

Université de Sherbrooke

**L'enseignement de la démarche clinique:
perceptions des enseignantes en soins infirmiers du Cégep de
l'Abitibi-Témiscamingue**

**par
Thérèse Hivon-Lizé**

Programme de Maîtrise en sciences de l'éducation

**Mémoire présenté à la Faculté de l'éducation en vue de l'obtention
du grade de Maîtrise ès arts (m.a.)**

juin 1993





Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

Sommaire

La planification écrite des soins infirmiers est un élément clef de la démarche clinique de l'infirmière¹ et fait partie des normes et critères de compétence de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (O.I.I.Q.). Elle est donc incluse dans le programme d'études collégiales en soins infirmiers et est maintenant enseignée depuis plus de vingt ans au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue (C.A.T.). Toutefois, elle demeure toujours peu appliquée dans le principal milieu de stage de ce Cégep, soit le Centre Hospitalier de Rouyn-Noranda.

La lourdeur de la tâche des infirmières, tant au niveau administratif que dans la prestation des soins et le manque de ressources pour appliquer la démarche clinique constitueraient des facteurs qui seraient à l'origine de ce problème. De plus, des chercheuses qui se sont penchées sur cette question, dont Benner et Tanