont-elles une vision claire de leur fonction?* »).

L'imbrication des rôles pédagogique et infirmier mérite d'être soulignée quant à la discussion qu'elle suscite chez les professeures qui évoluent en milieu clinique. En effet, toutes les professeures affirment qu'elles perçoivent leur fonction d'une façon claire; lorsqu'elles sont dans les milieux d'enseignement clinique, elles remplissent une fonction pédagogique avant tout. Deux d'entre elles précisent cependant, que la conception de leur fonction s'est clarifiée avec l'expérience qu'elles ont acquise dans l'enseignement:

Au début, quand j'ai commencé, je me sentais une infirmière, de plus en plus je me sens un prof... Parce qu'avant j'embarquais vite dans la production, alors que maintenant, je prends plus de recul, puis ils vont vivre toutes les expériences qu'ils peuvent vivre. (P: 2 p.6 lignes 9-14)

Mon rôle, il est très clair, parce que c'est au niveau pédagogique. Je ne dis pas que c'est d'hier que je l'ai eu là... Je n'ai pas appris ça en un an là. Ça fait pas cinq ans que c'est clair que c'est vraiment pédagogique. (P: 5 p.16 lignes 7-10)

Les professeures mentionnent de plus que leur identité professionnelle se modifie selon qu'elles interagissent avec les clients, le personnel ou les étudiantes. D'une part, elles jugent important que les clients sachent qu'elles sont aussi infirmières:

Mais, c'est important que le client sente aussi que OK, je suis là comme prof, mais quand je suis en contact avec lui, si je suis avec l'étudiante, bien qu'il sente que je suis aussi infirmière. Parce que pour la confiance qu'il peut faire au niveau des traitements, au niveau de l'approche, c'est important qu'il sente que en quelque part, il y a des affaires que je sais comme infirmière! (P: 4 p.12 lignes 23-28)

D'autre part, lorsqu'elles sont en contact avec les étudiantes et les infirmières des milieux, les professeures s'identifient comme des pédagogues:

Ce qui peut être tentant de par ta formation d'infirmière... de prendre tout en charge... Mais, il faut l'amener, c'est ça qui est le côté pédagogique là. Il faut que tu laisses ton rôle et que tu tombes dans la pédagogie: «Comment je vais l'aider elle à mieux saisir, puis à la faire cheminer?» (P: 1 p.4 lignes 3-11)

... mais je n'irai pas faire le travail de l'infirmière de section là. Ça c'est évident! je vais faire le travail qu'une infirmière ferait avec un patient, mais tout en considérant qu'est-ce que je peux faire pour aider l'étudiant à apprendre en même temps? (P: 4 p.14 lignes 1-4)

Or, même si les professeures affirment se sentir à l'aise dans leur identité professionnelle en milieu clinique en se considérant comme des enseignantes et non comme des infirmières, elles font tout de même part d'un certain dilemme dans la priorité à accorder aux rôles inhérents à la globalité de leur fonction, soit demeurer enseignante ou adopter le rôle d'infirmière. Ce dilemme est particulièrement présent quand elles supervisent les étudiantes dans l'exécution des procédés de

soins, puisqu'à ce moment leur préoccupation est dirigée sur la préservation de la sécurité et du bien-être du client. Certaines situations les amènent donc à utiliser, de façon ponctuelle, leur compétence technique infirmière dans le but de corriger le manque d'habileté motrice ou les lacunes d'organisation des étudiantes:

Ensuite, si pour une raison ou une autre, une étudiante a de la difficulté à arriver dans quelque chose, dans son organisation, dans la planification de son travail et que c'est moi, qui en même temps, en quelque part le fait, supplée à ce manque-là, bien il faut que je sois infirmière, je ne suis plus professeure, je deviens infirmière. (P: 4 p. 12 lignes 28-32)

Toutefois, lorsqu'elles jugent que la situation le permet, ces dernières s'en remettent à leur rôle d'enseignante et attendent la réalisation des apprentissages. Deux professeures en parlent ainsi:

Il y a des moments où je brûle d'impatience que je le ferais donc; tu sais le patient aurait son médicament plus vite ou ce qu'il veut plus vite! Ça bout en dedans, c'est qu'il y un dilemme là. Mais si je le fais, je ne permets pas à l'étudiante de faire son expérience... les infirmières, elles vont souvent nous dire: «Comment tu fais???» (P: 3 p.10 lignes 3-6)

Ce sont des étudiantes, je leur demande pas d'avoir l'habileté, la dextérité. Tu sais quand on est dans notre rôle, on est des professeures, mais on est vite infirmière. Tout à coup, il faut leur montrer l'ABC de la technique, ça ne va pas toujours très vite. Ça irait beaucoup plus vite si je le faisais, mais tu peux pas, ils sont en apprentissage. T'aurais le goût de dire: «Tasse-toi, je vais le faire!» (P: 1 p.12 lignes 22-26)

Les séances d'observation en milieu clinique appuient leur discours sur la clarté de leur fonction. Les professeures sont continuellement centrées sur leur rôle de pédagogue. L'un accorde une importance primordiale aux stratégies d'enseignement, car comme il le dit: «Il ne faut pas perdre de vue que les étudiantes sont en apprentissage» (*journal de bord P:5 p.2, ligne 11*). Une autre s'installe au poste des infirmières avec une étudiante pour vérifier l'enseignement fait à une cliente sur l'allaitement. Par la suite, elle demande à l'étudiante de retourner auprès de sa cliente pour combler les lacunes identifiées. Plusieurs autres exemples pourraient traduire l'intérêt premier des professeures en milieu clinique qui est d'enseigner.

Par contre, quand les professeures font référence à la compétence professionnelle infirmière, cette notion de dilemme dans le rôle est peu présente. En effet, elles prétendent être les personnes-ressources qui sont en mesure de faire les liens entre les notions théoriques qu'elles enseignent en salle de cours et l'apprentissage pratique de la profession infirmière qui se déroule dans les milieux cliniques. Elles considèrent alors que le rôle d'enseignante englobe alors celui d'infirmière, puisqu'elles sont à ce moment les expertes qui possèdent la compétence professionnelle infirmière pour la transmettre aux étudiantes. Une professeure parle de l'appropriation de la globalité de la pratique professionnelle qui devrait être une valeur en soi pour celle qui enseigne en clinique:

... l'infirmière qui a à superviser des étudiantes doit avoir comme valeur ce rôle professionnel là, puis elle doit le vivre. Sinon, j'suis pas sûre qu'on va faire des infirmières là, on va peut-être faire autre chose! (P: 6 p. 17 lignes 10-13)

Le rôle de personne qui fait appel aux qualités interpersonnelles de la professeure ne semble pas susciter d'ambiguïté pour les professeures. Ces dernières le conçoivent comme faisant partie de l'entité de leur fonction en milieu clinique. Ainsi, lors de leurs interactions à titre d'enseignante ou d'infirmière, elles prennent en compte la dimension humaine qui caractérise de façon certaine l'enseignement en milieu clinique:

Étant donné qu'elle touche à des choses humaines, bien moi aussi, je vais être dans un certain sens, tu sais je vais vouloir me rapprocher aussi beaucoup de cette espèce de dimension-là, que je n'ai pas toujours en cours théoriques. (P: 4 p.5 lignes 24-27)

Les étudiantes, de leur côté, s'expriment sensiblement dans les mêmes termes que leurs professeures. Ces dernières sont unanimes à dire que leurs professeures doivent exercer un rôle d'enseignante d'abord, les rôles d'infirmière et de personne étant secondaires. Les passages suivants appuient la clarté du rôle dans lequel elles demandent à leur professeure de se situer:

C'est sûr que la technique que j'ai appris au cégep, qui est supposée être parfaite, pourquoi je la ferais pas en stage? Ça serait plus quelqu'un qui est avec nous, qui nous suit dans notre cheminement, puis qui nous pose beaucoup de questions pour nous amener à réfléchir sur autre chose. (E: 1 p.12 lignes 18-22)

Qu'elle fasse le lien entre la théorie et la pratique. C'est bien beau être compréhensif, ça met juste de l'ambiance, puis t'es content d'aller à tes stages... Mais le professeur qui serait compréhensif, pis qui serait amical aussi, pis qui fait aucun lien entre la théorie et la pratique, t'apprendras rien. Quand tu vas avoir fini tes trois ans de cours, le professeur compréhensif, puis amical ne sera plus là, pour te faire faire le lien entre la théorie et la pratique que t'aurais dû faire. Je trouve que c'est quelque chose de vraiment essentiel qu'un professeur doit faire. Les autres sont importantes, mais celle-là, elle l'est plus encore! (E: 5 p.20-21 lignes 30-31 et 1-11)

Le résumé analytique

Les professeures perçoivent leur fonction d'enseignement en milieu clinique de façon claire. Elles remplissent une fonction pédagogique, non une fonction d'infirmière. Toutefois, certaines disent que la réflexion et l'expérience de plusieurs années dans l'enseignement les a conduites à saisir clairement leur vision d'enseignante. Il semble que les professeures en début de carrière sont fortement teintées par leur formation première, celle d'infirmière. À cette précision, qui met en parallèle la novice et l'experte, les professeures en apportent une autre, celle-ci plutôt inattendue. Leur identité professionnelle varie selon qu'elles sont en contact avec les clients, les étudiantes ou le personnel des unités de soins. Afin de rassurer les clients, elles jugent important de s'identifier en tant qu'infirmière, tout autant que professeure. Par ailleurs, avec les étudiantes et le personnel, une seule identité demeure, celle d'enseignante.

La préoccupation des professeures porte davantage sur le dilemme auquel elles sont confrontées lorsqu'elles ont à choisir entre le fait de demeurer enseignante ou d'adopter le rôle infirmier dans sa dimension technique. Ce dilemme repose sur un seul élément principal de prise de décision, soit la préservation de la sécurité du client. Cependant, quand elles se réfèrent à la compétence professionnelle infirmière, elles ne vivent aucun dilemme; le rôle d'infirmière se fond alors dans celui d'enseignante. Le rôle de personne, comme elles ne cessent de le répéter, est intimement lié à l'entité de la fonction d'enseignement en milieu clinique; il est donc constamment présent.

Bien que les étudiantes considèrent que la professeure doit exercer un rôle d'enseignante d'abord, relayant ainsi au second plan les deux autres rôles, leur position ne modifie pas l'importance qu'elles accordent aux cinq compétences comme éléments d'évaluation. Quand les étudiantes s'attendent à ce que leur professeure agisse efficacement dans une situation définie en milieu clinique, elles misent sur la compétence de cette dernière. Et lorsqu'elles font plutôt référence aux comportements généraux que peut adopter la professeure comme une infirmière, une enseignante ou une personne, elles se réfèrent alors à son rôle.

En somme, les résultats font ressortir les points saillants suivants quant à la clarté de la fonction d'enseignement en milieu clinique:

1. Les professeures se définissent dans l'entité de leur fonction comme étant des enseignantes, tout comme en salle de cours.
2. Le dilemme dans le rôle à emprunter se présente seulement quand la sécurité du client est en jeu.
3. Le rôle de personne est imbriqué à l'entité de la fonction d'enseignement, donc continuellement présent.
4. Les étudiantes veulent que leur professeure exerce un rôle d'enseignante dans le milieu clinique.

L'utilisation du modèle de rôle

Dans cette seconde section consacrée à la thématique du rôle dans l'enseignement clinique l'utilisation du modèle de rôle en tant que stratégie d'enseignement est étudiée. La réponse à la deuxième partie de la troisième question de recherche (« *Le modèle de rôle, en tant que stratégie d'enseignement est-il utilisé?* ») est élaborée.

Comme les professeures l'ont souligné, l'utilisation de la démonstration comme stratégie d'enseignement s'avère utile aux apprenantes. Mais, si l'utilisation de cette stratégie d'enseignement est pertinente pour l'apprentissage de l'aspect technique des soins infirmiers, elle revêt toutefois un sens plus large lorsque les professeures veulent faire apprendre les autres composantes de la profession. C'est alors que les professeures introduisent la notion de modèle de rôle, car elles considèrent que transmettre les valeurs de la profession et aider l'étudiante à se représenter *l'image d'une bonne infirmière* requièrent davantage qu'une simple démonstration. Toutefois, les avis des professeures sur la pertinence de cette méthode d'enseignement sont partagés. En effet, parmi les six participantes interrogées, cinq soulignent explicitement que l'utilisation du modèle de rôle est l'une de leurs stratégies d'enseignement:

Je suis le professeur, mais si l'étudiante sent que je ne suis que le professeur, alors je trouve qu'il lui manque... la dimension de ce que c'est que d'être une infirmière. J'ai pas la prétention de dire que je suis nécessairement l'infirmière modèle, mais je pense que je suis capable en même temps, de donner à l'étudiante, qui est là, certaines images... qui peuvent l'aider. Des fois, il y a des choses que je fais de façon très très consciencieuses pour donner comme le modèle. (P: 4 p. 13 lignes 19-27)

Moi, dans mes interventions avec l'enfant, il faut que je sois un modèle... de comment entrer en relation. Comme on a eu cette semaine, des parents qui réagissent fortement à l'effet que l'enfant soit encore à l'hôpital. Il faut que je sois aussi un modèle d'interaction pour l'étudiante... Je vais approcher avec l'étudiante comment parler aux parents... Je dois être un modèle et avec mes élèves et avec les parents. (P: 3 p.7 lignes 18-27)

Par ailleurs, cet autre professeur tient des propos dissidents:

Alors, c'est sûr que je me suis rendu compte que de vouloir jouer le modèle sur un département en disant: «Ils vont s'inspirer.» Ça fonctionne pas! Parce qu'un modèle, tu choisis bien ce que tu veux, il y a toujours quelqu'un qui t'inspire sympathie dans la vie, puis tu le choisis, c'est pas nécessairement le bon! (P: 5 p.7 lignes 29-33)

Il justifie sa position en disant que l'utilisation du modèle de rôle favorise davantage la répétition que le questionnement. Il préfère donc, partir des connaissances déjà acquises pour ensuite raffiner les apprentissages:

Alors, c'est sûr que je leur montre en disant: «Veux-tu que je te montre des petits trucs?» Là ça, ils retiennent ça, mais le modèle de rentrer dans une chambre, puis je vais le faire, puis ils vont m'observer, ça fonctionne pas. Mais si je leur dis que je fais un ajout à ce qu'ils font déjà, un petit truc c'est un ajout, ça fonctionne à peu près tout le temps. Alors j'utilise ce langage-là... (P: 5 p.8 lignes 29-34 et p.9 lignes 1-3)

Une autre participante modifie cette stratégie d'enseignement, puisqu'elle jumelle les étudiantes à des infirmières de l'unité. Elle allègue que la compétence des infirmières du milieu sur les plans organisationnel et technique justifie la confiance qu'elle leur accorde pour servir de modèles aux étudiantes. Elle convient alors qu'il est de sa responsabilité pédagogique de donner un autre modèle, celui de la globalité de la profession infirmière. Une pair le dit d'ailleurs très

clairement: «Le professeur donne l'idéal dans le rôle, l'infirmière donne le rôle pratique (P: 6 p.7 ligne 4)».

Une professeure, qui croit en l'apprentissage par modélisation, soutient qu'elle ne peut dissocier ce qu'elle est comme personne et ce qu'elle enseigne:

L'authenticité c'est important aussi, parce que quand quelqu'un va se modeler, il va se modeler sur quelqu'un qui sent qui est authentique, qui ne joue pas. On joue un rôle de prof, mais il ne faut pas que ça ait l'air d'un rôle, parce qu'il n'aura pas de modèle de la part des étudiants. Il faut être congruente avec notre comportement, notre verbal et notre non verbal. (P: 2 p.13 lignes 8-14)

Selon les étudiantes, la démonstration préalable facilite leurs apprentissages techniques:

Elle me dit: «Je l'ai fait, bien maintenant fais-le toi». Puis, elle me le fait répéter, c'est comme ça que j'apprends. (E: 6 p. 4 lignes 7-8)

Par cet énoncé cette étudiante fait ressortir l'importance de la répétition pour apprendre. Alors que le professeur no 5 affirme exactement le contraire, pour apprendre l'étudiante doit d'abord se questionner.

Elles apprécient également que les professeures soient des modèles dans l'apprentissage de l'approche au client:

Je l'admire beaucoup, puis j'aimerais ça être comme elle, parce qu'elle a une façon d'approcher les patients, des fois le contact se fait plus facilement avec un patient qu'avec un autre, mais elle, on dirait que tous les patients, ça cliquait tout de suite! (E: 5 p. 11 lignes 28-31)

Qu'il arrive n'importe quoi, on dirait qu'elle est capable de sortir ça de même, ça fit bien... puis je l'écoute beaucoup quand elle parle. C'est un peu mon modèle, je l'écoute, je prends exemple sur elle. (E: 1 p. 14 lignes 22-25)

Cette affirmation est par ailleurs nuancée par trois pairs qui croient en l'importance de conserver leur personnalité propre dans l'apprentissage des comportements professionnels par la modélisation, comme le relatent deux d'elles:

C'est souvent en observant les autres, c'est souvent des mentors. On se dit: «Elle, elle est compétente, puis c'est à elle que j'aimerais ressembler plus tard». Puis quand tu dis ça, bien tu vas observer plus, trouver des points de ressemblance entre ton approche et la sienne. Mais, il y a des choses que tu vas garder, parce que tu ne veux pas être une copie conforme de l'autre. (E: 4 p. 10 lignes 17-22)

Le résumé analytique

Ces résultats soutiennent que les professeures qui se servent de la démonstration pour enseigner les procédés de soins, tout comme les étudiantes, croient en la pertinence de l'utilisation

du modèle de rôle. Cette stratégie d'enseignement est employée pour l'apprentissage des processus plus complexes qui sous-tendent la profession infirmière.

L'utilisation du modèle de rôle est, selon cinq des six professeures, le moyen de choix pour transmettre l'idéal de la profession. Cependant, une seule personne adopte une position dissidente sur la pertinence du modèle de rôle pour faciliter les apprentissages des étudiantes. Son argument est basé sur le fait que l'utilisation du modèle de rôle favorise la répétition de comportements, mais n'amène pas l'étudiante à la réflexion. Une autre professeure fait confiance aux infirmières pour servir de modèles aux étudiantes tout en émettant des restrictions. Les infirmières sont de bons exemples à suivre pour l'organisation des soins et les techniques de soins. Cependant, comme elles ont une perspective moins théorique de la profession infirmière, cette professeure préfère servir de modèle de rôle pour les autres dimensions de la profession. Le modèle de rôle semble bien convenir à la transmission des valeurs professionnelles et pour l'apprentissage de la relation thérapeutique.

En somme, les résultats font ressortir les points saillants suivants quant à l'utilisation du modèle de rôle:

1. L'utilisation du modèle de rôle est une stratégie adéquate pour l'enseignement des processus et la transmission des valeurs professionnelles.
2. Les professeures ne sont pas toutes en accord avec l'utilisation du modèle de rôle.
3. Les étudiantes considèrent que les modèles dans le rôle facilitent leur apprentissage de la relation thérapeutique.

En conclusion, les résultats de cette étude attestent que l'enseignement qui se déroule en milieu clinique présente des caractéristiques particulières qui le distinguent nettement de celui donné en salle de cours, la relation privilégiée entre la professeure et ses étudiantes est, de loin, la plus importante. Cette caractéristique se reflète également dans l'identification des éléments d'évaluation de l'enseignement clinique, car toutes les participantes considèrent que pour préserver cette relation professeure-étudiantes les professeures doivent développer des compétences qui s'étendent au-delà de la compétence pédagogique. Les cinq compétences principales identifiées dressent un portrait global des éléments qui composent l'objet de l'évaluation cependant, les compétences satellites et leurs indicateurs concrétisent l'évaluation des compétences principales. Les compétences ressorties comme éléments de l'évaluation de l'enseignement clinique mettent en évidence la congruence du discours des participantes. D'une part, les professeures qui ont une vision claire de leur fonction ne la dissèquent pas en des rôles différents, elles la conçoivent selon une globalité; d'autre part, les étudiantes désirent que leur professeure soit d'abord une enseignante qui détienne une compétence

professionnelle infirmière. L'utilisation du modèle de rôle devient dès lors une stratégie d'enseignement qui, certes témoigne de la compétence pédagogique, mais qui, de plus, est intimement reliée à la compétence professionnelle infirmière.

Bien que ces résultats soient en plusieurs points différents des écrits du cadre conceptuel, ils présentent également certaines similitudes. Le prochain chapitre consacré à la discussion des résultats permet de comparer les résultats obtenus avec ceux des autres chercheuses, faisant ainsi ressortir la contribution originale de cette étude au regard des éléments de l'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers.

CHAPITRE V – LA DISCUSSION

Ce chapitre discute les résultats présentés et analysés précédemment. Chaque partie du chapitre fait référence respectivement aux résultats des trois questions de recherche portant sur le processus de l'enseignement clinique, les éléments d'évaluation de l'enseignement clinique et finalement, l'exploration de la notion du rôle en milieu clinique. Chacune discute d'abord des éléments de similitude entre les écrits et les résultats de la présente étude, puis des éléments de disparité, faisant ainsi émerger la contribution de cette étude au niveau de l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers.

LE PROCESSUS DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

La conception, le but et les facteurs d'influence sur le processus de l'enseignement clinique ont été présentés et analysés précédemment. Ces résultats sont maintenant comparés à ceux des auteurs (Carr, 1983; Pardo, 1991; Paterson, 1991; Rosenthal, 1987; Scanlan, 1996/1997) qui ont étudié ce processus.

Les similitudes avec les recherches sur le processus de l'enseignement clinique

Les éléments de similitude sont (a) la notion de réalité et (b) les facteurs d'influence sur le processus de l'enseignement clinique.

A. La notion de réalité

Les participantes, qui ont relevé à maintes reprises la notion de réalité comme étant spécifique à l'enseignement clinique, expriment un point de vue semblable à celui de Paterson (1991). Pour cette dernière, la réalité de l'enseignement en milieu clinique se réfère au contexte dans lequel prend place le processus de l'enseignement clinique, par opposition à l'expérience de l'enseignement clinique. Nonobstant le fait que les participantes décrivent les contraintes liées au contexte de l'enseignement clinique, elles sont tout de même unanimes à dire que c'est ce contexte réel qui permet aux étudiantes d'intégrer leurs apprentissages. Les professeures, davantage que les étudiantes, font une distinction entre les habiletés d'enseignement qui sont reliées à l'expérience de l'enseignement en milieu clinique et les habiletés de négociation pour préparer le contexte d'apprentissage. Cette vision différente chez les deux groupes est explicable par le fait que les étudiantes ne sont pas témoins des efforts de leurs professeures pour faire accepter leur statut d'apprenantes dans les milieux. Elles sont les bénéficiaires de la création d'un climat harmonieux qui favorise la réalisation de leurs apprentissages cliniques.

La notion de réalité rapportée par les participantes n'est pas un élément de connaissance nouveau sur le processus de l'enseignement clinique. Par ailleurs, les nuances qu'elles ajoutent laissent poindre une orientation différente quant au but de l'enseignement clinique. Les professeures font ressortir leur intérêt d'enseigner dans cette réalité qui leur permet d'appliquer l'ensemble des notions théoriques du programme aux situations de soins réelles, alors que les étudiantes y voient une occasion de combler l'écart entre l'idéal enseigné et la pratique vécue. Bien que cette précision ne soit pas une contribution de la présente étude, il demeure que l'approche utilisée a permis de saisir les propos de chacun des deux groupes dans toute leur subtilité.

B. Les facteurs d'influence sur le processus de l'enseignement clinique

L'ensemble des répondantes rapporte sensiblement les mêmes éléments que ceux répertoriés dans les travaux de Carr, Pardo, Paterson, Rosenthal et Scanlan. Selon les participantes, les facteurs suivants influencent l'enseignement clinique:

1. Les valeurs personnelles et professionnelles de la professeure.
2. L'utilisation des stratégies d'enseignement selon les objectifs du programme et les besoins des étudiantes.
3. La qualité des relations interpersonnelles avec les intervenants des milieux cliniques.

De plus, la notion de l'identité professionnelle, qui est introduite dans les travaux sur le processus de l'enseignement clinique, est également soulevée par les répondantes; ce facteur d'influence mérite certes d'être considéré dans la discussion des résultats. Cependant, comme la notion de l'identité professionnelle touche la perception du rôle, elle est abordée dans la troisième partie de ce chapitre qui traite de la notion du rôle dans la fonction d'enseignement en milieu clinique.

La disparité avec les recherches sur le processus de l'enseignement clinique

Les éléments de disparité touchent (a) la relation privilégiée entre la professeure et ses étudiantes et (b) le but de l'enseignement clinique.

A. La relation privilégiée entre la professeure et ses étudiantes

La position des participantes attestant que la relation privilégiée qui s'instaure entre la professeure et ses étudiantes est au coeur du processus de l'enseignement clinique est plutôt percutante. En effet, dans un contexte d'enseignement, il serait permis de penser que les notions touchant l'enseignement et l'évaluation auraient été soulevées en premier lieu. Ce résultat de

recherche va à l'encontre de ceux des auteures qui ont étudié le processus de l'enseignement clinique. Leurs résultats font voir que la transmission des savoirs théoriques vers les savoirs pratiques de même que l'évaluation des besoins et de la compétence clinique des étudiantes constituent l'acte d'enseigner en milieu clinique, ce qui, par extension, ramène ces deux éléments au coeur du processus de l'enseignement clinique. Selon ces études, les relations interpersonnelles exercent une influence de premier niveau sur l'acte d'enseignement, mais elles n'en constituent pas l'essence.

Cependant, les résultats obtenus dans la présente étude font voir le maintien de la relation privilégiée comme étant tributaire de nombreux facteurs d'influence extrinsèques présents dans le milieu d'enseignement. La professeure réagit à ces facteurs en développant des compétences qui contribuent à maintenir la qualité de la relation. La compétence pédagogique est l'une de ces compétences.

À partir de ce constat, il faut s'interroger sur l'impact qu'un tel type de relation peut avoir sur la préparation des professeures pour dispenser l'enseignement clinique en soins infirmiers. Dès lors, c'est toute leur conception de l'enseignement qui est touchée, car les professeures en milieu clinique doivent d'abord miser sur l'établissement du climat de confiance pour créer des liens étroits avec les étudiantes afin de favoriser leurs apprentissages. L'approche pédagogique utilisée en salle de cours, davantage centrée sur l'organisation et la planification de même que sur le développement des stratégies d'apprentissage et d'évaluation ne peut donc convenir entièrement à l'enseignement en milieu clinique. De plus, le maintien de cette relation privilégiée avec un petit groupe d'étudiantes implique une préparation pédagogique axée sur l'enseignement individualisé.

B. Le but de l'enseignement clinique

À l'instar de Carr, Pardo, Paterson, Rosenthal et Scanlan, cette recherche atteste que la transmission des savoirs théoriques vers les savoirs pratiques est le but premier de l'enseignement clinique en soins infirmiers. Bien que le groupe des professeures appuie en tout point les résultats des auteures précédentes, le groupe des étudiantes introduit un élément de disparité.

Toutes les professeures abordent le but de l'enseignement clinique selon la vision des cinq chercheuses. Leur enthousiasme pour l'enseignement du volet clinique des soins infirmiers est lié au fait que la réalité des milieux cliniques leur permet de faire ce transfert de savoirs. Quand elles évoluent dans les milieux cliniques, les professeures ont constamment en tête les cinq fils conducteurs qui sous-tendent le programme de soins infirmiers. Ces fils conducteurs enseignés en théorie donnent aux étudiantes une vision globale de la profession infirmière, lorsqu'elles

enseignent en clinique les professeures ont le souci de transmettre la pratique selon cette vision. Ainsi quand les professeures disent que le but de l'enseignement clinique est de transmettre la pratique infirmière, c'est cette signification qu'elles accordent au terme pratique infirmière.

Le groupe des étudiantes adopte une position dissidente, non pas sur le but en général, mais plutôt sur la signification particulière accordée au terme pratique infirmière. Pour les étudiantes, la pratique infirmière se résume d'abord à l'apprentissage de la dimension technique de la profession. Bien qu'elles mentionnent occasionnellement les autres aspects de la pratique infirmière, elles reviennent continuellement à leur intérêt de faire *le plus de choses possible* en milieu clinique. Les distinctions apportées par ce groupe de répondantes sur le but de l'enseignement clinique découlent de leur conception du processus de l'enseignement clinique où la notion de réalité est vue comme un tremplin pour entrer sur le marché du travail.

Cette nuance importante qui vient préciser l'identification du but de l'enseignement clinique est une contribution appréciable de la présente étude. Les procédures de collecte de données employées de même que la sélection des participantes auprès de populations différentes a permis de faire émerger ces divergences d'opinions au regard du but de l'enseignement clinique. Quoique Carr, Paterson, Rosenthal et Scanlan aient eu recours à des procédures de collecte de données similaires, la sélection de leurs participantes qui s'est effectuée parmi des professeures seulement ne les autorisait pas à faire une telle distinction. Pardo a inclus des étudiantes dans sa sélection cependant, les professeures étaient la source première d'information, les étudiantes ont servi de *moyens* pour confirmer ses résultats.

Le but de l'enseignement clinique défini de façon différente parmi les deux groupes de participantes renvoie, de façon certaine, à un questionnement de l'enseignement clinique en soins infirmiers. Le programme de soins infirmiers est conçu de manière à ce que l'ensemble des notions théoriques touchant les cinq fils conducteurs soit appliqué dans les expériences cliniques. La dernière session qui est consacrée au passage de l'univers scolaire à celui du milieu du travail (Lambert, 1993, p.167) est l'intégration finale des apprentissages antérieurs. Or, les étudiantes ont une vision fragmentée de la profession, même en fin de programme. Même si les professeures participantes étaient centrées sur l'enseignement de la globalité des soins à dispenser au client, tout comme les participantes de l'étude de Scanlan (1996/1997) elles ont relevé des écarts importants entre les approches pédagogiques des novices et des expertes dans l'enseignement clinique. La préparation des professeures à l'enseignement clinique mérite d'être reconsidérée, puisqu'elle ne semble pas répondre à la vision du programme. Il faut également ajouté que les étudiantes qui ont participé à l'étude sont les infirmières de demain. Il peut être rassurant de penser que leur intérêt marqué pour la dimension technique des soins infirmiers sera atténué lorsqu'elles auront atteint une

assurance à ce niveau, puisque le perfectionnement de la *compétence infirmière* est l'affaire de toute une vie.

LES ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

La présente recherche confirme le fait que les éléments d'évaluation de l'enseignement en milieu clinique sont distincts de ceux de l'enseignement en salle de cours. En effet, les résultats attestent que les éléments identifiés dans les études sur l'évaluation de l'enseignement théorique dans le domaine des sciences infirmières ne sont qu'une faible représentation de ceux qui devraient faire partie de l'objet de l'évaluation du volet clinique dans ce domaine. Les travaux portant sur l'évaluation de l'enseignement théorique en général et ceux consacrés à ce même aspect dans le domaine des sciences infirmières (Crawford, 1998; Murray, 1991) identifient des éléments similaires à ceux qui ont été ressortis dans la présente recherche. Ces similarités touchent l'ensemble de leurs résultats qui portent sur (a) les éléments interpersonnels, (b) la connaissance du sujet, (c) l'organisation et la planification et (d) l'engagement de la professeure et sa réceptivité.

Par ailleurs, la présente étude indique que les éléments d'évaluation de l'enseignement clinique s'articulent autour de multiples compétences. Ces compétences vont au-delà des éléments de compétence pédagogique et humaine précédemment exposés. Il est à remarquer l'absence de critères qui se rapportent aux compétences suivantes: professionnelle infirmière, technique de même que la compétence organisationnelle. Ces trois compétences sont rapportées dans la présente recherche comme étant essentielles pour l'évaluation de l'enseignement dans le milieu clinique. La Figure 1 résume l'évaluation de l'enseignement clinique de façon schématique.

Les similitudes avec les recherches qui traitent de l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières

Les éléments de similitude entre cette étude et celles qui se sont penchées sur l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières sont nombreux. Ce sont:

1. Les qualités interpersonnelles.
2. Les caractéristiques personnelles de la professeure.
3. La disponibilité aux étudiantes.
4. La compétence professionnelle.
5. Les comportements qui touchent les pratiques d'enseignement et d'évaluation.
6. L'assistance aux étudiantes.

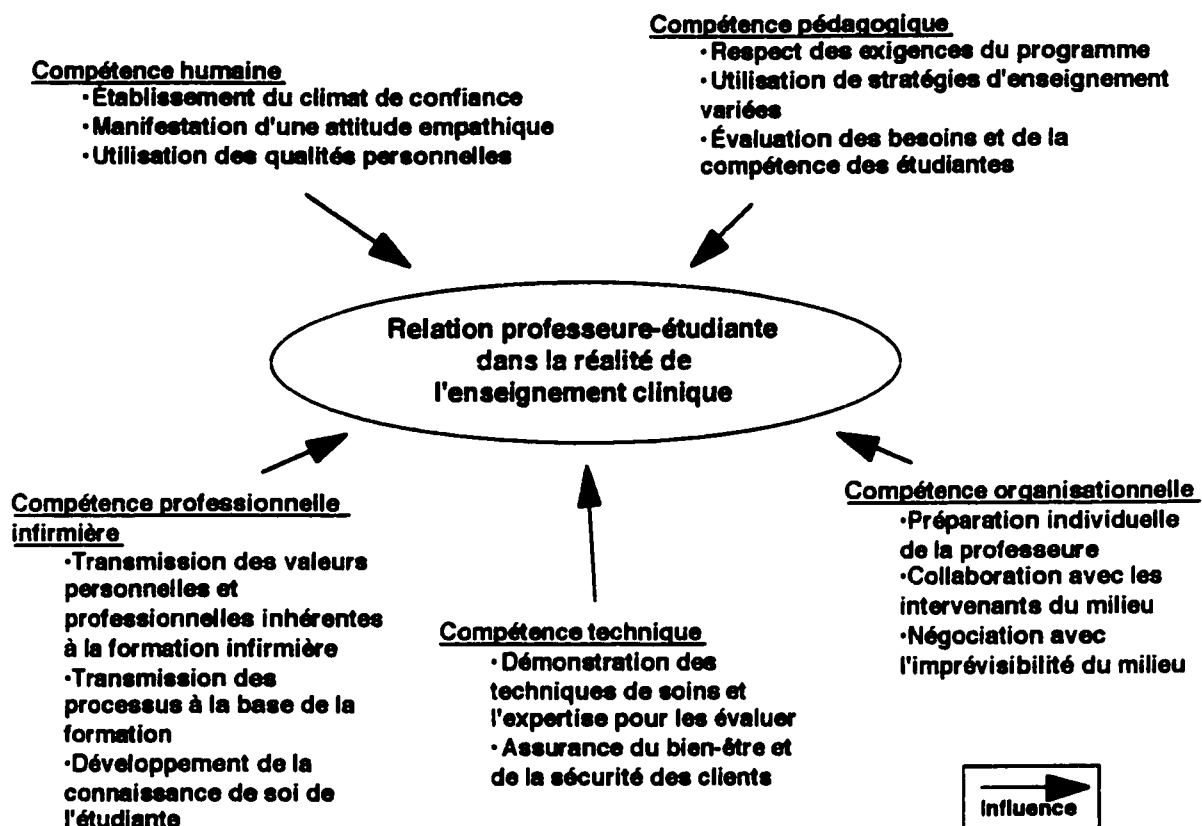


Figure 1 — Illustration schématique des compétences comme éléments de l'évaluation de l'enseignement clinique

A. Les qualités interpersonnelles

Dans la plupart des travaux de recherche, l'importance de maintenir la qualité des relations interpersonnelles est relevée et ce, tout autant dans ceux qui traitent de l'évaluation de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières de façon générale (Reeve, 1989; Romberg, 1984; Whitehead, 1997), que dans ceux qui se concentrent uniquement sur le volet clinique de l'enseignement (Bergman & Gaitskill, 1990; Brown, 1981; Flager et al., 1988; Hamilton, 1996; Kanitsaki & Sellick, 1989; Knox & Mogan, 1985; Mogan & Knox, 1987; Murphy, 1988; Nehring, 1990; Pugh, 1980; Sando, 1997; Stoltenberg, 1997; Stuebbe, 1980). Les qualités interpersonnelles comme éléments d'évaluation de l'enseignement en milieu clinique sont également ressorties dans la présente étude.

Cependant, l'approche de type qualitatif qui a été utilisée permet d'explicitier davantage cet élément, puisque les participantes dressent un portrait à la fois plus englobant et plus détaillé de ce

qu'elles entendent par qualités interpersonnelles. La contribution de cette étude est ici mise en évidence non seulement par son approche, mais surtout en ce qu'elle identifie les éléments d'évaluation selon des compétences principales. L'analyse des résultats permet de constater que les répondantes regroupent quatre des catégories de comportements relevées dans les écrits précédents sous un terme plus englobant, celui de compétence humaine. Elle comprend les catégories suivantes identifiées dans les écrits sur l'évaluation de l'enseignement clinique:

1. La disponibilité aux étudiantes.
2. Les relations interpersonnelles.
3. Les caractéristiques personnelles de la professeure.
4. L'assistance aux étudiantes.

Il est à souligner que la disponibilité aux étudiantes, qui est une catégorie isolée dans la revue de la documentation, est ramenée, dans la présente recherche, sous la rubrique qualités personnelles et ce, au même titre que les nombreux autres attributs personnels. De plus, les précisions apportées par les participantes sur les éléments de compétence humaine ont permis d'identifier des compétences satellites et de ce fait, donner un portrait plus détaillé de l'ensemble de cette compétence. Ces compétences satellites touchent l'établissement du climat de confiance, la manifestation d'une attitude empathique et l'utilisation des qualités personnelles de la professeure. L'établissement du climat de confiance, qui est une compétence satellite sur laquelle toutes les participantes ont insisté pour favoriser les apprentissages des étudiantes, n'est pas relevé de façon aussi claire dans les recherches. Il est possible que cette compétence soit incluse dans l'élément qualités interpersonnelles. Cependant, les procédures de collecte de données employées dans les recherches, pour la plupart des questionnaires à réponses fermées, n'ont pas permis de faire cette distinction.

Même si la généralisation des résultats ne soit pas le but visé dans la présente étude, elle permet tout de même de corroborer les conclusions de certaines auteures (Bergman & Gaitskill, 1990; Brown, 1981; Murphy, 1988). Pour ces dernières, les professeures, tout autant que les étudiantes, accordent une importance première à la qualité des relations interpersonnelles en milieu clinique. Les présents résultats peuvent également être mis en parallèle avec ceux de d'autres études (Brown, 1981; Hamilton, 1996; Knox & Mogan, 1985; Mogan & Knox, 1987; Pardo, 1991; Sando, 1997). Ces dernières concluent que les opinions des étudiantes et des professeures tendent à converger, selon que les étudiantes sont en début ou en fin de programme. De même, les étudiantes participantes à la recherche, qui sont toutes en dernière année de leur programme de formation, adoptent des positions très similaires aux professeures, particulièrement quand elles

traitent de la compétence humaine; cette variable identifiée par les auteures concernant le niveau de formation des étudiantes est donc importante à considérer dans l'identification des éléments d'évaluation de l'enseignement clinique. Cette conclusion de recherche peut s'expliquer par le fait que les étudiantes en fin de programme ont intégré la globalité professionnelle infirmière et tendent à avoir une réflexion qui se rapproche des professeures qui leur ont enseigné. Ainsi, la compétence humaine de l'infirmière qui se manifeste dans des comportements de *caring* auprès des clients est transposée dans les éléments d'évaluation de l'enseignement clinique par les étudiantes; ces dernières exigent ces mêmes comportements chez leurs professeures.

Nonobstant le fait que les qualités interpersonnelles aient été relevées comme éléments d'évaluation dans la plupart des études, l'ordre d'importance qui leur est attribué est variable. En effet, dans certaines recherches sur le sujet (White, 1997; Wills, 1997) où les perceptions des étudiantes ont été considérées, les qualités interpersonnelles viennent au premier rang d'importance. Ces résultats vont toutefois à l'encontre de d'autres études (Benor & Leviyof, 1997; Morgan, 1997) qui leur accordent une importance moindre, en les plaçant au troisième rang. Les travaux qui ont porté sur la description du processus de l'enseignement clinique supportent aussi la valeur des qualités interpersonnelles; elles leur allouent un premier niveau d'influence sur l'acte d'enseigner (Carr, 1983; Pardo, 1991; Paterson, 1991; Rosenthal, 1987; Scanlan, 1996/1997). Malgré ces divergences marquées dans l'ordre de priorité attribué aux qualités interpersonnelles, un fait demeure, toutes les recherches les considèrent. La présente étude appuie également l'intérêt de les inclure au chapitre de l'évaluation de l'enseignement clinique en tant qu'éléments d'évaluation. Cependant, même si l'approche qualitative employée a permis de traiter de la compétence humaine d'une façon exhaustive, le faible nombre de participantes recrutées pour l'étude est une limite à la généralisation des résultats.

B. La compétence professionnelle

D'un point de vue général, la catégorie compétence professionnelle qui ressort des travaux de recherche sur l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières rejoint les compétences pédagogique, technique et professionnelle infirmière relevées dans la présente étude. Par contre, d'un point de vue spécifique, il s'avère difficile de relier cette compétence professionnelle aux résultats présentés dans cette étude. En effet, certaines recherches (Bergman & Gaitskill, 1990; Brown, 1981; Wiley, 1984), dont les instruments de collecte de données ne font pas de distinction entre les comportements qui se rattachent à la dimension pédagogique, technique ou professionnelle infirmière les rassemblent sous la catégorie compétence professionnelle. D'autres auteures (Benor & Leviyof, 1997; Green, 1988; Knox & Mogan, 1987, 1987; Rauen, 1974; Wills, 1997) ont raffiné davantage la compétence professionnelle, car les

instruments de collecte de données dont elles se sont servies étaient différents de ceux des quatre chercheuses précédentes. Leurs questionnaires avaient l'avantage de permettre une distinction entre les comportements reliés à la compétence infirmière et ceux liés à la compétence pédagogique. Cependant, à l'intérieur de la catégorie compétence infirmière, aucune démarcation entre le volet technique et la globalité professionnelle infirmière n'était relevée. Or, cette démarcation est un apport intéressant de la présente étude et a un impact sur l'enseignement et l'évaluation de cet enseignement en milieu clinique.

Les auteures considèrent que les compétences technique et professionnelle infirmière forment un tout, soit la compétence infirmière. Cependant, les participantes à cette étude font une distinction très nette entre ces deux dimensions de la profession, ce qui est précieux, particulièrement pour les professeures débutantes. Les éléments d'évaluation de l'enseignement clinique considérés selon des compétences principales permet à la professeure novice de se situer au regard des exigences générales de sa fonction en milieu clinique. Cette perspective générale, par la suite explicitée par des compétences satellites auxquelles les compétences principales renvoient, donne des pistes plus précises pour l'aider à compléter sa préparation. Une telle approche à l'évaluation peut être également profitable à la professeure experte pour l'amélioration de son enseignement.

C. Les pratiques d'enseignement et d'évaluation

Un autre élément de similitude rejoint les comportements au regard des pratiques d'enseignement et d'évaluation qui sont relatés dans l'ensemble de la documentation consultée. Les professeures, tout autant que les étudiantes, ont longuement élaboré sur le sujet, ce qui démontre un vif intérêt pour ces deux aspects qui composent la compétence pédagogique. De plus, tout comme dans les travaux de Paterson (1991) et de Scanlan (1996/1997), il est mentionné que la supervision, la sélection des expériences d'apprentissage des clients, l'utilisation de la rétroaction et les travaux écrits sont précieux pour évaluer les étudiantes.

Par contre, l'ajout d'une troisième dimension à cette compétence, soit le respect des objectifs du programme, apporte un complément intéressant à l'évaluation de la professeure dans ses pratiques d'enseignement et d'évaluation. Cet élément semble d'ailleurs revêtir une importance particulière pour les professeures, lesquelles l'ont introduite en début d'entrevue. Quoique cet élément de compétence pédagogique puisse paraître indissociable de l'acte d'enseigner, les professeures soulignent que certaines de leurs collègues sont quelques fois davantage centrées sur l'accomplissement de la tâche, négligeant ainsi l'intention pédagogique qui devrait être présente en milieu clinique. Les professeures estiment également qu'il est important de respecter les objectifs

du programme pour faire montre d'une compétence pédagogique qui tienne compte du niveau de formation de l'étudiante. Scanlan (1996/1997) a aussi fait mention de cet aspect dans les résultats de sa thèse, mais elle ne le relève pas d'une façon explicite comme faisant partie des pratiques d'enseignement clinique. Comme les résultats des recherches reliés aux qualités interpersonnelles, ceux qui se rapportent aux pratiques d'enseignement sont peu homogènes, ceci étant dû à la variété d'instruments de collecte de données employée. Dans certains questionnaires, les habiletés d'enseignement et l'évaluation des étudiantes sont des catégories distinctes sur lesquelles devaient se prononcer les répondantes; d'autres questionnaires les fusionnent. Des disparités du même genre existent au niveau de la définition de la catégorie évaluation (Knox & Mogan, 1985; Krichbaum, 1994; Mogan & Knox, 1987; Nerhing; 1990). Scanlan (1996/1997) résume bien cette situation de confusion en disant : « The categories of effective clinical teaching used in the literature are conceptually *fuzzy* » (p.228). Les précisions qui sont apportées par la présente étude à cette catégorie de comportements sur les pratiques d'enseignement et d'évaluation, sont manifestement précieuses pour faciliter l'évaluation de la professeure sur le plan pédagogique.

La disparité avec les recherches qui traitent de l'évaluation de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières

La section précédente soutient les conclusions de recherche de plusieurs auteures dans le domaine des sciences infirmières. Comme il a été relaté, *la qualité des relations interpersonnelles et la démonstration des compétences pédagogiques touchant l'enseignement et l'évaluation* sont des éléments d'évaluation irréfutables présentés dans cette étude. Cependant, malgré le fait que les comportements reliés à *la compétence professionnelle* ne puissent être mis en parallèle d'une façon aussi claire, dû au manque de spécificité sur le sens que les chercheuses accordent à cette compétence, il est permis de supposer qu'elle comprend la compétence professionnelle infirmière, énoncée comme étant un autre élément d'évaluation.

A. L'évaluation de l'enseignement clinique selon des compétences

Dans un premier temps il faut noter que, contrairement aux études sur l'évaluation de l'enseignement clinique recensées où les auteures présentent des listes de comportements sur lesquels devrait porter l'évaluation de l'enseignement en milieu clinique, l'analyse des résultats présente plutôt l'évaluation de cet aspect de l'enseignement comme étant tributaire de cinq compétences principales, soit humaine, pédagogique, technique, professionnelle infirmière et organisationnelle. En second lieu, sans réfuter d'emblée les conclusions d'un grand nombre d'auteurs (Flager, Loper-Powers & Spitzer, 1988; Hamilton, 1996; Hartland, 1993; Kanitsaki & Sellick, 1989; Karns & Schwab, 1982; Morgan, 1997; Sando, 1997; Sellick & Kanitsaki, 1991;

Wellard et al., 1995; Whitehead, 1997; Wills, 1997; Windsor, 1987; Zimmerman & Waltman, 1986), qui soutiennent l'intérêt d'évaluer la professeure en milieu clinique selon les rôles qu'elle peut emprunter durant l'enseignement en milieu clinique, l'évaluation de l'enseignement clinique selon des compétences pourrait davantage répondre aux attentes des étudiantes et des institutions d'enseignement envers la professeure.

En effet, les compétences principales répertoriées permettent de *définir la fonction de la professeure selon une perspective globale* en insistant sur les compétences principales à développer, plutôt qu'en distinguant les comportements de professeure ou d'infirmière préalablement établis dans des questionnaires. Elles sont aussi plus spécifiques, puisqu'elles sont en lien avec les facteurs qui influencent la relation d'enseignement-apprentissage. Ces facteurs ont permis d'élargir la conception de l'évaluation au-delà des rôles. De plus, les éléments d'évaluation identifiés à partir des compétences principales, ramifiées en compétences satellites, à leur tour davantage définies par des indicateurs dressent un portrait plus fidèle de l'enseignement en milieu clinique, puisque ces compétences émergent du vécu des participantes. Malgré le fait que Wellard et ses collègues (1995) aient également utilisé l'entrevue pour en venir à identifier cinq rôles importants à tenir en milieu clinique, l'intention de l'évaluation sur laquelle elles se sont penchées portait sur le but, non sur la définition de l'objet même. Le but formatif accordé au processus d'évaluation qu'elles ont mis sur pied fait en sorte que les professeures devaient élaborer leurs propres objectifs en rapport avec les cinq rôles qui leur étaient présentés.

B. L'intérêt de considérer l'évaluation de l'enseignement clinique selon les compétences technique et professionnelle infirmière

Les résultats de la présente étude, comme ceux des études recensées, amènent à concevoir l'évaluation de la professeure en milieu clinique selon les dimensions pédagogique, infirmière et humaine de la fonction d'enseignement. Cette étude se distingue toutefois, puisqu'elle définit de façon exhaustive les aspects à évaluer dans chacune de ces dimensions. En effet, les recherches qui portent sur l'évaluation de l'enseignement clinique exposent les comportements qui représentent la fonction d'enseignante. Cependant, elles ne dissèquent pas les deux volets que comporte la compétence infirmière soit le volet technique et celui qui implique la dispensation des soins selon une vision globale du client. Ce second volet, sur lequel les six professeures ont fortement insisté, implique que l'enseignement de la pratique infirmière requiert des éléments de compétence qui ont certes trait aux habiletés techniques inhérentes à cette pratique. Cependant, les professeures appuient également la nécessité de faire preuve d'une compétence à enseigner les divers processus qui touchent l'approche globale au client. Ainsi, comme les professeures se doivent de démontrer et d'évaluer les techniques de soins chez les étudiantes, il serait inacceptable que ces dernières ne

que ces dernières ne soient pas expertes à ce niveau, par exemple en ce qui concerne l'installation des intraveineuses, des sondes urinaires ou tout autre procédé qui exige la maîtrise des habiletés motrices.

Néanmoins, pour répondre aux exigences de l'enseignement de la profession infirmière selon une globalité, elles doivent posséder les valeurs personnelles et professionnelles infirmières. Cette intégration des valeurs permet à la professeure de faire cheminer l'étudiante dans sa démarche d'actualisation de soi. L'intérêt de cette compétence spécifique a d'ailleurs été souligné dans l'étude de Toth (1996) dans laquelle les perceptions des infirmières pratiquant dans les milieux cliniques ont été recueillies. Ces dernières estiment que le comportement primordial à acquérir pour les professeures qui enseignent dans leurs milieux est la démonstration des valeurs, attitudes et habiletés qu'elles veulent inculquer à leurs étudiantes. Cette conclusion de Toth supportée par Benor et Leviyof (1997) ressort également dans la présente étude. L'enseignement de la pratique infirmière en référence aux divers processus qui la constituent fait également partie de la compétence professionnelle infirmière que doivent posséder les professeures. Ces dernières ont donc l'obligation de centrer les étudiantes sur la communication thérapeutique avec leurs clients, de les amener à travailler selon une démarche de soins, afin qu'elles apprennent à identifier les besoins de leurs clients. La collaboration avec les intervenants des milieux est un autre processus sur lequel elles doivent cibler leur enseignement. Ces exemples de compétence professionnelle infirmière, qui ont été longuement décrites dans la présentation des résultats, de même que la conclusion de Toth sur le sujet renforcent l'intérêt d'évaluer la professeure dans sa compétence à enseigner ces deux aspects distincts, mais à la fois complémentaires de la profession infirmière.

Les résultats précédents mettent en lumière, non seulement, les disparités entre les résultats de la présente étude et ceux sur l'évaluation de l'enseignement clinique, mais ils renforcent la position de plusieurs auteurs (Bergman & Gaitskill, 1990; Carr, 1983; Fong & McCauley, 1993; Whitman, 1990; Windsor, 1987) sur les différences qui prévalent entre les volets théorique et clinique de l'enseignement dans le domaine des sciences infirmières. L'évaluation de l'aspect clinique de l'enseignement fait appel à la compétence cognitive, mais aussi à la compétence professionnelle de la professeure. Dès lors, elle devrait contenir des éléments qui touchent cette dernière compétence.

C. L'évaluation de l'enseignement clinique selon la compétence organisationnelle

La compétence organisationnelle, que ressort la présente étude comme étant un élément essentiel dans l'évaluation de la professeure en milieu clinique, est directement reliée à l'influence

de l'environnement où se déroule cet enseignement. L'influence de l'environnement clinique a été également identifiée par Paterson (1991). Pour cette dernière, il apparaît primordial que la professeure fasse preuve de comportements qui témoignent de son habileté à négocier avec les membres de l'équipe de soins, ce que Paterson nomme le système permanent. Par la démonstration de comportements de négociation, la professeure favorise sa propre acceptation et celle de ses étudiantes. Paterson identifie la professeure et ses étudiantes comme un système temporaire qui prend place à l'intérieur du système permanent qu'est l'équipe de soins. Les résultats de la présente recherche vont donc dans le sens de cette chercheuse qui, bien qu'elle ne se soit pas consacrée à identifier les éléments d'évaluation de l'enseignement clinique, a tout de même contribué à relever les composantes du processus de l'enseignement clinique.

La problématique de la présente recherche fait état du statut particulier de la professeure qui évolue en milieu clinique, toutefois les études qui traitent de l'évaluation et sur lesquelles est basé son cadre conceptuel ne rapportent pas de façon précise les comportements qui se rattachent à la compétence de négociation de la professeure avec le milieu d'enseignement clinique. À titre d'exemple, certains instruments de collecte de données utilisés par les chercheuses relèvent de rares comportements qui se rapportent à la compétence organisationnelle et ceux-ci sont chapeautés par des catégories trop englobantes pour permettre de bien cerner cette compétence. À l'extrême, certains autres questionnaires ne contiennent aucun item qui touche la compétence organisationnelle.

Cette constatation se veut contraire en ce qui concerne les recherches ethnographiques (Carr, 1983; Paterson, 1991) qui ont porté sur la définition du processus d'enseignement clinique. Ces auteures, par l'utilisation de méthodes qualitatives, apportent davantage d'explications sur l'importance pour la professeure de négocier et de maintenir la qualité de ses interactions avec les membres présents dans l'environnement clinique. Leurs conclusions de recherche soutiennent l'intérêt de considérer la compétence organisationnelle dans l'évaluation de l'enseignement clinique.

LA FONCTION D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

Il semble que les interrogations sur l'évaluation de l'enseignement en milieu clinique trouveraient des réponses plus satisfaisantes si l'enseignement en milieu clinique était évalué selon des compétences à développer, plutôt que sur des comportements reliés aux rôles d'enseignante, d'infirmière et de personne identifiés dans certains écrits. Les propos des participantes sur ce sujet sont discutés en rapport avec des études qui ont soulevé la question du rôle en milieu clinique. Le rôle a été exploré tout autant par les chercheuses qui se sont penchées sur le processus de l'enseignement clinique que par celles qui se sont concentrées sur l'évaluation de ce volet de

l'enseignement. Cette section qui se divise en cinq parties reflète les différents thèmes abordés dans ces écrits:

1. Évaluation de l'enseignement clinique selon les rôles.
2. Ambiguïté du rôle.
3. Priorité accordée à chacun des rôles.
4. Identité professionnelle.
5. Définition de la fonction d'enseignement clinique.

L'évaluation de l'enseignement clinique selon les rôles

Cette recherche apporte un complément intéressant aux résultats des chercheuses qui ont relié les éléments d'évaluation aux différents rôles empruntés en milieu clinique (Green, 1988; Pugh, 1980; Rauen, 1974; Sellick & Kanitsaki, 1991; Stuebbe; 1980; Wellard et al., 1995). Parmi ces dernières, certaines ont traité du rôle infirmier dans la fonction d'enseignement, mais ne se sont pas penchées sur les éléments de compétence pour ce rôle. Elles rapportent plutôt que l'évaluation de la professeure au regard du rôle infirmier se mesure par les comportements standards attendus chez une infirmière compétente, sans toutefois les présenter de manière explicite. D'autres précisent davantage les éléments qui traduisent le rôle infirmier par contre, les nuances entre l'aspect technique de la profession infirmière et celui de sa globalité ne sont pas prises en compte. À titre d'exemple, certains éléments d'évaluation du rôle infirmier qui font référence à la communication ou à d'autres processus sont placés dans la catégorie relations interpersonnelles. Quant à la catégorie compétence infirmière, elle est réservée à dimension technique du rôle. Il est également permis de supposer que même si les participantes aux recherches précédentes ont été appelées à se prononcer sur l'importance de chacun des rôles en milieu clinique, elles doivent également être préoccupées par la compétence de la professeure dans chacun de ces rôles. La contribution de la présente recherche tient au fait qu'elle apporte des résultats plus spécifiques que les précédentes en ce qui a trait à la définition des rôles d'infirmière et d'enseignante et de personne, sans pour autant concevoir l'évaluation de l'enseignement clinique selon ces rôles.

Il convient de poursuivre l'analogie des résultats du présent ouvrage avec ceux de Sellick et Kanitsaki (1991) ainsi qu'avec ceux de Wellard et ses collègues (1995). Ces chercheuses ont dégagé cinq fonctions de rôle attribuées à la professeure en milieu clinique. Pour ces dernières, la professeure peut adopter les rôles suivants, soit enseignante, infirmière, conseillère, gestionnaire des apprentissages de même que celui d'évaluatrice. D'une part, les résultats obtenus englobent ceux de ces auteures; d'autre part, ils sont plus exhaustifs, car les rôles d'enseignante, d'évaluatrice

et de gestionnaire des apprentissages sont inclus dans la compétence pédagogique définie par les participantes, le rôle de conseillère peut être relié à la démonstration de la compétence humaine et le rôle d'infirmière est identifié de façon plus spécifique dans les compétences technique et professionnelle infirmière. À ces distinctions, il faut ajouter que Sellick et Kanitsaki de même que Wellard et ses collègues n'ont pas identifié un rôle spécifique qui pourrait être en lien avec la compétence organisationnelle. Cette dernière semble pourtant être, selon les résultats de la présente étude, une compétence nécessaire dans l'évaluation de l'enseignement en milieu clinique. Cette absence du rôle relié à la compétence organisationnelle dans les recherches des auteures précédentes peut s'expliquer par le fait que Sellick et Kanitsaki ont effectué leur recherche auprès d'une population d'étudiantes où le questionnaire utilisé présentait des comportements en rapport avec les rôles identifiés. Bien que le questionnaire laissait place à l'ajout de comportements supplémentaires, aucune des étudiantes n'a fait référence à la compétence organisationnelle. Ceci est explicable, car les étudiantes ne sont pas témoins des démarches de négociation des professeures dans les milieux cliniques. Quant à Wellard et ses collègues, elles ont mené leur recherche auprès de 39 professeures dont la plupart qui étaient chargées de cours provenaient des institutions mêmes où elles donnaient l'enseignement clinique; leurs efforts pour neutraliser le statut d'invitée étaient probablement moins évidents.

En plus d'être davantage explicites au niveau des composantes de l'évaluation, les résultats présentés ont l'avantage d'être plus descriptifs, car il faut le rappeler, l'utilisation d'une approche qualitative pour le recueil des données a permis, dans un premier temps, de définir les éléments généraux d'évaluation, les compétences et dans un deuxième temps d'explorer en profondeur les composantes de ces compétences.

L'ambiguïté du rôle

Comme les professeures en témoignent, il ne subsiste aucune ambiguïté quant à l'identification de leur rôle; lorsqu'elles évoluent en milieu clinique, elles sont enseignantes, non infirmières. Cette affirmation permet d'introduire la discussion concernant la notion de rôle et de sous-rôle, telle que décrite par Hardy et Conway (1988). Les participantes à cette étude tiennent un discours différent de celui de ces auteures, puisqu'elles ne considèrent pas les rôles d'infirmière et de personne comme étant des sous-rôles à celui d'enseignante. Elles présentent leur fonction d'enseignement en milieu clinique comme un *suprarôle*, non divisible en rôles multiples; ce *suprarôle* englobe les rôles répertoriés dans la revue de la documentation. Selon les professeures, *la compétence pédagogique est manifeste, la compétence technique étant latente* pour pallier certaines situations. *La compétence humaine est, par ailleurs, considérée comme un adjuvant important pour faciliter les apprentissages des étudiantes, son influence s'exerce sur les quatre*

autres compétences, alors que la *compétence professionnelle infirmière* s'avère intimement reliée à la compétence pédagogique pour *permettre la transmission de la pratique*. La *compétence organisationnelle* est, par ailleurs, *inhérente au rôle d'enseignante*, car elle est un indice précieux qui permet d'évaluer la professeure dans sa capacité à négocier avec le milieu clinique pour ainsi faciliter les apprentissages des étudiantes.

Par contre, même si dans certaines situations les professeures se disent partagées dans le choix du rôle à tenir, elles ne font pas référence à la clarté de leur rôle ou encore au conflit de rôle, tel qu'explicité par Hardy et Conway. Elles s'expriment plutôt en terme de dilemme. Ce dilemme n'est pas relié à une incompatibilité avec les attentes du milieu (conflit de rôle) ou à un manque de clarté dans ces attentes (ambiguïté du rôle). Il surgit plutôt quand les professeures craignent que la sécurité du client soit menacée par le manque d'expérience ou d'habileté de l'étudiante. Par contre, les propos des professeures coïncident parfaitement avec ceux de Duke (1996) qui ne semble pas accorder la même définition que Hardy et Conway au terme conflit de rôle : « ... Le conflit dans le rôle survient quand, comme professeures elles reconnaissent le besoin de laisser l'étudiante exécuter une procédure, mais comme infirmières, il leur est difficile de rester derrière sans bouger. » (p.411, traduction libre). Dans ce sens, il paraît plus approprié de dire que les professeures en milieu clinique vivent occasionnellement un dilemme de rôle, plutôt qu'un conflit de rôle.

La priorité accordée à chacun des rôles

À ce titre, les résultats de la présente recherche remettent partiellement en question les conclusions de certaines auteures (Pugh, 1980, 1988; Rauen, 1974; Rosenthal, 1987; Stuebbe, 1980; Whitman, 1988), qui se sont attardées à identifier la priorité à accorder à chacun des rôles. Les résultats présents indiquent que la question des rôles porte davantage sur l'ensemble des compétences qu'implique la fonction d'enseignante, plutôt que sur le fait d'établir la priorité entre les rôles d'enseignante et d'infirmière. Par contre, les résultats obtenus dans cette étude sont en accord avec ceux de certaines chercheuses (Carr, 1983; Kramer, 1981; Stevens, 1979), alors que ces dernières maintiennent l'unicité du rôle d'enseignante en clinique.

L'identité professionnelle

Les résultats des recherches qui ont étudié les composantes de l'enseignement clinique dans le domaine des sciences infirmières permettent également de faire un parallèle avec ceux de cette étude. Dans ces recherches, certains facteurs d'influence sur l'acte pédagogique en milieu clinique ont été mis en évidence. L'un de ceux-ci, l'identité professionnelle permet à la professeure de se définir comme une enseignante ou comme une infirmière dans sa fonction d'enseignement.

Comme il a été mentionné précédemment, les professeures n'éprouvent pas de difficulté à se définir comme des enseignantes lorsqu'elles évoluent dans les milieux cliniques. Cependant, même si les résultats présentés indiquent que les professeures qui ont participé à cette recherche sont à l'aise dans leur identité professionnelle, elles conçoivent tout de même qu'il subsiste un écart entre les différentes conceptions des professeures de soins infirmiers quant à leur identité professionnelle. Elles soulignent le fait que parmi leurs collègues, certaines se considèrent davantage *cliniciennes* et mettent alors l'accent sur la dimension technique du rôle infirmier. Celles pour qui la dimension pédagogique est plus importante sont plus préoccupées par l'enseignement des processus. Cette précision permet de référer à nouveau aux auteures Hardy et Conway pour lesquelles l'identité professionnelle se construit à partir des diverses expériences personnelles et professionnelles d'un individu. Selon les propos des participantes, il serait alors explicable que les professeures novices, qui ont eu peu d'expériences antérieures dans l'enseignement, s'identifient comme des infirmières. Les professeures interviewées qui, au contraire, possèdent une riche expérience dans l'enseignement clinique se sont appropriées une identité professionnelle qui répond davantage aux exigences de leur fonction. Les conclusions de Scanlan (1996/1997) vont dans le même sens, car cette auteure qui a comparé les perceptions des professeures novices et expertes concernant l'enseignement clinique conclut que les novices se réfèrent d'abord à leur expérience d'infirmière. Cette étude appuie également les conclusions de Carr, Pardo, Paterson, Rosenthal sur l'importance de l'identité professionnelle comme facteur d'influence sur l'acte d'enseigner.

La définition de la fonction d'enseignement clinique

La définition de l'entité de la fonction d'enseignement dans le milieu clinique est un autre facteur d'influence sur l'acte d'enseigner présenté par les chercheuses qui ont défini le processus de l'enseignement clinique. Cependant, même si les étudiantes insistent pour dire qu'elles apprennent davantage auprès d'une professeure qui remplit un rôle d'enseignante, plutôt qu'un rôle d'infirmière et malgré le fait que les professeures se soient clairement positionnées sur le rôle qu'elles ont à tenir, il demeure toutefois que la fonction d'enseignement en milieu clinique est peu définie. Ainsi les professeures rapportent que leurs valeurs professionnelles et leur intuition sont pratiquement les seuls guides auxquels elles peuvent se référer lorsqu'elles évoluent dans les milieux cliniques. Cette affirmation peut être discutée à la lumière des écrits de Hardy et Conway sur la théorie du rôle. Les conditions dans lesquelles les professeures doivent évoluer en milieu clinique sont peu définies (*role stress*). Cependant, même si les professeures vivent une incertitude (*role strain*) face aux attentes de leurs milieux d'enseignement au regard des comportements à adopter pour *bien enseigner* en milieu clinique, elles ont su contrer leur malaise en construisant leur propre identité professionnelle.

LA NOTION DE MODÈLE DE RÔLE

D'un point de vue général, il paraîtrait juste de dire que les professeures qui ont intégré l'entité du rôle infirmier, sont de bons modèles pour les étudiantes dans ce qu'elles considèrent comme *le quoi* de la profession, alors que l'utilisation du modèle de rôle en tant que stratégie d'enseignement devient en quelque sorte *le comment* transmettre ce rôle. Par contre, d'un point de vue plus spécifique, les précisions suivantes expliquent davantage l'interprétation de la notion de modèle de rôle.

Les étudiantes participantes à la présente étude renforcent l'importance d'utiliser le modèle de rôle comme stratégie d'enseignement. Leur discours est en accord avec Bandura (1977) qui prône l'apprentissage par observation pour développer des comportements nouveaux. Toutefois, bien que les quatre processus qui sont en jeu dans l'apprentissage par observation ne soient pas relevés de façon systématique, il demeure tout de même que les étudiantes expriment clairement avoir recours au premier processus, celui de l'attention, pour la sélection des modèles à observer. Elles choisissent, comme le mentionne Bandura, des modèles qui, d'une part leur sont crédibles et qui, d'autre part, correspondent aux activités pour lesquelles elles veulent prendre exemple. C'est pourquoi, selon les situations qui se présentent, les infirmières des unités ou la professeure peuvent servir de modèles aux étudiantes.

Les résultats de cette étude rejoignent également la théorie de Bandura en ce qui concerne le second processus, la rétention, où la répétition des comportements est importante pour l'apprentissage. Il est alors permis de penser que les professeures qui multiplient les expériences d'apprentissage selon les besoins des étudiantes favorisent la répétition et, par le fait même, l'apprentissage.

Il apparaît intéressant, à ce moment-ci, de s'arrêter sur la position du seul participant parmi les professeures qui ne considère pas l'utilisation du modèle de rôle dans ses stratégies d'enseignement. Ce dernier invoque qu'une telle stratégie favorise la répétition plutôt que le questionnement. En se référant au mode de fonctionnement de ce deuxième processus, ce professeur semble tout à fait justifié de penser ainsi, puisque son action va au-delà de la rétention. En effet, quand il dit préférer partir des connaissances déjà acquises pour ensuite raffiner les apprentissages, il corrobore tout à fait l'identification du troisième processus ressorti par Bandura, la reproduction motrice, qui fait appel aux éléments de connaissance de l'apprenante pour lui permettre de reproduire les patrons de comportements. Bien qu'il ne le mentionne pas de manière explicite, ce professeur a lui aussi recours au modèle de rôle comme l'ensemble de ses pairs.

La conception du modèle de rôle de ce professeur correspond davantage aux processus supérieurs définis par Bandura, lesquels impliquent la reproduction motrice et finalement la motivation. Selon Bandura, dans ce dernier processus, l'étudiante sélectionne les comportements selon ses propres valeurs. Or, ce participant, ainsi que deux autres professeures, ont insisté sur l'importance de respecter, voire même de favoriser, l'appropriation des valeurs personnelles et professionnelles. Ainsi, quand une professeure mentionne que se donner comme modèle aux étudiantes produit des résultats différents chez ces dernières elle appuie, encore une fois, la théorie de Bandura qui soutient que cette situation est reliée aux nombreux facteurs qui influencent le processus de l'apprentissage par observation.

L'autre groupe de participantes, les étudiantes, ont également fait référence aux valeurs quand elles précisent vouloir conserver leur personnalité propre. C'est pourquoi, en appliquant le quatrième processus de l'apprentissage par observation à leurs situations d'apprentissage, les étudiantes entérinent l'importance de l'utilisation du modèle de rôle dans l'enseignement clinique en soins infirmiers.

L'intérêt de la modélisation du rôle infirmier qui a été rapportée dans les résultats de la présente étude soutient certes la théorie de Bandura, mais ces résultats appuient également la position de plusieurs auteures en sciences infirmières (Benor & Leviyof, 1997; Deane & Campbell, 1985; Hartland, 1993; Howie, 1988; Morgan, 1991; Pardo, 1991; Perry, 1988; Pugh, 1980; Rosenthal, 1987; Scanlan, 1996/1997; Stuebbe, 1980; Wilson & Startup, 1991). Ces dernières, tout comme le relate la présente étude, attribuent une importance primordiale à cette stratégie d'enseignement dans le développement de la compétence professionnelle infirmière des étudiantes.

Cependant, les résultats exposés précédemment ne rapportent pas que l'importance de la modélisation du rôle infirmier. Ils font en plus état d'une autre dimension du modèle de rôle soit, celui d'enseignante. En effet, il semble que le fait que la professeure soit compétente sur le plan pédagogique contribue à modéliser les habiletés d'enseignement que l'étudiante se doit de développer avec ses clients; ce résultat va dans le même sens que ceux de Stuebbe (1980). Par contre, une seule participante parmi les professeures corrobore les conclusions de Benor et Leviyof (1996) ainsi que de Hart et Rotem (1994), qui soulignent qu'il est de la responsabilité de la professeure d'identifier les modèles de rôles parmi les infirmières des milieux.

Pour conclure ce chapitre les principales contributions de cette étude sont mises en évidence. Les participantes à cette étude apportent une perspective différente de l'enseignement en milieu clinique, les relations interpersonnelles sont pour elles à ce point importantes qu'elles transcendent la préoccupation pédagogique identifiée en premier lieu par les auteures qui ont étudié

le processus de l'enseignement clinique. De plus, les nuances apportées par les deux groupes de répondantes sur la définition du but de cet aspect de l'enseignement en soins infirmiers suscitent un questionnement au regard du message que les professeures véhiculent à leurs étudiantes. En effet, ces dernières, même en fin de programme ont une vision fragmentée de la profession infirmière.

En contre partie, aucune des participantes n'identifie les éléments d'évaluation de façon morcelée. La perspective globale selon laquelle elles conçoivent l'objet d'évaluation fait en sorte qu'elles le présentent comme un ensemble de compétences à développer qui regroupent certains des comportements identifiés dans les écrits, soit ceux touchant les compétences humaine et pédagogique. Par ailleurs, les résultats de cette étude sont plus spécifiques que ceux des recherches recensées, car l'approche utilisée a permis de préciser davantage les aspects de la compétence professionnelle. C'est ainsi que cette dernière est scindée en deux compétences, soit la compétence technique et professionnelle infirmière. Cette contribution est significative non seulement pour l'évaluation de l'enseignement clinique, mais également pour la préparation des professeures à ce volet de l'enseignement. La compétence organisationnelle, relevée comme étant fort importante par l'ensemble des professeures est négligée, voire même totalement ignorée dans les résultats de recherche sur l'évaluation de l'enseignement clinique, alors que les auteures qui ont défini le processus de l'enseignement clinique en parlent de façon plus explicite.

L'étude de la notion du rôle en milieu clinique renforce la position des répondantes sur l'identification des compétences comme éléments d'évaluation. Aucune d'entre elles ne conçoit l'évaluation de l'enseignement en milieu clinique selon des rôles différents, soit les rôles d'enseignante, d'infirmière et de personne, ce que plusieurs auteures ont fait. Les professeures se sont clairement positionnées sur leur fonction en milieu clinique, elles sont enseignantes et non infirmières; cette position est accord avec celle des étudiantes. Dès lors, la question de priorité du rôle relevée dans certaines recherches paraît superflue à considérer; l'évaluation de l'enseignement clinique doit être plus englobante, mais aussi plus précise. Dans ce sens, l'intérêt des compétences comme éléments d'évaluation répond davantage à l'objet d'évaluation où la fonction d'enseignement est vue comme tout, non disséquable en rôles distincts. L'utilisation du modèle de rôle en tant que stratégie d'enseignement devient alors un indicateur de compétence pédagogique au niveau du *comment* transmettre la pratique infirmière; être un bon modèle d'infirmière est par ailleurs un indicateur de compétence professionnelle infirmière dans le *quoi* de la pratique infirmière.

CONCLUSION

Cette dernière partie qui conclut la recherche comprend trois parties. La première, fait un retour sur l'ensemble de l'étude, en faisant une synthèse des résultats. En second lieu, la contribution théorique et la contribution pratique de la recherche actuelle sont exposées. Finalement, le troisième volet aborde les recommandations pour les recherches futures.

LA SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Cette étude a non seulement permis d'identifier les éléments sur lesquels devrait porter l'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers, mais elle fait également ressortir le caractère distinctif de cet aspect de l'enseignement. La première caractéristique qui démarque le volet clinique touche la relation intimiste qui prend place entre l'enseignante et l'apprenante, de même que l'implication humaine que nécessite une telle relation. En effet, quand en début d'entrevue, les participantes énoncent leur conception de l'enseignement en milieu clinique, elles sont unanimes à dire que cette dimension de l'enseignement des soins infirmiers, qui implique un nombre restreint d'étudiantes, favorise un contact privilégié entre la professeure et ses étudiantes. Toutes les participantes traitent alors de l'enseignement clinique, comme une relation intime qui s'installe entre la professeure et ses étudiantes. Contrairement à l'enseignement en salle de cours, cette relation va au-delà de la transmission d'éléments cognitifs, puisqu'elle commande une implication humaine entre l'enseignante et l'apprenante durant la période d'enseignement; cette implication est d'ailleurs, tout autant significative avec les clients et les intervenants des milieux cliniques. Cette dernière précision est intéressante, car elle introduit un élément de distinction capital entre les deux volets de l'enseignement en soins infirmiers: l'environnement à la fois complexe et imprévisible.

Dans leurs propos, les professeures et les étudiantes ont fait ressortir cinq compétences principales comme éléments de l'évaluation de l'enseignement en milieu clinique. Ces compétences humaine, pédagogique, technique, professionnelle infirmière et organisationnelle sont imbriquées les unes aux autres. Elles se ramifient en des compétences satellites qui permettent de les définir concrètement et certaines de ces compétences sont davantage détaillées par des indicateurs.

L'évaluation de l'enseignement clinique porte tout d'abord sur la compétence humaine qui fait référence aux qualités personnelles et interpersonnelles de la professeure dans ses interactions avec les étudiantes et le personnel du milieu clinique. Elle est citée en premier lieu par toutes les étudiantes. Cette compétence semble également très importante pour les professeures, puisque la majorité d'entre elles en parlent abondamment dans l'ensemble de leur discours. La compétence humaine se traduit par une première compétence satellite, soit l'habileté de la professeure à créer un

climat de confiance mutuelle avec les étudiantes et à augmenter la confiance en soi de ces dernières. La compétence humaine implique également plusieurs indicateurs qui sont les manifestations de la seconde compétence satellite, une attitude empathique. Les multiples qualités personnelles que devraient déployer les professeures terminent le portrait global de la compétence humaine. Bien que les composantes de la compétence humaine, soient nombreuses, il demeure toutefois que leur exploration en profondeur permet de bien délimiter cette compétence qui, il faut le rappeler caractérise fortement l'enseignement en milieu clinique.

À la compétence humaine, s'ajoute la compétence pédagogique qui s'est révélée de première importance pour les professeures; les étudiantes en fin de programme partagent cette opinion, tout en prétendant par ailleurs, que la compétence humaine doit être placée au premier plan pour les étudiantes qui débutent le programme. Selon les participantes, l'enseignement en milieu clinique devrait être évalué sur les trois compétences satellites qui composent la compétence pédagogique. Ainsi, la professeure compétente sur le plan pédagogique se soucie de transmettre la pratique en respectant le programme de soins infirmiers, utilise des stratégies d'enseignement à la fois variées et adaptées aux besoins des étudiantes, tout comme elle fait preuve d'une habileté à évaluer la compétence et les besoins d'apprentissage de ses étudiantes. Le respect des objectifs du programme se traduit dans une préoccupation de faire travailler l'acquisition des processus aux étudiantes. L'utilisation des stratégies d'enseignement efficaces et variées devient alors le moyen évaluable par lequel la professeure réussit à faire apprendre la pratique des soins infirmiers. La troisième compétence satellite, l'évaluation des besoins et de la compétence des étudiantes qui complète la compétence pédagogique est non négligeable, puisqu'à l'intérieur de cette compétence les professeures doivent être en mesure de démontrer leur capacité à doser le niveau de supervision à accorder selon le rythme d'apprentissage et le niveau de formation des étudiantes. Les étudiantes ont de plus ajouté qu'elles apprécient davantage les professeures qui donnent une intention formative à l'évaluation. L'évaluation sommative est, par ailleurs, une obligation de l'enseignement en milieu clinique, mais semble être relayée au second plan, tant par les professeures, que par les étudiantes.

La compétence technique, bien qu'elle ne soit pas le seul gage de la qualité de l'enseignement clinique occupe, elle aussi, une place de choix comme élément d'évaluation. Les professeures qui démontrent une telle compétence s'assurent une crédibilité auprès des étudiantes et des intervenants des milieux. Toutefois, c'est en traitant de leurs habiletés techniques que les professeures ramènent la question du rôle exercé en milieu clinique. En effet, toutes les professeures adoptent une position claire: en milieu clinique, elles sont d'abord des pédagogues. Néanmoins, elles précisent leurs propos, en considérant que la compétence technique, *latente* à certains moments, devient *manifeste* dans des situations particulières. Ainsi, les professeures ont

recours à leur compétence technique pour démontrer et évaluer les techniques de soins, répondre à des situations d'urgence qui se présentent occasionnellement dans les milieux et pour pallier le manque de dextérité des étudiantes. Cette dernière raison qui fait émerger l'habileté technique de la professeure est de loin la plus importante, car les professeures se disent imputables de la sécurité des clients.

La compétence professionnelle infirmière est en quelque sorte, le complément essentiel à la compétence précédente. En effet, les professeures affirment avoir le devoir d'enseigner *l'idéal* du rôle infirmier, mais cet *idéal* semble être quelque peu négligé dans la réalité des milieux qui est présentée aux étudiantes. L'utilisation de leur expertise de pédagogue, qui englobe toutes les facettes de l'enseignement de la profession infirmière, permet de communiquer les valeurs personnelles et professionnelles aux étudiantes; ce que les étudiantes qualifient de transmission de *l'amour de la profession infirmière*. Les professeures sont, de plus, conscientes que la transmission de la pratique s'opère par l'enseignement des processus qui donnent aux étudiantes une vision globale des soins infirmiers. En dernier lieu, les professeures qui savent bien ce qu'implique une relation thérapeutique avec le client s'emploient à développer la connaissance de soi de l'étudiante. Pour ce faire, elles conçoivent l'importance d'être présentes aux émotions des étudiantes et de les ramener à l'expérience vécue.

La dernière compétence qui repose sur la dimension organisationnelle de l'enseignement clinique vient teinter la qualité de l'expérience d'apprentissage des étudiantes de façon appréciable. Les participantes, par l'identification de cette compétence font ressortir une distinction importante de l'enseignement clinique, puisque les professeures qui évoluent dans ce milieu, doivent composer avec une réalité beaucoup plus complexe qu'en salle de cours. En effet, pour favoriser l'acceptation de leurs étudiantes, de même que pour se doter de la confiance des ces dernières et du personnel des milieux cliniques, elles doivent s'accorder de longues heures de préparation individuelle. Cette préparation, s'évalue par une bonne connaissance du milieu, qui est un adjuvant facilitant la collaboration des intervenants des milieux, tant sur les plans technique et organisationnel, qu'au niveau pédagogique. Par ailleurs, cette compétence prend tout son sens en ce qui a trait à la capacité de la professeure de négocier avec le caractère imprévisible des milieux d'enseignement clinique. Ces milieux qui imposent leurs contraintes de temps et d'organisation exigent une grande faculté d'adaptation de la part de la professeure, afin que celle-ci puisse transmettre un enseignement qui réponde à la fois, aux demandes du programme de soins infirmiers et aux besoins des étudiantes.

LA CONTRIBUTION DE LA RECHERCHE

La contribution de la présente étude touche deux domaines particuliers, soit celui de l'éducation, et celui du domaine des sciences infirmières. D'un point de vue plus spécifique, sa contribution devrait rejoindre les intérêts des concepteurs des modèles d'évaluation et des professeurs qui enseignent la profession infirmière en milieu clinique, de même que ceux des administrateurs des institutions d'enseignement qui désireraient mettre sur pied un processus d'évaluation de l'enseignement pratique.

La contribution pour les concepteurs des modèles d'évaluation de l'enseignement clinique

Les cinq compétences principales et les nombreuses compétences satellites identifiées comme éléments de l'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers pourraient servir de cadre pour jeter les premiers jalons des instruments d'évaluation. Ces instruments, qui tiendraient compte des compétences principales et satellites comme bases du construit de l'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers pourraient tout de même offrir une certaine latitude à ses concepteurs. L'auteure de l'étude est consciente que les indicateurs de chacune des compétences satellites sont nombreux et n'ont pas tous la même valeur. Dans l'élaboration des instruments d'évaluation de l'enseignement clinique, les concepteurs seraient tout à fait justifiés de sélectionner, parmi les indicateurs présentés, ceux qu'ils jugent les plus pertinents d'y inclure. À titre d'exemple, les qualités personnelles identifiées par les participantes sont nombreuses, seules celles qui ont été mentionnées à plusieurs reprises ont été retenues. Il en est de même pour les stratégies d'enseignement. La sélection des indicateurs des compétences satellites serait également dépendante du but formatif ou sommatif de l'évaluation.

Cette latitude pourrait également bénéficier aux concepteurs de l'évaluation de l'enseignement pratique des autres programmes professionnels universitaires, tels que: la physiothérapie, la médecine, l'ergothérapie, la formation des maîtres, le travail social ou tout autre programme relié à l'éducation. En effet, l'évaluation de l'enseignement pratique de ces programmes professionnels universitaires, comme celui des soins infirmiers au collégial, présente un caractère particulier qui demande à la professeure de faire appel à de multiples compétences. L'approche qualitative et analytique utilisée dans cette recherche pourrait servir de modèle générique pour développer le construit du processus d'évaluation de l'enseignement pratique de ces professions. Le nombre limité d'étudiants que comporte l'enseignement pratique de ces professions, de même que la dimension humaine qui fait référence à des situations réelles d'application des savoirs théoriques, en plus de la nécessité, pour la professeure, de posséder une

compétence professionnelle sont autant de raisons qui suggèrent aux évaluateurs de se référer à la méthodologie employée dans cette étude pour développer le construit de l'évaluation.

La contribution pour les professeures qui enseignent en soins infirmiers

La contribution de la présente recherche est significative pour les professeures qui enseignent en soins infirmiers et pourrait se manifester à trois niveaux. Tout d'abord, cette étude devrait les aider à circonscrire les composantes de leur fonction d'enseignement en milieu clinique, puisque les compétences identifiées offrent un guide précieux pour leur permettre de mieux comprendre cette fonction dans toute sa complexité. L'identification des composantes multiples de la fonction d'enseignement en milieu clinique devrait également amener les professeures à mieux se préparer à remplir leur fonction. En effet, les compétences ressorties offrent un cadre de référence à la fois précis et détaillé qui devrait donner des indications claires au regard des habiletés à développer pour s'acquitter de leur tâche de manière professionnelle. Cette seconde implication s'avère particulièrement à propos pour les professeures novices qui, bien qu'elles puissent être soucieuses de bien accomplir leur tâche, ne possèdent pas, comme les expertes, l'intuition de l'entité de la fonction d'enseignement. D'ailleurs, même si les professeures chevronnées ont, au fil des ans, expérimenté la tâche qui leur est dévolue en milieu clinique, il demeure toutefois, que la recherche sur le sujet leur offre peu d'éléments sur lesquels elles peuvent s'appuyer pour améliorer leur performance. Finalement, l'objectif de la présente recherche ne saurait être atteint, si les professeures ne considéraient pas l'objet de l'évaluation de l'enseignement clinique comme un ensemble de compétences à développer pour leur permettre d'offrir aux étudiantes infirmières un enseignement qui conduirait ces dernières vers une autonomie professionnelle. C'est ainsi que les compétences présentées pourraient fort justement s'insérer dans le cadre d'une évaluation formative. Le but formatif donnerait l'occasion aux professeures d'identifier leurs forces et leurs faiblesses au regard des critères de qualité de l'enseignement clinique privilégiés par les institutions d'enseignement de même que par les milieux cliniques.

La contribution pour les administrateurs des institutions d'enseignement

Les administrateurs qui sont responsables d'assurer la qualité de l'enseignement dans leurs institutions sont directement concernés par les résultats de cette étude. Même s'il leur incombe de veiller à ce que des processus d'évaluation de l'enseignement soient mis sur pied pour améliorer la qualité de la formation dispensée, la présente recherche révèle par ailleurs que l'évaluation du volet pratique de l'enseignement des professions est peu pratiquée. Dans le réseau collégial, l'évaluation de l'enseignement théorique et pratique est encore à l'état embryonnaire, puisque les institutions qui procèdent à l'évaluation de l'enseignement sont très peu nombreuses.

La mise en lumière des éléments d'évaluation saura donner aux administrateurs un cadre de référence précis pour initier l'évaluation des professeurs qui supervisent des stages pratiques ou qui donnent de l'enseignement en milieu clinique. Les administrateurs pourraient donc s'éloigner des listes de comportements d'évaluation élaborées dans les recherches quantitatives, qui semblent être peu spécifiques, mais qui demeurent les seules références sur lesquelles ces derniers peuvent appuyer les processus d'évaluation de l'enseignement pratique.

Par ailleurs, les résultats présentés seront aidants aux administrateurs, non seulement pour les situer au regard de l'évaluation, mais également pour les sensibiliser à la lourdeur et à la complexité de la tâche de l'enseignante en milieu clinique. Dans ce sens, ces derniers seraient bienvenus de mettre sur pied des sessions de formation pour préparer les professeures novices à ce type d'enseignement, puisque la conception de ces dernières et celle des expertes face à la conception de la globalité de la profession infirmière semble différente.

LES PISTES DE RECHERCHE

1. Cette étude, qui s'est exclusivement déroulée auprès de professeures et d'étudiantes du milieu d'enseignement collégial, permet de situer l'évaluation de l'enseignement clinique comme étant tributaire de cinq domaines de compétences. En raison des limites précédemment exposées, la recherche pourrait être reprise auprès de personnes qui enseignent et étudient dans d'autres ordres d'enseignement. Ainsi, les professeures embauchées par les universités, provenant des centres hospitaliers et nommées par les universités comme étant des accompagnatrices de stage ou encore des auxiliaires à l'enseignement pourraient concevoir l'évaluation de l'enseignement en milieu clinique de façon différente, par exemple en ce qui a trait à la compétence organisationnelle où la négociation avec le milieu hôte est importante. De même, des participantes qui seraient issues de la formation universitaire pourraient avoir un point de vue différent sur l'ensemble des compétences relevées dans la présente étude.

2. Les résultats de cette recherche relèvent succinctement le point de vue des membres des milieux cliniques. Ces résultats, très partiels, auraient avantage à être explorés plus en profondeur. Une étude comparative incluant les perceptions des professeures, des étudiantes et des responsables dans les milieux cliniques devrait être entreprise auprès de ces trois groupes, puisque les milieux cliniques qui accueillent les professeures et les étudiantes durant de longues sessions d'enseignement sont directement touchés par la qualité de l'enseignement donnée par les professeures responsables.

3. Les résultats de cette étude et de celles recensées dans le cadre conceptuel attribuent à la variable niveau de formation des étudiantes un effet sur la mise en priorité des éléments d'évaluation de la professeure. Une autre étude du même type, qui serait conduite auprès d'étudiantes en début de formation et de professeures qui enseignent à ces dernières, permettrait de faire ressortir les éléments d'évaluation généraux et spécifiques à inclure dans l'objet d'évaluation.

4. Finalement, comme les retombées de cette recherche peuvent s'appliquer à l'évaluation de l'enseignement pratique dans d'autres programmes professionnels (ergothérapie, physiothérapie, médecine, formation des maîtres, travail social), il serait justifié que des chercheurs puissent vérifier les résultats de la présente étude. Une recherche qui inclurait des représentants de chacune de ces professions saurait faire avancer la connaissance sur l'évaluation du volet pratique de l'enseignement, qui demeure un domaine peu exploré par les chercheurs.

5. L'étude ne fait ressortir que cinq compétences principales, par contre les composantes qui les concrétisent sont nombreuses. L'auteure de la présente recherche est consciente que l'application d'un processus d'évaluation dont l'intention serait formative ou sommative exigerait des responsables un élagage des éléments d'évaluation présentés.

Cette étude a révélé beaucoup sur l'évaluation, mais peu sur les conditions de la profession infirmière. Les professeures ont tracé le portrait de la bonne infirmière qu'elles veulent former, soit une infirmière avec une tête bien faite et un cœur à la bonne place. Les étudiantes veulent suivre cette voie, toutefois elles sont conscientes des défis qu'elles auront à relever et des embûches qu'elles devront surmonter. Les conditions de travail difficiles, les réformes dans le réseau de la santé dont le virage ambulatoire n'est qu'un exemple et les dissensions au sein même de la profession en ce qui a trait aux différents programmes de formation sont au nombre de ces défis.

Bien que les professeures n'en aient pas fait mention, certaines étudiantes se sont interrogées sur leur avenir dans la profession. Elles sont conscientes de leur manque d'autonomie en tant qu'infirmière, les médecins qu'ils soient de sexe masculin ou féminin détiennent le pouvoir dans les milieux hospitaliers auquel elles doivent se plier. Cependant, il est heureux de constater qu'elles sont en réaction avec cette situation. Les étudiantes veulent prendre leur place en tant que professionnelles de la santé, l'époque de la soumission au médecin semble révolue.

S'il est voeu qui puisse être formulé, c'est que ces infirmières de demain conservent la fierté de leur profession!

**APPENDICE A – LE CONSENTEMENT DU COMITÉ DE
DÉONTOLOGIE**



Université d'Ottawa · University of Ottawa

Faculté d'éducation Faculty of Education

le 18 novembre 1996

Madame Denyse Pharand,
11, rue des Pruniers,
Hull, QC.
J9A 2N9

Chère Madame Pharand,

Le comité de déontologie a examiné votre projet intitulé "Étude des éléments d'un cadre conceptuel pour l'évaluation de l'enseignement clinique en sciences infirmières" et lui a donné pleine approbation (cote 1A) pour la durée d'un an.

Avec nos félicitations et nos meilleurs voeux de succès dans vos études.

**APPENDICE B – LE CONSENTEMENT DES
DIRECTEURS ET DIRECTRICES DES ÉTUDES DES
CÉGEPS VISITÉS**

Hull, le 14 janvier 1997

Titre de la recherche:

Étude des éléments sur lesquels devrait porter l'évaluation de l'enseignement clinique en sciences infirmières

Coordonnées personnelles: Denyse Pharand

Étudiante au doctorat en éducation

Université d'Ottawa

Directrice de thèse: Professeure Renée Forgette-Giroux

Monsieur, Madame, directeur, directrice des études,

Je sollicite votre autorisation pour mener une recherche doctorale dans votre institution; un résumé de mon projet est joint à cette lettre. Votre autorisation sera aussi requise pour contacter le coordonnateur ou la coordonnatrice du département de soins infirmiers de votre collège, afin que cette personne me fournisse la liste des professeurs, de même que celle des étudiants et étudiantes qui répondent aux critères de sélection inscrits dans mon projet de recherche ci-joint. Je contacterai personnellement les personnes dont les noms apparaissent sur la liste afin d'obtenir leur consentement. Je m'engage, en retour, à respecter les conditions précisées dans la description du projet.

Étant donné que ma recherche touche à l'évaluation de l'enseignement clinique en sciences infirmières et consciente que le sujet de l'évaluation des enseignements est actuellement controversé chez les professeurs du collégial, une attention toute particulière sera portée pour rassurer les participants et les participantes sur le mandat de cette recherche. En effet, lors des entretiens téléphoniques avec chacune des personnes, il leur sera clairement signifié que cette étude est réalisée à titre personnel, sans aucun mandat politique.

Lorsque mon étude sera terminée, un résumé des résultats vous sera remis, de même qu'à chacun des participants et participantes. J'assurerai ma disponibilité pour entretenir les professeurs des résultats de ma recherche.

Pour toute information concernant ce projet, il est possible de me joindre au numéro de téléphone suivant: (xxx) xxx-xxxx. Si des informations au sujet du respect des droits de la personne participant à cette recherche étaient requises, la présidente du Comité de déontologie de

recherche sur les être humains de la Faculté d'éducation, Madame Aline Giroux, peut être contactée au (613) 562-5800, poste 4090.

Je vous remercie très sincèrement de votre attention et de votre soutien.

(signature de l'étudiante)

(date)

(signature du directeur des études)

(date)

c.c. Coodonnatrice ou coordonnateur, département de soins infirmiers

Étude des éléments sur lesquels devrait porter l'évaluation de l'enseignement clinique en sciences infirmières

But de la recherche: Cette recherche vise à identifier les éléments sur lesquels devraient porter l'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers. Les éléments d'évaluation retenus serviront à l'élaboration d'un cadre conceptuel qui puisse sous-tendre l'évaluation de cet aspect de l'enseignement en soins infirmiers. La collecte des données sera réalisée au moyen d'entrevues individuelles et de sessions d'observation directe en milieu d'enseignement clinique. Ces entrevues seront menées auprès de professeures de soins infirmiers ayant au moins trois ans d'expérience dans l'enseignement et d'étudiantes inscrites en troisième année au programme de soins infirmiers. La participation à l'étude sera volontaire.

Sollicitation: Le coordonnateur ou la coordonnatrice du département de soins infirmiers me fournira la liste des personnes qui répondent aux critères de sélection et qui sont intéressées à participer à l'étude. Par la suite, je contacterai ces personnes par téléphone, leur expliquant mon projet, les exigences de la participation et leurs droits. Un formulaire de consentement écrit leur sera envoyé par la poste avec une enveloppe de retour. La date et l'heure de chacune des entrevues seront fixées au moment de ces entretiens téléphoniques.

Participation: La personne qui acceptera de collaborer à cette recherche sera invitée à se participer à une entrevue individuelle et à se prêter à une session d'une journée d'observation directe en milieu d'enseignement clinique. Les entrevues dont la durée variera entre une à deux heures s'adresseront aux professeurs ainsi qu'aux étudiantes dans le but de ressortir les composantes du processus de l'enseignement clinique et les éléments sur lesquels devraient porter l'évaluation de l'enseignement clinique des sciences infirmières. Les sessions d'observation directe impliqueront la participation des étudiantes et des professeures dans les milieux d'enseignement clinique.

Les entretiens seront enregistrés sur bande sonore. Un pseudonyme remplacera le nom du professeur et celui de l'étudiante. Les cégeps et les centres hospitaliers ne seront pas identifiés dans le rapport de recherche ou dans tout article pouvant découler de cette recherche. En cours d'analyse, les synopsis des entrevues seront présentés aux participants afin de vérifier l'interprétation de leur protocole verbal.

Conditions: Toute personne qui, pour quelque raison que ce soit désire se retirer du projet de recherche peut le faire en tout temps, sans préjudice à son égard. L'information recueillie

demeurera strictement confidentielle. Les bandes sonores seront détruites à la fin de l'étude ou remises aux participants qui en feront la demande.

Denyse Pharand, étudiante au Ph.D.
(sous la direction de la professeure Renée Forgette-Giroux)
Faculté d'éducation
Université d'Ottawa

**APPENDICE C – LE CONSENTEMENT DES
PARTICIPANTES**

Étude des éléments sur lesquels devrait porter l'évaluation de l'enseignement clinique en sciences infirmières

Nom de la personne effectuant la recherche: Denyse Pharand

Affiliation: Université d'Ottawa
Faculté d'éducation

No de téléphone: Université (613) 562-5800
Résidence (xxx) xxx-xxxx

Les recherches avec des sujets humains requièrent le consentement écrit des personnes participant à l'étude. Cela ne veut pas dire, bien entendu, que le projet dont il est question ici comporte nécessairement un risque. En raison du respect auquel ont droit les personnes impliquées, l'Université d'Ottawa a rendu obligatoire ce type d'accord.

L'objectif de cette étude est: Identifier les éléments sur lesquels devrait porter l'évaluation de l'enseignement clinique des sciences infirmières.

Si je suis d'accord à prendre part à cette recherche, mon implication consistera essentiellement à participer à une entrevue individuelle d'une durée de 1 à 2 heures, de même qu'à me prêter à une session d'une journée d'observation directe en milieu d'enseignement clinique. L'entrevue individuelle portera sur l'identification des composantes du processus de l'enseignement clinique et sur les éléments sur lesquels devrait porter l'évaluation de l'enseignement clinique. La recherche se déroulera à l'hiver 1997. **Je m'attends à ce que** les contenus des entrevues enregistrées sur bande sonore ne soient utilisés que pour fins de recherche et selon le respect de la confidentialité. Un pseudonyme remplacera le nom du professeur et des étudiantes.

Étant donné que cette activité m'implique personnellement, **je comprends** qu'il est possible qu'elle évoque des réactions émotionnelles qui, à certains moments, pourraient être négatives. **J'ai reçu l'assurance** de la personne effectuant la recherche que tout sera fait en vue de minimiser ces occasions.

Je suis libre de me retirer de l'étude en tout temps, avant ou pendant une entrevue, de refuser de participer, de refuser de répondre à certaines questions sans préjudice à mon égard.

J'ai l'assurance de la personne menant la recherche que l'information que je partagerai demeurera strictement confidentielle. Les bandes sonores seront détruites après l'étude ou remises aux personnes qui en feront la demande. J'assure aussi les autres participants et participantes que je traiterai de la même manière confidentielle toute information qu'ils ou elles communiqueront dans le contexte de ce projet.

Pour tout renseignement ou toute plainte concernant la conduite éthique du projet de recherche, je peux m'adresser au secrétariat du Comité universitaire de déontologie de la recherche sur des êtres humains (CUDREH) en composant le (819) 562-5800, poste 4090. Je peux communiquer avec la professeur Renée Forgette-Giroux au (819) 562-5800, poste 4066, pour des renseignements supplémentaires. Je peux faire parvenir mon formulaire de consentement signé dans l'enveloppe de retour ci-joint.

Je vous remercie de l'intérêt et du soutien que vous apportez à la recherche en éducation.

(Participant)

(Date)

(Chercheuse)

(Date)

**APPENDICE D – L'AUTORISATION DES PERSONNES
RESPONSABLES DE LA FORMATION DANS LES
CENTRES HOSPITALIERS**

Hull, le 20 mars 1997

Titre de la recherche:

Étude des éléments d'évaluation de l'enseignement clinique en soins infirmiers au niveau collégial

Coordonnées personnelles: Denyse Pharand

Étudiante au doctorat en éducation

Université d'Ottawa

Directrice de thèse: Professeure Renée Forgette-Giroux

Madame...

Conseillère à la formation

Direction des soins infirmiers

Centre hospitalier...

Madame,

Je sollicite votre autorisation pour mener une recherche doctorale dans votre institution. Un résumé de mon projet de recherche est joint à cette lettre.

Ayant déjà obtenu le consentement de la direction des études du Collège... et de la coordonnatrice du département de soins infirmiers Madame..., je me propose de faire une journée d'observation directe auprès de Madame..., enseignante et de ses étudiants. Je me suis entretenue avec Madame... le 8 mars 1997 et cette dernière s'est montrée très intéressée à participer à mon étude. Madame..., je vous le rappelle, donnera de l'enseignement clinique dans votre centre dès le 28 avril. Je serai présente à titre d'observatrice le 6 mai.

Lorsque mon étude sera terminée, un résumé des résultats sera remis à chacun des participants et participantes. J'assurerai ma disponibilité pour entretenir les enseignants et enseignantes des résultats de ma recherche. De plus, je serai aussi disponible à répondre aux questions des personnes intéressées par un tel type de recherche dans chacun des centres hospitaliers visité, puisque l'évaluation de l'enseignement clinique concerne non seulement les milieux d'enseignement, mais aussi les milieux hospitaliers comme le vôtre.

Pour toute information concernant ce projet, il est possible de me joindre au numéro de téléphone suivant: (xxx) xxx-xxxx. Si des informations au sujet du respect des droits de la

personne participant à cette recherche étaient requises, la présidente du Comité de déontologie de recherche sur les être humains de la Faculté d'éducation, Madame Aline Giroux, peut être contactée au (613) 562-5800, poste 4090.

Je vous remercie très sincèrement de votre attention et de votre soutien.

(signature de la chercheuse)

(date)

(signature de la conseillère à la formation)

(date)

c.c. Coodonnatrice ou coordonnateur, département de soins infirmiers

**APPENDICE E – LE GUIDE D'ENTREVUE DES
PROFESSEURES**

Thèmes retenus pour la conduite des entrevues auprès des professeurs

Thème I: Vision du processus d'enseignement clinique

Exemples de questions

Pour toi, qu'est-ce que c'est que de donner de l'enseignement clinique?

Peux-tu me parler de l'enseignement en milieu clinique?

Thème II: Caractère distinctif de l'enseignement clinique

Exemple de question

Crois-tu qu'il y a des différences entre l'enseignement qui se donne en salle de cours et l'enseignement en milieu clinique?

Thème III: Éléments d'évaluation de l'enseignement clinique

Exemples de questions

Quelles seraient les qualités d'une bonne professeure en milieu clinique?

Si tu avais à me parler des comportements d'une professeure idéale en milieu clinique, qu'est-ce que tu me dirais?

Exemples de sous-questions

Parmi les qualités dont tu viens de me parler, quelles seraient les plus importantes?

Est-ce que tu crois que les infirmières des unités où tu enseignes pourraient être de bonnes professeures?

Crois-tu que l'on puisse évaluer l'enseignement en milieu clinique de la même façon qu'en milieu théorique?

Thème IV: Perception du rôle en milieu clinique

Exemples de questions

Quelle est la perception de ton rôle quand tu vas en milieu clinique?

Ton rôle est-il clair en milieu clinique?

**APPENDICE F – LE GUIDE D'ENTREVUE DES
ÉTUDIANTES**

Thèmes retenus pour la conduite des entrevues auprès des étudiantes

Thème 1: Vision du processus d'enseignement clinique

Exemples de questions

Peux-tu me décrire ce que c'est pour toi que l'enseignement clinique?

Peux-tu me parler de l'enseignement en milieu clinique?

Thème II: Attentes envers la professeure

Exemples de questions

Quelles sont tes attentes envers ta professeure quand elle vous enseigne à l'hôpital?

Si on avait à l'évaluer, quelles seraient les qualités ou les comportements qu'elle devrait démontrer lorsqu'elle t'enseigne en milieu clinique?

Exemples de sous-questions

Parmi celles que tu as nommées, quelles sont les qualités que tu apprécies le plus de ton professeure?

Peux-tu tracer le portrait de la professeure qui t'as le plus aidée?

Peux-tu tracer le portrait de la professeure qui t'as le moins aidée?

Thème III: Caractère distinctif de l'enseignement clinique

Exemple de question

Est-ce que tu penses qu'une bonne professeure en théorie, va aussi être une bonne professeure lorsqu'elle est à l'hôpital avec toi?

Thème IV: Apprentissage en milieu clinique

Exemples de questions

De quelle façon apprends-tu quand tu es en milieu clinique?

Crois-tu que les infirmières des unités où tu es en stage feraient de bonnes professeures?

**APPENDICE G – LES CARTES DE CONCEPTS
INDIVIDUELLES DES PARTICIPANTES**

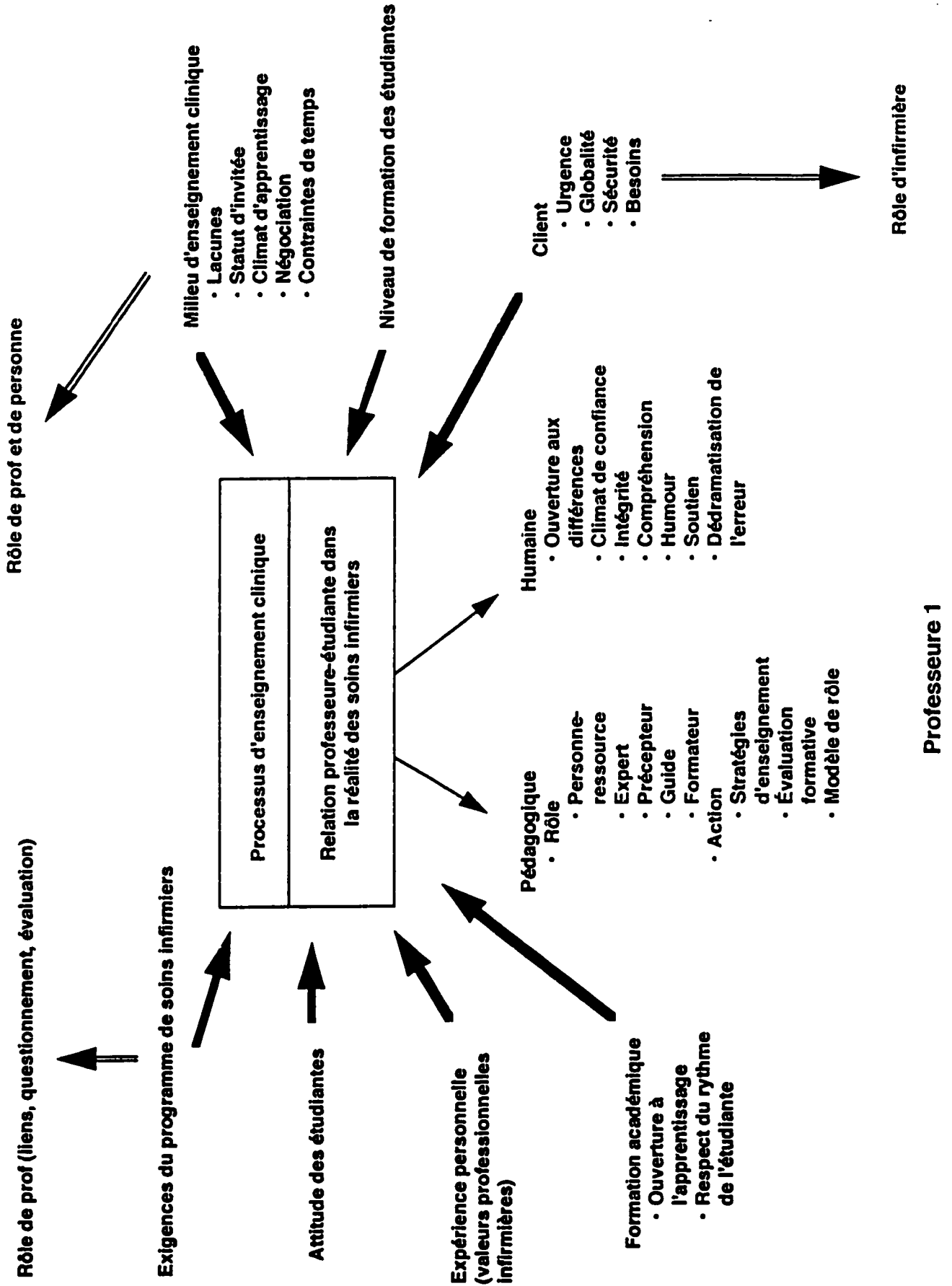
Légende

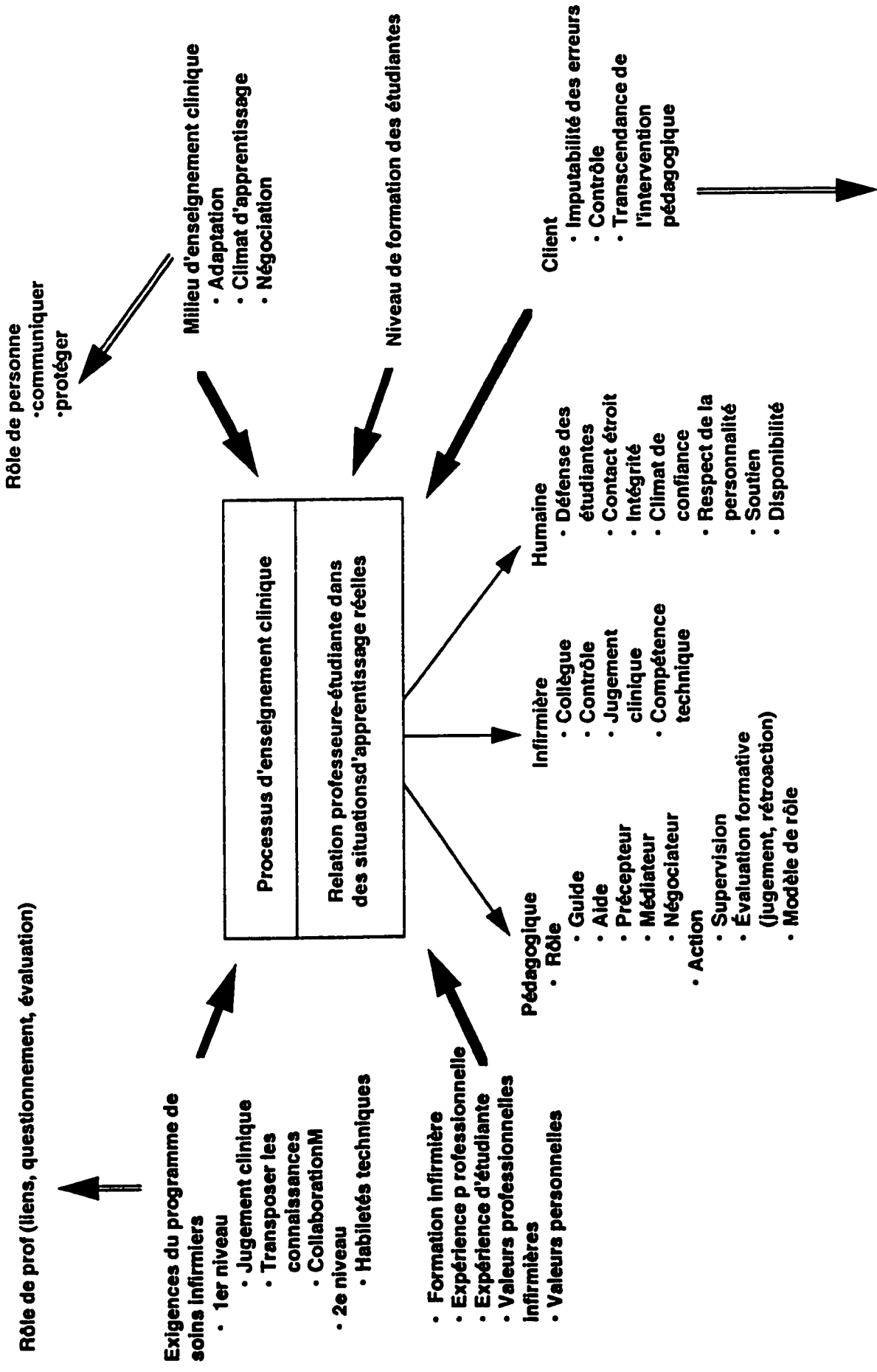
Influence

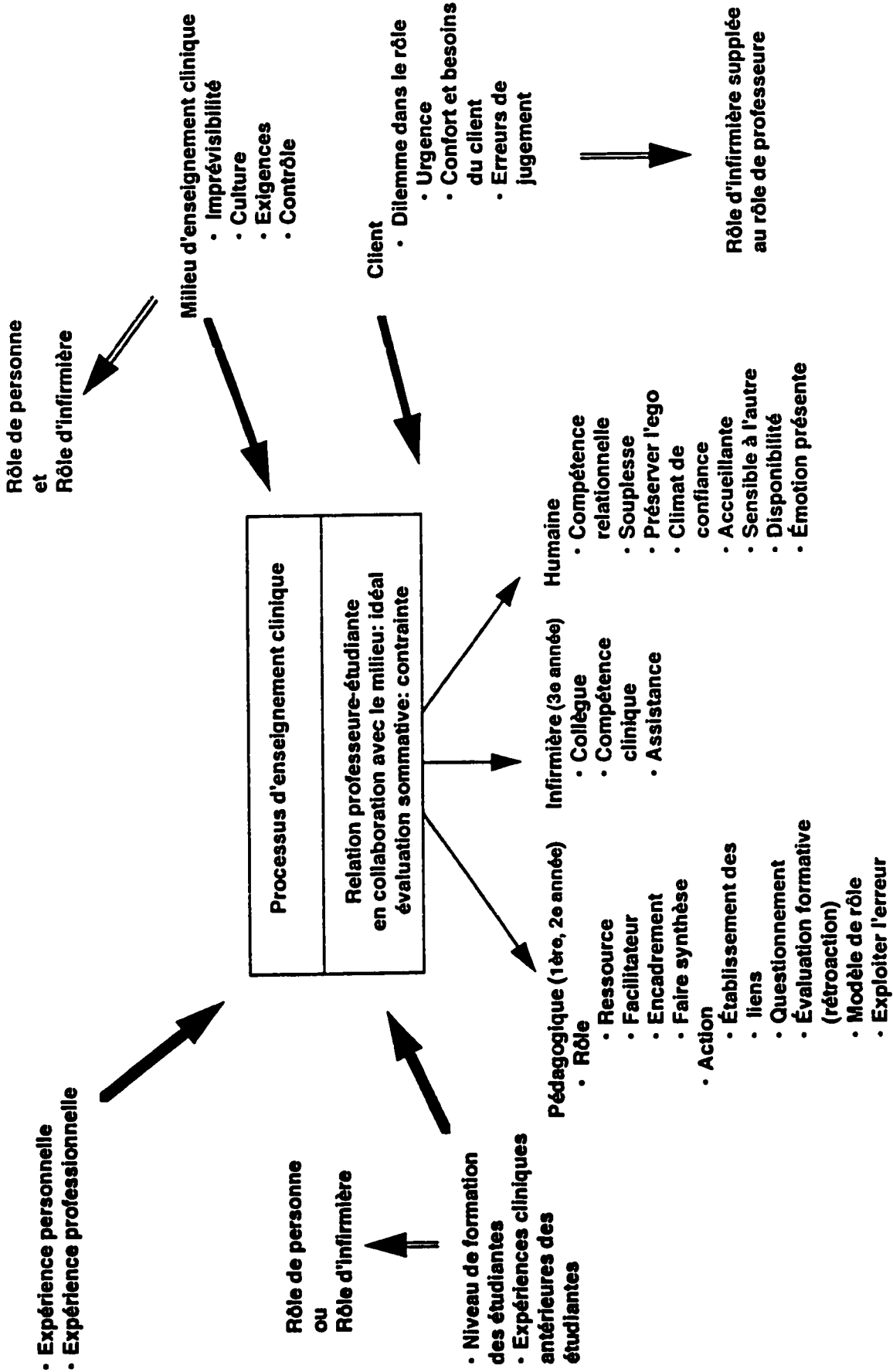
Fait appel à

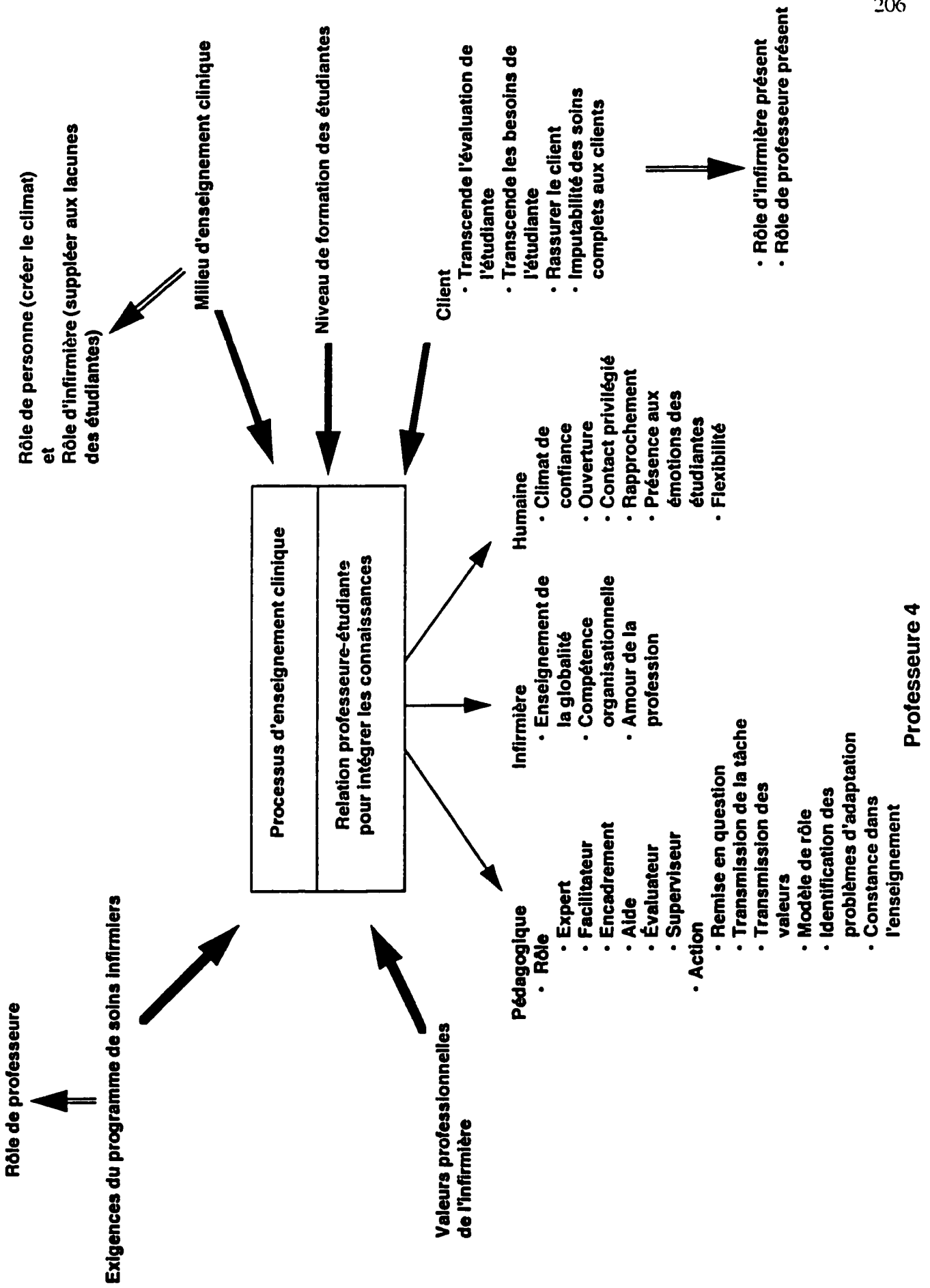
Comprend

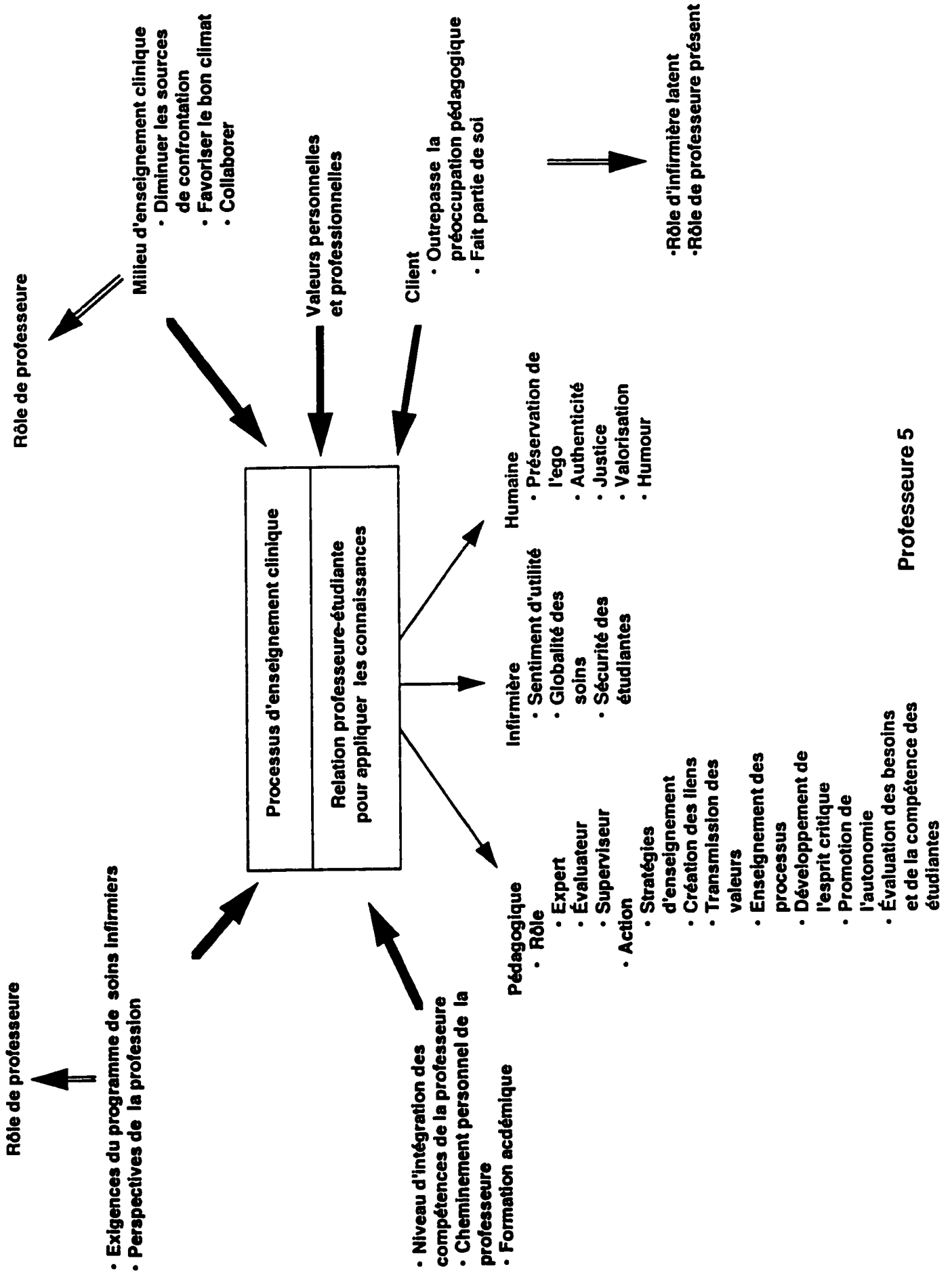


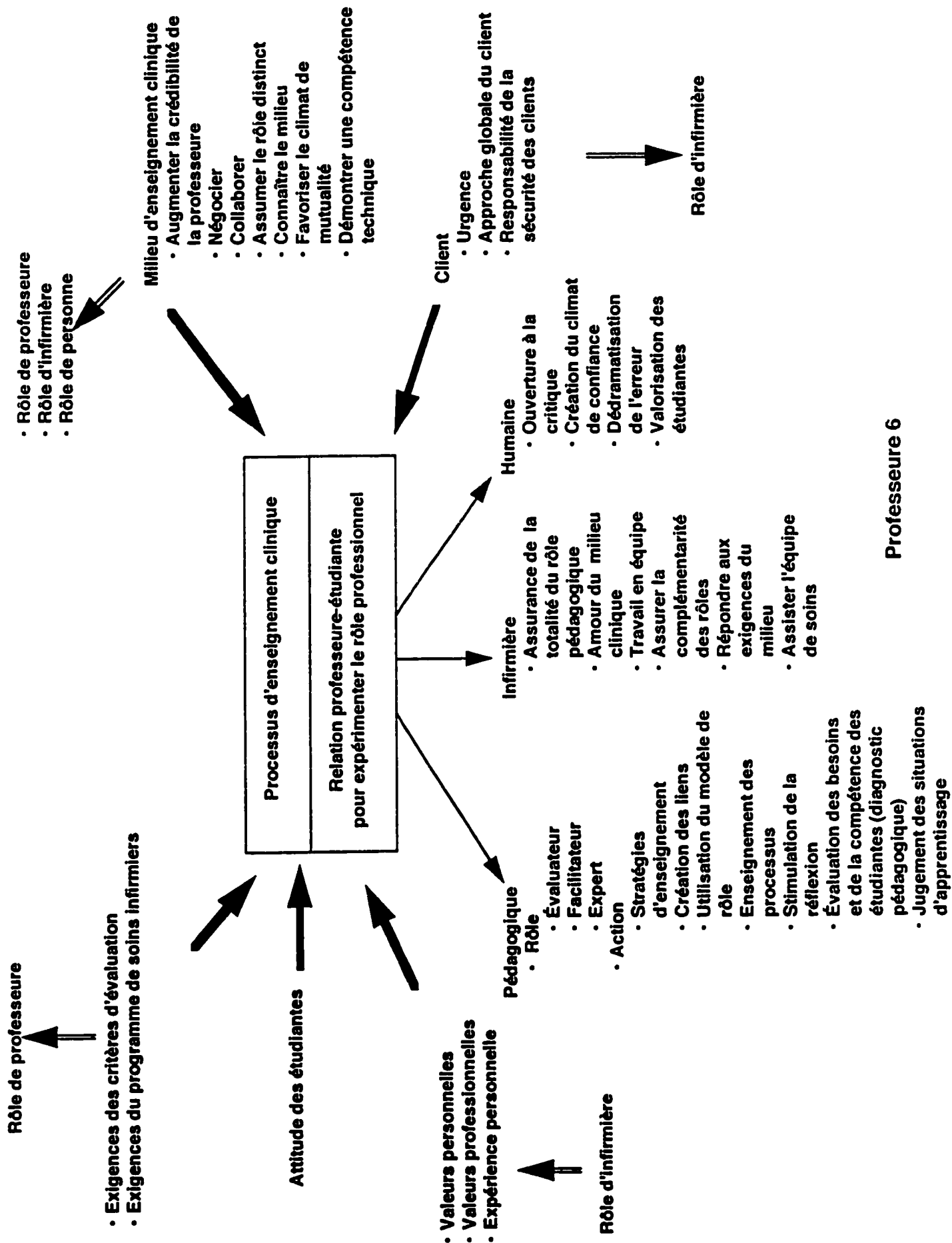


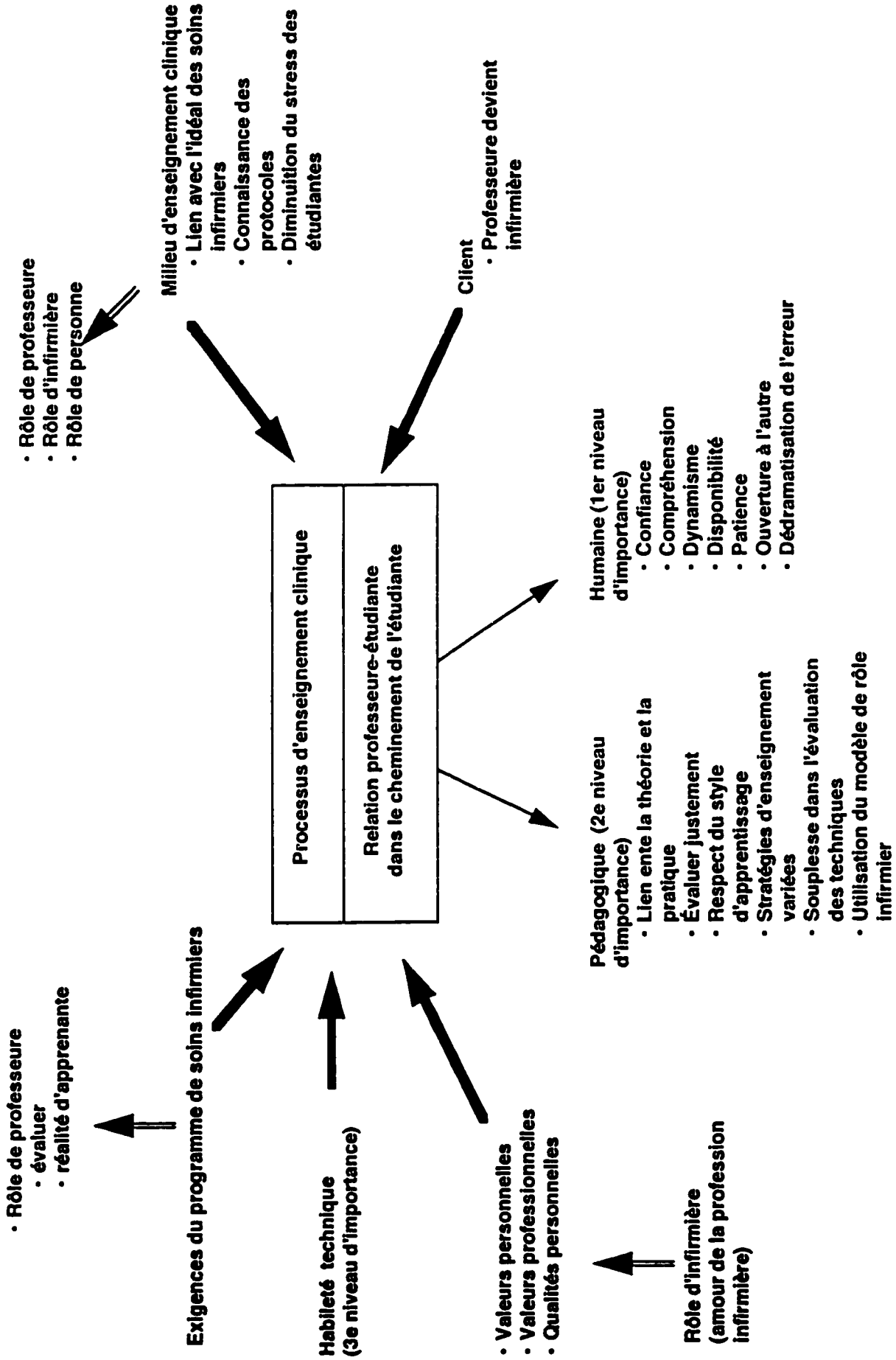


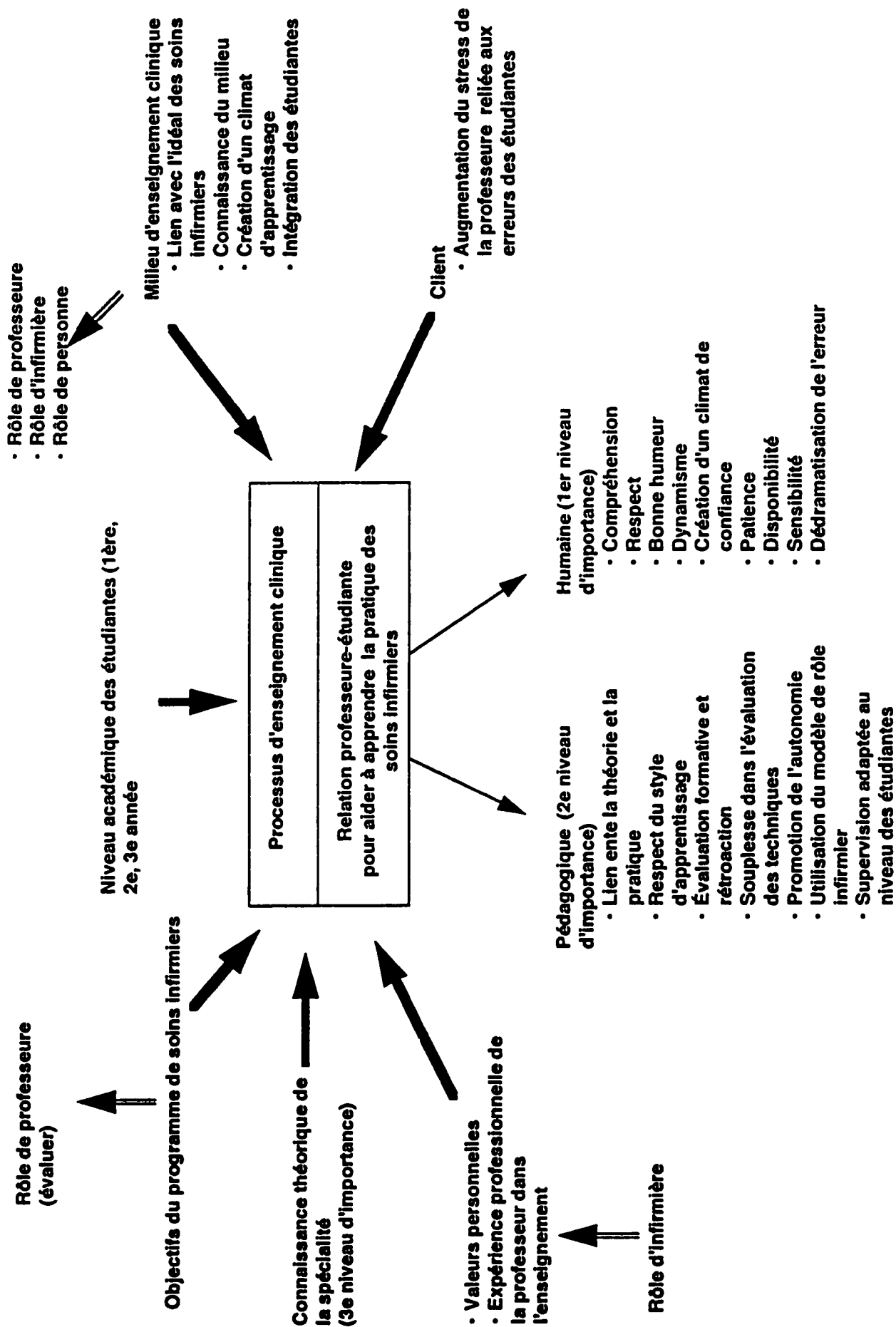


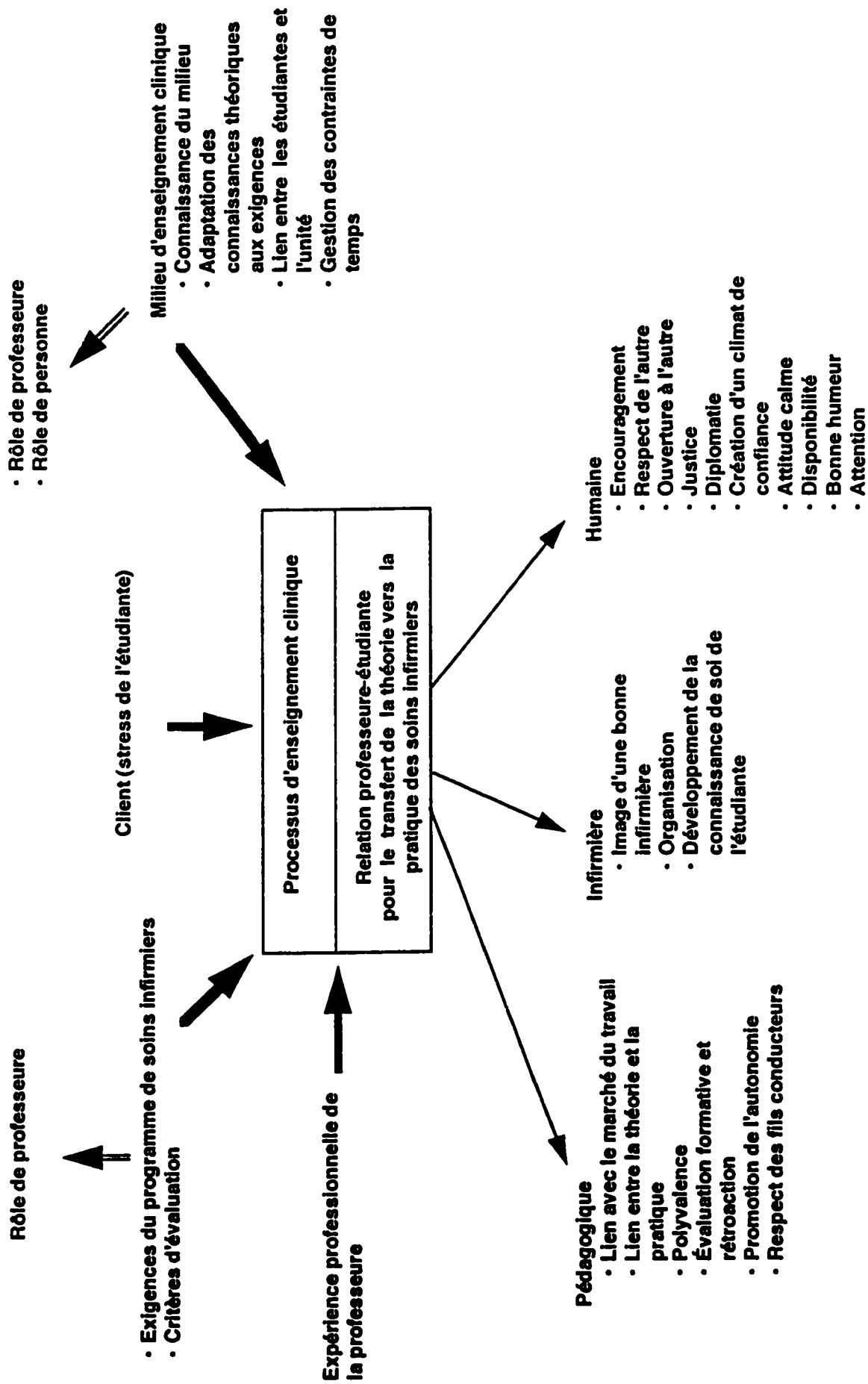


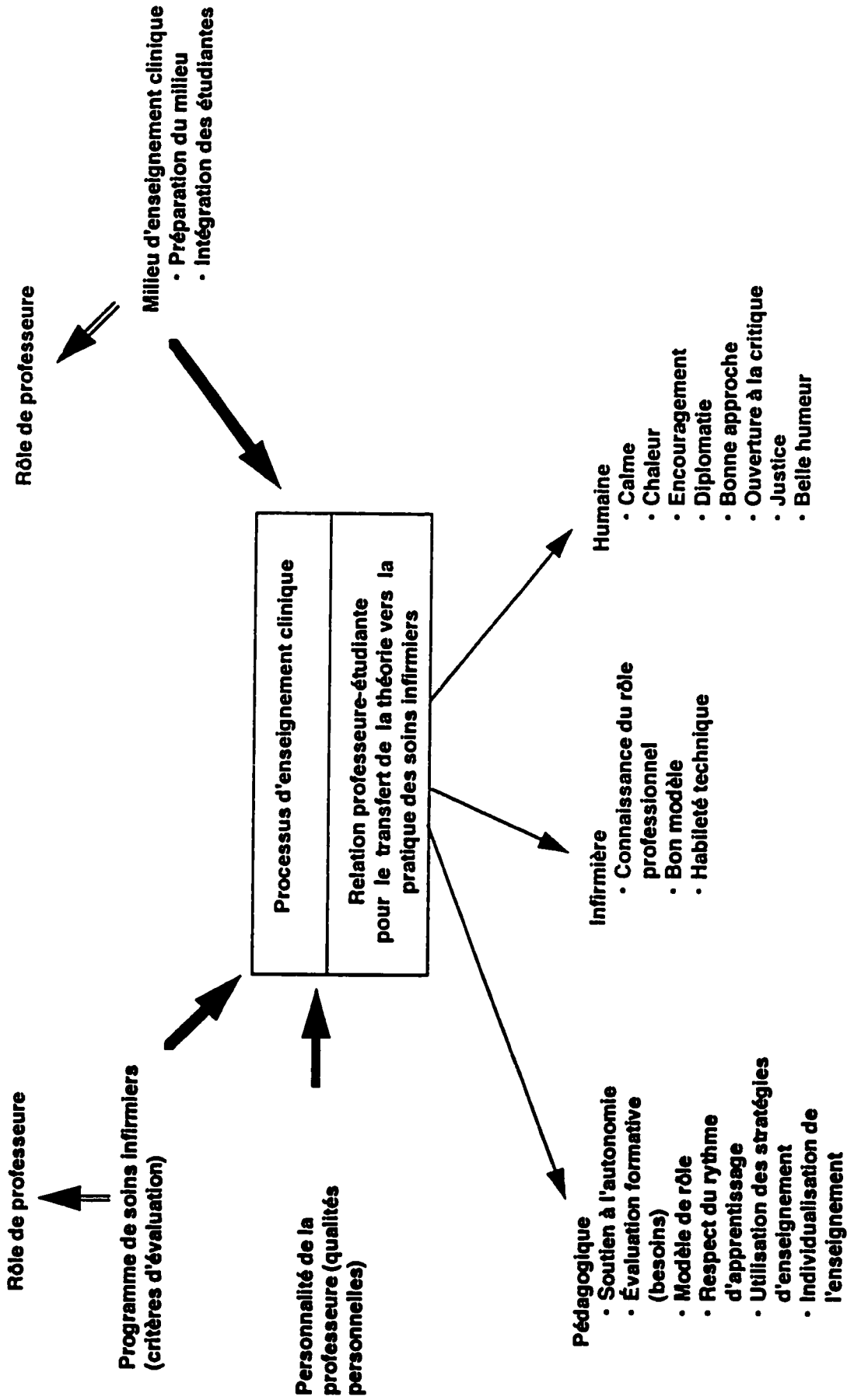


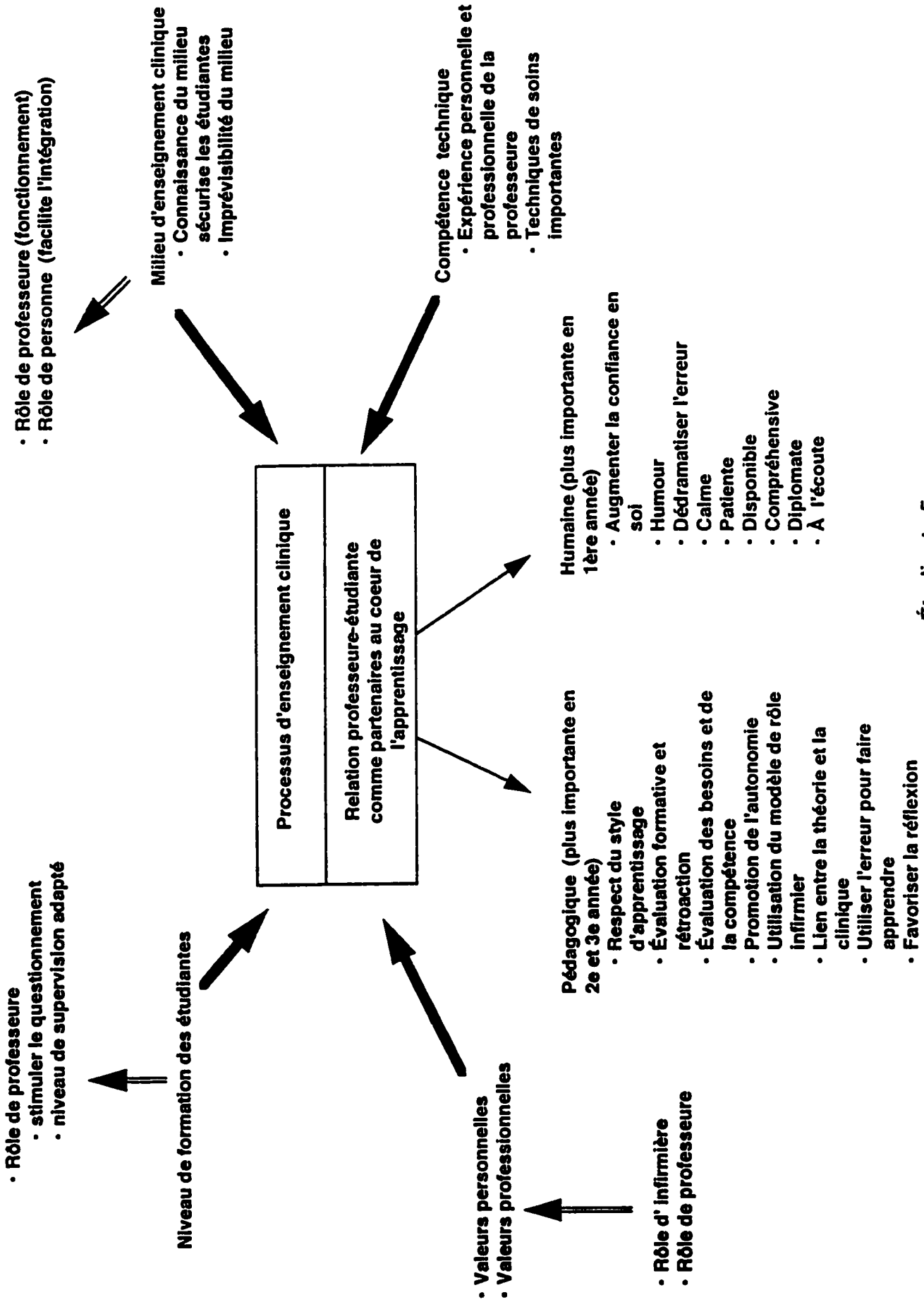


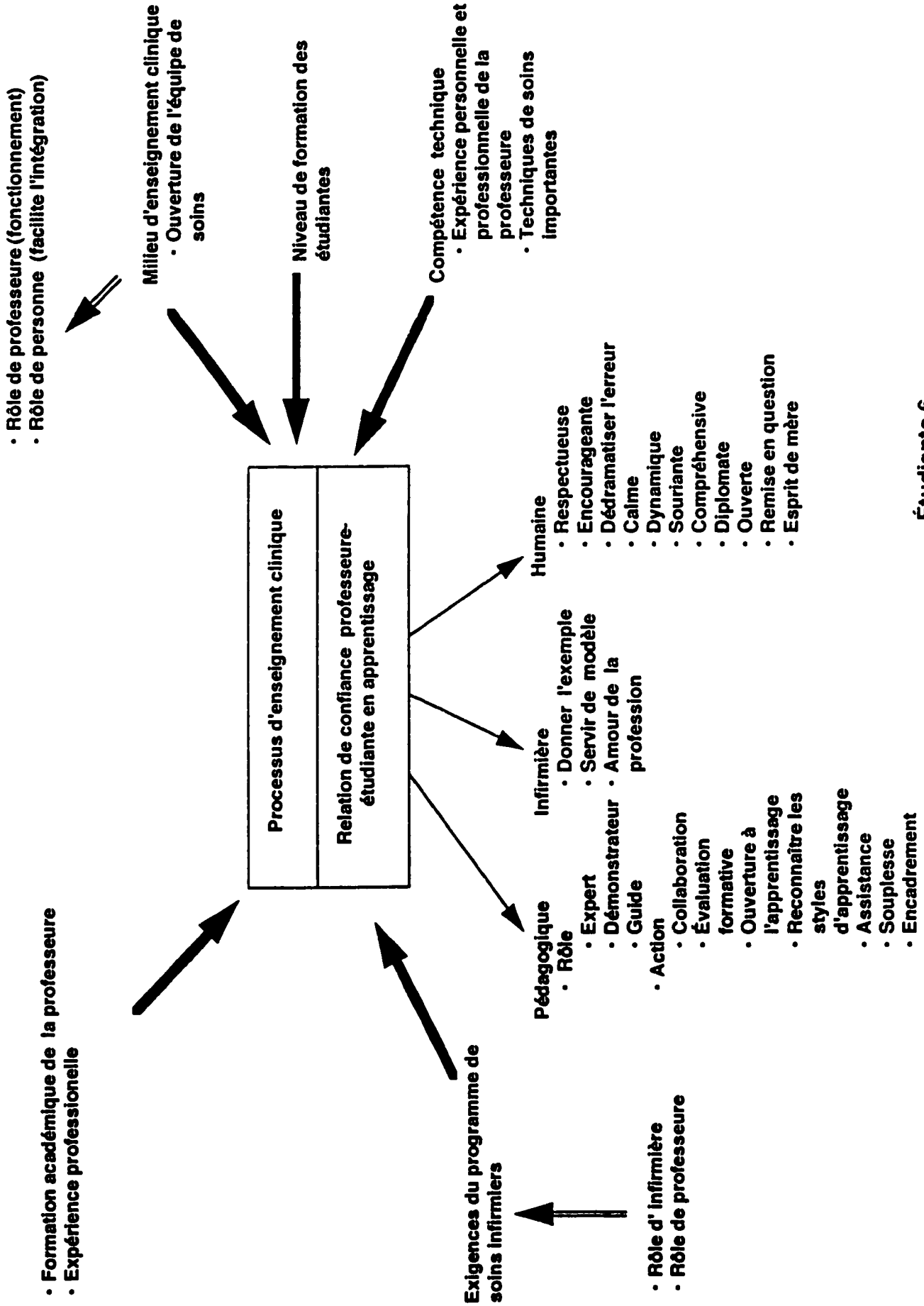












**APPENDICE H – LA CARTE GLOBALE DES
PERCEPTIONS DES PROFESSEURES**

<i>Catégorie</i>	<i>Professeure 1</i>	<i>Professeure 2</i>	<i>Professeure 3</i>	<i>Professeure 4</i>	<i>Professeure 5</i>	<i>Professeure 6</i>
Conception de l'enseignement clinique	Relation professeure-étudiante dans la réalité des soins infirmiers	Relation professeure-étudiante en apprentissage dans des situations réelles de soins infirmiers	Idéal: Relation professeure-étudiante en collaboration avec le milieu Contrainte: évaluation sommative de la compétence	Relation professeure-étudiante pour répondre aux exigences du programme et intégrer les connaissances	Relation professeure-étudiante dans l'application des connaissances selon les exigences du programme	Relation professeure-étudiante dans l'expérience du rôle professionnel infirmier
But de l'enseignement clinique	Transmettre la pratique selon la globalité enseignée en théorie	Transposer les connaissances du milieu théorique au milieu clinique	Intégrer les expériences antérieures d'apprentissage	Transmission de la pratique axée sur la prise en charge individuelle	Transmettre la pratique en permettant l'application des cinq fils conducteurs	Initier les étudiantes à la profession infirmière en s'appuyant sur les notions théoriques

Compétence technique	Démonstration des techniques de soins	Démonstration des techniques de soins	Démonstration des techniques de soins	Démonstration des techniques de soins	Sécurité des étudiants dans l'exécution des techniques de soins	Réponse aux exigences du milieu
	Expertise pour évaluer les techniques de soins	Habileté technique	Habiletés techniques	Suppléance aux lacunes des étudiants		Assistance à l'équipe de soins
	Jugement clinique	Assistance à l'étudiante	Assistance à l'étudiante	Assistance à l'étudiante	Se rendre utile à l'étudiante	Sécurité du client
	Sécurité du client (situations d'urgence)	Sécurité du client	Assistance à l'équipe de soins	Assistance à l'étudiante	Expertise pour guider l'étudiante en donnant des moyens	Habiletés techniques
		Expertise pour évaluer les techniques de soins	Confort psychologique du client	Confort psychologique du client		
		Sécurité du client (situations d'urgence et erreurs de jugement de la professeure)	Imputabilité des soins complets au client	Imputabilité des soins complets au client	Sécurité du client	

Compétence professionnelle infirmière	Transmission de la globalité de la profession infirmière	Transmission de la globalité de la profession infirmière	Transmission de la globalité de la profession infirmière	Transmission de la globalité de la profession infirmière	Transmission de la globalité de la profession infirmière
	Transmission des valeurs professionnelles	Transmission des valeurs professionnelles	Transmission de l'amour de la profession	Transmission de l'amour de la profession	Transmission de l'amour de la profession
	Préoccupation de faire apprendre les processus	Préoccupation de faire apprendre les processus	Préoccupation de faire apprendre les processus	Préoccupation de faire apprendre les processus	Transmission des valeurs professionnelles et professionnelles
	Suppléance aux lacunes du milieu clinique	Développement du jugement clinique	Développement de la connaissance de soi de l'étudiant	Développement de la connaissance de soi de l'étudiant	Préoccupation de faire apprendre les processus
					Développement de la connaissance de soi de l'étudiant
Compétence organisationnelle	Statut d'invité	Statut d'invité	Statut d'invité	Statut d'invité	Statut d'invité
	Création du climat d'apprentissage	Création du climat d'apprentissage	Création du climat d'apprentissage	Création du climat d'apprentissage	Création d'un climat de mutualité
	Négociation	Négociation	Gestion des contraintes de temps et d'organisation dans le milieu	Gestion des contraintes de temps et d'organisation dans le milieu	Collaboration avec les intervenants du milieu
	Gestion des contraintes de temps et d'organisation dans le milieu	Gestion des contraintes de temps et d'organisation dans le milieu	Gestion des contraintes de temps et d'organisation dans le milieu	Gestion des contraintes de temps et d'organisation dans le milieu	Gestion des contraintes de temps et d'organisation dans le milieu
	Préparation individuelle	Préparation individuelle	Préparation individuelle	Préparation individuelle	Préparation individuelle

Notion du rôle	Clarté du rôle pédagogique	Rôle pédagogique clarifié avec l'expérience dans l'enseignement	Clarté du rôle pédagogique	Clarté du rôle pédagogique	Rôle pédagogique clarifié avec l'expérience dans l'enseignement	Clarté du rôle pédagogique
Rôle infirmier latent	Rôle infirmier latent	Rôle infirmier technique: latent	Rôle pédagogique englobe celui d'infirmière	Rôle infirmier intégré au rôle pédagogique	Conflit entre le rôle professionnel infirmier et les valeurs véhiculées dans le milieu clinique	
Rôle de professeur: manifeste	Rôle infirmier latent transcende le rôle pédagogique par souci du client	Rôle professionnel infirmier plus important à emprunter en fin de formation	Rôle infirmier latent avec les étudiants	Rôle de personne intégrée au rôle pédagogique	Rôle de personne intégrée au rôle pédagogique	
Rôle de personne: manifeste	Rôle infirmier global: plus important	Rôle de personne de grande importance	Rôle de personne intégrée au rôle pédagogique	Rôle de personne toujours présent		

**APPENDICE I – LA CARTE DE CONCEPTS GLOBALE
DES ÉTUDIANTES**

<i>Catégorie</i>	<i>Étudiante 1</i>	<i>Étudiante 2</i>	<i>Étudiante 3</i>	<i>Étudiante 4</i>	<i>Étudiante 5</i>	<i>Étudiante 6</i>
Conception de l'enseignement clinique	Relation professeure-étudiante respectueuse où la professeure suit le cheminement de l'étudiante	Relation professeure-étudiante respectueuse pour aider à apprendre la pratique des soins infirmiers	Relation professeure-étudiante pour le transfert de la théorie vers la pratique des soins infirmiers	Relation professeure-étudiante pour le transfert de la théorie vers la pratique des soins infirmiers dans la réalité	Relation professeure-étudiante comme partenaires au cœur de l'apprentissage	Relation de confiance et de complicité entre la professeure et l'étudiante en apprentissage
But de l'enseignement clinique	Apprendre les techniques de soins et être capable de faire le lien avec la théorie	Profiter des multiples expériences d'apprentissage (faire le plus de choses possible)	Transmission de la pratique adaptée aux exigences du milieu clinique	Transmission de la pratique adaptée aux exigences du milieu clinique	Faire les liens entre la théorie et la pratique dans les situations concrètes	Faire les liens entre la théorie et la pratique

Facteurs d'influence sur le processus de l'enseignement clinique	Connaissance du milieu clinique	Niveau académique des étudiants	Milieu d'enseignement différent	Milieu d'enseignement clinique	Niveau académique des étudiants	Formation académique de la professeure
	Expérience professionnelle et personnalité de la professeure	Milieu d'enseignement	Expérience professionnelle en tant que professeure	Connaissance du milieu clinique	Valeurs personnelles et professionnelles	Expérience professionnelle
	Milieu d'enseignement	Objectifs du programme de soins infirmiers	Souci du client (créé du stress à l'étudiante)	Personnalité de la professeure (qualités personnelles)	Expérience personnelle et professionnelle de la professeure	Exigences du programme de soins infirmiers
	Objectifs du programme de soins infirmiers	Expérience en tant que professeure	Connaissance du milieu clinique	Exigences du programme de soins infirmiers	Imprévisibilité du milieu d'enseignement clinique	Expérience personnelle et professionnelle de la professeure
	Niveau de formation des étudiantes	Valeurs personnelles				Niveau de formation des étudiantes
						Milieu d'enseignement

Compétence humaine	Donner confiance	Confiance	Disponibilité	Calme	Augmenter la confiance en soi	Respect
	Compréhension	Sensibilité	Faire confiance	Encouragement	Sens de l'humour	Encouragement
	Dynamisme	Déramatisation de l'erreur	Bonne humeur	Diplomatie	Déramatisation de l'erreur	Déramatisation de l'erreur
	Disponibilité	Dynamisme	Encouragement	Bonne approche		Calme
	Patience	Chaleur humaine	Diplomatie	Justice	Calme	Dynamisme
	Ouverture à l'autre	Compréhension	Respect de l'autre	Belle humeur	Patience	Belle humeur
	Déramatisation de l'erreur	Climat de confiance	Attention	Ouverture à la critique	Disponibilité	Compréhension
		Patience	Justice		Compréhension	Diplomatie
		Bonne humeur	Ouverture à l'autre		Diplomatie	Ouverture à l'autre
					Écoute de l'autre	Capacité de remise en question
						Espri de mère

Compétence pédagogique	Lien entre la théorie et la pratique	Respect du niveau académiques des étudiants	Lien avec le marché du travail	Favoriser l'autonomie	Respect du style d'apprentissage	Reconnaissance du style d'apprentissage
Respect des exigences du programme	Lien entre la théorie et la pratique	Supervision	Lien entre la théorie et la pratique	Évaluation formative (évaluation des besoins)	Évaluation formative (rétroaction, évaluation des besoins)	Supervision
Capacité d'évaluer justement	Respect des exigences du programme	Respect des exigences du programme	Évaluation formative (rétroaction, évaluation des besoins)	Modèle de rôle	Évaluation sommative	Évaluation formative
Jugement pédagogique	Évaluation formative	Évaluation formative	Polyvalence	Respect du rythme d'apprentissage	Promotion de l'autonomie	Souplesse dans l'évaluation des techniques de soins
Respect du style d'apprentissage	Stratégies d'enseignement variées (liens, questionnement)	Stratégies d'enseignement variées (liens, questionnement)	Favoriser l'autonomie	Respect du programme de soins infirmiers	Modèle de rôle	Assistance dans l'apprentissage
Promotion de l'autonomie	Respect du style d'apprentissage	Respect du style d'apprentissage	Favoriser l'autonomie	Utilisation des stratégies d'enseignement	Lien entre la théorie et la pratique	Respect du programme de soins infirmiers
Évaluation formative	Évaluation formative	Respect du style d'apprentissage	Favoriser l'autonomie		Utilisation de l'erreur pour faire apprendre	
Stratégies d'enseignement (questionnement, liens)	Stratégies d'enseignement (questionnement, liens)	Souplesse dans l'évaluation des techniques de soins	Favoriser l'autonomie		Favoriser la réflexion	
Souplesse dans l'évaluation des techniques de soins	Souplesse dans l'évaluation des techniques de soins	Modèle de rôle	Favoriser l'autonomie			
		Connaissance approfondie des pratiques pré-sentées dans le milieu				

Compétence technique	Donner des trucs pour réussir la technique	Adapter les techniques de soins aux pratiques du milieu clinique	Adaptation des techniques de soins aux pratiques du milieu clinique	Faire preuve d'une habileté technique	Expertise pour évaluer les techniques de soins	Démonstration des techniques de soins
	Expertise pour évaluer les techniques de soins	Faire preuve d'une habileté technique	Assistance dans l'exécution des techniques de soins (donner des trucs pour réussir)	Image d'une bonne infirmière	Habileté technique	Assistance dans l'exécution des techniques de soins (donner des trucs pour réussir)
	Moins importante que les qualités humaines	Moins importante que les qualités humaines	Souci de la sécurité des clients		Expertise pour évaluer les techniques de soins	
						Habileté technique

Compétence professionnelle infirmière	Transmission de la globalité de la profession infirmière	Transmission de la globalité de la profession infirmière	Image d'une bonne infirmière: approche avec les clients, enseignement aux clients	Transmission du modèle de rôle infirmier	Modèle infirmier: approche au client	Modèle infirmier
	Transmission de l'amour de la profession infirmière	Transmission de l'amour de la profession	Transmission des valeurs personnelles	Image d'une bonne infirmière: approche avec les clients	Transmission des valeurs personnelles et professionnelles: amour de la profession infirmière	Transmission de l'amour de la profession
	Modèle de communication avec les clients	Transmission des valeurs personnelles	Développement de la connaissance de soi de l'étudiant	Développement de la connaissance de soi de l'étudiant	Collaboration avec l'équipe de soins	
					Préoccupation d'ap-prendre les processus	
						Développement de la connaissance de soi de l'étudiant

Notion du rôle	Rôle d'enseignante est de première importance	Rôle d'enseignante est de première importance et fortement teinté par le rôle de personne	Rôle d'enseignante axé sur l'aspect humain, plutôt que sur l'évaluation sommative	Rôle infirmier important pour sécuriser les étudiantes	Rôle infirmier important pour sécuriser les étudiantes	Rôle de personne est primordial
Rôle infirmier (technique) est important, mais peut être comblé par les infirmières des milieux	Rôle de personne transcende le rôle infirmier	Rôle infirmier englobe les dimensions humaine et pédagogique	Utilisation du rôle de personne sert à modeler l'apprentissage de l'aspect humain de la profession infirmière	Rôle pédagogique plus important en 2e et 3e année	Rôle infirmier latent de par la formation première de la professeure	Modèle infirmier important pour l'apprentissage et le développement de la confiance de l'étudiante
Utilisation du modèle de rôle infirmier est nécessaire pour apprendre	La professeure est un modèle de rôle infirmier et de personne	Utilisation du modèle de rôle infirmier très importante dans l'apprentissage	Mentor dans son rôle d'enseignante	Utilisation du modèle de rôle infirmier pour faire apprendre la globalité de la profession infirmière	Rôle infirmier latent de par la formation première de la professeure	
Rôle de personne: intimement relié au rôle d'enseignante						Rôle infirmier (technique) est un complément essentiel au rôle d'enseignante

RÉFÉRENCES

- Allerman, G., & Britten, M. (1978). The relevance and use of the clinical laboratory : Nursing students' perceptions. In *Clinical Perspectives in Nursing Research : Relevance, Suffering and Recovery*. New-York, NY : New-York Teachers College Press, Columbia University.
- Archer, S. E., & Fleshman, R. P. (1981). Faculty role modeling. *Nursing Outlook*, 586-589.
- Aroian, J., Cloutterbuck, J., & Gilbert, J. (1982, January-February). Renewal : A positive Outcome of Faculty Evaluation. *Nurse Educator*, 33-36.
- Armington, C. L., Reinikka, E. A., & Creighton, H. (1972). Student evaluation—Threat or Incentive. *Nursing Outlook*, 20 (12), 789-792.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliff, NJ : Prentice-Hall.
- Barham, V. (1965). Identifying effective behavior of nursing instructor through critical incidents. *Nursing Research*, 14 (1), 65-68.
- Bernard, H. (1993). Quelle est la situation de l'évaluation de l'enseignement dans nos universités? Dans *Actes du Colloque international Enseignement supérieur : stratégies d'apprentissage appropriées* (p. 53-58). Hull, QC : Université du Québec à Hull.
- Bernard, H., Grenier, R. & Kérouac, S. (1994). Une approche dynamique de l'évaluation de l'enseignement. *Mesure et évaluation en éducation* 16 (3-4), 96-116.
- Benor, D.E., & Leviof, I. (1997). The development of students' perceptions of effective teaching : the ideal, best and poorest clinical teacher in nursing. *Journal of Nursing Education*, 36 (5) 206-211.
- Bergman, K., & Gaitskill, T. (1990). Faculty and Student Perceptions of Effective Clinical Teachers : An Extension Study. *Journal of Professional Nursing*, 6 (1), 33-44.
- Boland, D., & Sims, S. (1988). A comprehensive approach to faculty evaluation. *Journal of Nursing Education*, 27 (8), 354-358.
- Bramadat, I. J., & Chalmers, K. I. (1989). Nursing education in Canada : Historical 'progress' — Contemporary Issues. *Journal of Advanced Nursing* 14 (9), 719-726.
- Brown, S. T. (1981). Faculty and student perceptions of effective clinical teachers. *Journal of Nursing Education*, 20 (9), 4-15.
- Brown, D. L., & Hayes, E. R. (1979, December). Evaluation Tools : Student's Assessment of Faculty. *Nursing Outlook*, 778-781.
- Carpenito, L. J., & Duespohi, T. A. (1985). *A guide for Effective Clinical Instruction*. (2nd ed.) Rockville, MD : Aspen.
- Carr, A. M. (1983). Towards a theory of clinical teaching in nursing. (Doctoral dissertation, Boston University, 1983). *DAI*, 44, 1430A.
- Choudhry, U. K. (1992). Faculty practice competencies : nurse educators' perceptions. *Canadian Journal of Nursing Research*, 24 (3), 5-16.

- Coffey, A., & Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data : Complimentary research*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Coleman, E. A., & Thompson, P. J. (1987). Faculty Evaluation : the process and the tool. *Nurse Educator*, 12 (4), 27-32.
- Cowan, G. R. (1991). *A survey of faculty peer evaluation practices in southern schools of nursing*. Unpublished doctoral dissertation, University of Georgia, Georgia.
- Crawford, L. H. (1998). Evaluation of nursing faculty through observation. *Journal of Nursing Education*, 37 (7), 289-294.
- Cudney, S. A. (1985, October). Reaping The Professional Rewards of Faculty Evaluation. *Nursing and Health Care*, 451-456.
- Dalme, F. C. (1983). Nursing students and the development of professional identity. In N. L. Cheska (Ed.). *The nursing profession, A time to speak up*. New-York, NY : McGraw-Hill.
- Deane, D., & Campbell, J. (1985). *Developing Professional Effectiveness in Nursing*. Virginia : Deston Publishing.
- Dennis, L. I. (1990). Student Evaluations : Are They an Appropriate Criterion for Promotion? *Nursing and Health Care*, 11 (2), 78-82.
- de Tornay, R. (1988). Evaluating faculty productivity. *Journal of Nursing Education*, 27 (1), 5.
- de Tornay, R., & Thompson, M. (1982). *Strategiees for teaching nursing, Teaching in the Clinical Setting* (2nd ed.). New-York, NY : John Wiley.
- Duke, M (1996). Clinical evaluation, difficulties experienced by sessional clinical teachers of nursing : a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 408-414.
- Evans, B. C. (1995). Clinical teaching strategies : the demands of endeavor. *DAI-A*, 55 (08), 2263.
- Flager, S., Loper-Powers, S., & Spitzer, A. (1988). Clinical teaching is more than evaluation alone. *Journal of Nursing Education*, 27 (8), 342-346.
- Fong, C.M., & McCauley, G. T. (1993). Measuring the Nursing, Teaching, and Interpersonal Effectiveness of Clinical Instructors. *Journal of Nursing Education*, 32(7), 325-327.
- Forgette-Giroux, R. & Simon, M. (1998). L'application du dossier d'apprentissage à l'université. *Mesure et évaluation en éducation* 20 (3), 85-103
- Gauthier, B. (1987). *Recherche sociale*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Glass, H. P. (1971). *Teaching behavior in the nursing laboratory in selected baccalaureate nursing programs in Canada*. Unpublished doctoral dissertation, Teachers College, Columbia University, New-York.
- Green, G.J. (1988). Relationships between role models and role perceptions of new graduate nurses. *Journal of Nursing Education*, 37, 245-248.

- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA : Sage.
- Hamilton, M. B. (1996). The relationship between student-faculty relationships and clinical teaching effectiveness in nursing education. *DAI*, 56 (10), 5417B.
- Hardy, M. E., & Conway, M. E. (1988). *Role theory : Perspectives for health professionals* (2nd ed.). Norwalk, CT : Appleton & Lange.
- Hart, G., & Rotem, A. (1994). The best and the worst : students, experiences of clinical education. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 11 (3), 27-33.
- Hartland, W. J. Jr (1993). *Perceived importance of clinical teaching characteristics for nurse anesthesia clinical faculty*. Unpublished doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University.
- Hedin, B.A. (1989). Expert clinical teaching. In National League for Nursing (Ed.). *Curriculum revolution : Reconceptualizing nursing education*, New-York, NY : NLN.
- Howie, J. (1988). The effective clinical teacher : a role model. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 5 (2), 23-26.
- Huberman, A. M. & Miles, M. B. (1991). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles, Belgique : De Boeck-Wesmael.
- Infante, M. S. (1975). *The clinical laboratory in nursing education*. New-York, NY : John Wiley.
- Infante, M. S. (1986). The conflicting roles of nurse and nurse educator. *Nursing Outlook*, 34, 33-40.
- Jacobson, M. (1966). Effective and ineffective behavior of teacher of nursing as determined by their students. *Nursing Research*, 15 (3), 218-224.
- Janoscrat, A. J., & Feuerstein Noll, L. (1989, January-February). Index for nursing faculty evaluation. *Nurse Educator*, 14 (1), 24-29.
- Jensen, D. M. (1951). *Clinical instruction and its integration in the curriculum*. St. Louis, MO : C.V. Mosby.
- Kagan, D. M. (1988). Research on the supervision of counselors and teachers in training : Linking two bodies of literature. *Review of Educational Research*, 58 (1), 1-24.
- Kanitsaki, O., & Sellick, K. (1989). Clinical nurse teaching : an investigation of student perceptions of clinical nurse teacher behaviours. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 6 (4), 18-24.
- Karns, P. J., & Schwab, T. A. (1982). Therapeutic communication and clinical instruction. *Nursing Outlook*, 30 (1), 39-43.
- Kiker, M. (1973). Characteristics of effective teacher. *Nursing Outlook*, 21 (11), 721-723.
- Kim, K. H.-K. (1997). Perceived Levels and Sources of Anxiety of Senior Nursing Students in Clinical Setting. *DAI-B*, 58 (04), 1801.

- Knox, J. E. , & Mogan, J. (1985). Important clinical teacher behaviours as perceived by university nursing faculty students and graduates. *Journal of Advanced Nursing* , 10, 25-30.
- Kopala, B. (1994). Conflicts in Nurse Educators' Role Obligations. *Journal of Professional Nursing*, 10 (4), 236-243.
- Kramer, M., Holaday, B., & Hoeffler, B. (1981). The teaching of nursing research — part III : A comparison of teaching strategies. *Nurse Educator*, 6 (3), 18-28.
- Krichbam, K. (1994). Clinical teaching effectiveness described in relation to learning outcomes of baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 33 (7), 306-316.
- Kvale, S. (1983). The qualitative research interview : A phenomenological and a hermeneutical mode of understanding. *Journal of Phenomenological Psychology*, 14 (2), 171-196.
- Laidig, J. M. (1996). Problem finding, problem defining, and problem solving by novice clinical teachers in nursing. *DAI*, 56 (09), 4804B.
- Lambert, C. (1993). La formation infirmière dans les cégeps. Dans O. Goulet (Dir.), *La profession infirmière : valeurs, enjeux, perspectives* (p. 149-177), Gaétan Morin.
- Layton, Sister M. (1969). How instructors' attitudes affect students. *Nursing Outlook*, 17 (1), 27-29.
- L'Écuyer, R. (1987). L'analyse de contenu : notions et étapes. Dans J.P. Deslauriers, *Les méthodes de la recherche qualitative*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'éducation* (2^e éd.). Montréal, QC : Guérin.
- McCabe, B. W. (1985). The improvement of Instruction in the Clinical Area : A Challenge Waiting to be Met. *Journal of Nursing Education*, 24 (3), 300-304.
- McKeachie, W. J. (1990). Research on college teaching : The historical background. *Journal of Educational Psychology*, 82 (2), 189-200.
- Meleca, C. B., Schimphauser, F. T., & Witteman, J. K. (1981). Clinical instruction in nursing : A national survey. *Journal of Nursing Education*, 20 (8), 32-40.
- Mims, F. (1970). Students evaluate faculty. *Nursing Outlook*, 18 (7), 53-56.
- Morgan, L. M. (1997). Effective clinical teaching as perceived by first and second year nursing students in a career ladder program : a comparative study. *MAI*, 35 (04), 1000.
- Morgan, S. A. (1991). Teaching activities of clinical instructors during the direct client care period : a qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (10), 1238-1246.
- Mogan, J., & Knox, J. E. (1987). Characteristics of "best" and "worst" clinical teachers as perceived by university nursing faculty and students. *Journal of Advanced Nursing* , 12, 331-337.
- Murphy, A. C. (1988). *Characteristics of the effective clinical teacher of nursing as perceived by students and faculty*. Unpublished doctoral dissertation, University of Connecticut, Connecticut.

- Murray, H. G. (1991). Effective teaching behaviors in the college classroom. In J. Smart (Ed.). *Higher education; A handbook of theory and research* (Vol. 7), 135-172.
- Nehring, V. (1990). Nursing clinical Teacher Effectiveness Inventory : a replication study of the characteristics of "best" and "worst" clinical teachers as perceived by nursing faculty and students. *Journal of Advanced Nursing* , 15, 934-940.
- Opare, M. A. (1998). Preceptorship in the clinical education of senior student nurses : reflections on the relevance of canadian practice for the Ghanaian context. *MAI*, 36 (01), 161.
- O'Shea, H., & Parsons, M. (1979). Clinical instruction : Effective and ineffective teacher behaviors. *Nursing Outlook*, 27 (6), 411-415.
- Packford, S., & Polifroni, E. C. (1992). Role perceptions and role dilemmas of clinical nurse educators. In L. B. Wech (Ed.), *Perspectives on faculty roles in nursing education*, New-York, NY : Praeger.
- Pardo, D. (1991). The culture of clinical teaching. (Doctoral dissertation, University of Arizona, 1991). *DAI*, 54, 1448 A.
- Paterson, B. L. (1991). The juggling act : An ethnographic analysis of clinical teaching in nursing education. (Doctoral dissertation, The University of Manitoba, 1991). *DAI*, 54, 4056A.
- Paterson, B. L. (1997). The negotiated order of clinical teaching. *Journal of Nursing Education*, 36 (5), 197-205.
- Patrick, J., & Smart, R. M. (1998). An Empirical Evaluation of Teacher Effectiveness : the emergence of three critical factors. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 23 (2), 165-178.
- Perrenoud, P. (1997). *Construire des compétences dès l'école*. Paris, FR : ESF éditeur.
- Perry, M. (1988). Preceptorship in clinical nursing education : a social learning theory approach. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 5 (3), 19-25.
- Poisson, Y. (1990). *La recherche qualitative en éducation*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.
- Pourtois, J. P. & Desmet, H. (1988). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Liège, Belgique : Pierre Mardaga.
- Pugh, E. J. (1980). Factors influencing congruence between beliefs, intentions, and behavior in the clinical teaching of nursing. *DAI*, 41, 2521A-2522A. (University Microfilms n° 802902).
- Pugh, E. J. (1983). Research on Clinical Teaching. In W. Holzemer (Ed.), *Review of research in nursing education* (p. 62-77). Thorofare, NJ : SLACK.
- Pugh, E. J. (1988). Soliciting student input to improve clinical teaching. *Nurse Educator*, 13 (5), 28-33.
- Quinn, F. M. (1980). *The principles and practice of nurse education*. London, UK : Croom Mclm.

- Race, A. J. (1992). An innovatory honours degree programme for nurse teacher preparation : development and evaluation. *Nurse Education Today*, 12 (4), 266-273.
- Rauen, K. C. (1974). The clinical instructor as a role model. *Journal of Nursing Education*, 13 (2), 94-96.
- Reeve, M. M. (1989). *Development and implementation of faculty evaluation system for clinical nursing*. Unpublished doctoral dissertation, Nova University.
- Reeve, M. M. (1994). Development of an instrument to measure effectiveness of clinical instructors. *Journal of Nursing Education*, 33, 15-20.
- Rey-Debove, J. & Rey, A. (Dir.) (1993). *Le nouveau Petit Robert*. Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Rogers, H. M. (1997). The relationship between self-perceived engagement in reflective practice and clinical teaching effectiveness (effective teaching). *DAI*, 57 (12), 7455B.
- Rolfe, G. (1990). The role of clinical supervision in the education of student psychiatric nurses : A theoretical approach. *Nurse Education Today*, 10, 193-197.
- Romberg, E. (1984). A factor analysis of students' ratings of clinical teaching. *Journal of Dental Education*, 48 (5), 258-262.
- Rosenthal, T. T. (1987). *The clinical teaching experience of two psychiatric nursing instructors*. Unpublished doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University.
- Rosenthal, T. T. (1989). Using ethnography to study nursing education. *Western Journal of Nursing Research* 11 (1), 115-127.
- Ruppert, K. (1995). Importance of clinical teaching behaviors as perceived by senior baccalaureate nursing students. *DAI* 33(03), 867.
- Sando, C. R. (1997). The effect of verification of perceptions by the nursing student and clinical instructor on the students perception of teacher effectiveness and self-evaluation of clinical performance. *DAI* 57 (11), 6854B.
- Scanlan, J. M. (1996/1997). Clinical teaching : the development of expertise. (Doctoral dissertation, The University of Manitoba, 1996). *DAI* 58 (04), 1807B.
- Sellick, K., & Kanitsaki, O. (1991). A comparison of faculty and student perceptions of clinical nurse teacher behaviours. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 9 (1), 3-7.
- Stevens, B. (1979). *Nursing theory : Analysis, application, evaluation*. Boston, MA : Little, Brown.
- Stoltenberg, K. D. (1997). Faculty and student perceptions of effective nursing clinical teachers in associate degree nursing programs. *MAI*, 35 (06) 1779.
- Stritter, F. T., Hain J. D., & Grimes, D. A. (1975). Clinical teaching reexamined. *Journal of Medical Education*, 50, 876-882.
- Stuebbe, B. (1980). Student and Faculty Perspectives on the Role of a Nursing Instructor. *Journal of Nursing Education*, 19 (7), 4-9.

- Thivierge, A. & Bernard, H. (1996). Les croyances des étudiants à l'égard de l'évaluation de l'enseignement. *Mesure et évaluation en éducation*, 18 (3), 59-84.
- Toth, A. J. (1996). Clinical teaching effectiveness : the perceptions of practicing nurses. *MAI*, 34 (04) 1556.
- Van der Maren, J. M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal, QC : Presses de l'Université de Montréal.
- Van Ort, S. R. (1983). Developing a System for Documenting Teaching Effectiveness. *Journal of Nursing Education*, 22 (8), 324-328.
- Varrassi, G. P. (1989). *Baccalaureate nursing students' identification of the characteristics associated with the most and least effective clinical instructors*. Unpublished doctoral dissertation, Columbia University Teachers College.
- Veltkamp, D. E. (1997). Nursing Students' Perceptions of Clinical Instructor Behaviors that Affect the Development of Self-Confidence. *MAI*, 35 (04) 1003.
- Ward-Griffin, C., & Brown, B. (1992). Evaluation of teaching : a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1408-1414.
- Wellard, S. J., Rolls, C., & Ferguson, S. (1995). Evaluating clinical educators : an employer's perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 737-742.
- Wilson, A., & Startup, R. (1991). Nurse socialization : issues and problems. *Journal of advanced Nursing*, 16, 1478-1486.
- White, L. C. (1997). perceptions of effective clinical teachers in practical nursing programs. *DAI*, 58 (06), 2964B.
- Whitehead, D. K. (1997). Characteristics of effective clinical and theory instructors as perceived by LPN to RN versus generic students in an associate degree nursing program. (Doctoral dissertation, Florida International University, 1997). *DAI*, 58 (03), 713A.
- Whitman, N. I. (1988). *Clinical teaching behaviors of nursing faculty as perceived by faculty and clinical colleagues*. Unpublished doctoral dissertation, The University of Texas at Austin.
- Whitman, N. I. (1990). Clinical colleagues as a source of data for faculty evaluation. *Western Journal of Nursing Research*. 12 (5), 644-658.
- Wiley, K. (1984). Faculty and student perceptions of effective clinical teachers : replication of Brown's research. In *Conferences on Research in Nursing Education. Programs and Abstracts*. San Francisco, CA : Society for Research in Nursing Education, .
- Wills, M. E. (1997). Link teacher behaviours : student nurses' perceptions. *Nurse Education Today*, 17 (3), 232-246.
- Wilson, E. M. (1994). Nursing Student Perspective of Learning in Clinical Setting. *Journal of Nursing Education*, 33 (2), 81-86.
- Windsor, A. (1987). Nursing students' perceptions of clinical experience. *Journal of Nursing Education*, 26 (4), 150-154.

- Wirfs, M. J. (1991). *Individual and professional background developmental level, and professional zone of acceptance of collegiate nurse educators..* Unpublished doctoral dissertation, University of New Orleans, Louisiana.
- Wong, J., & Wong, S. (1987). Toward effective clinical teaching in nursing. *Journal of Advanced Nursing, 12*, 505-513.
- Zimmerman, L., & Waltman. N., (1986). Effective clinical behaviors of faculty : a review of litterature. *Nurse Educator, 11* (1), 274-277.
- Zimmerman, L., & Westfall, J. (1988). The Development and Validation of a Scale Measuring Effective Clinical Teaching Behaviors. *Journal of Nursing Education, 27* (6), 274-277.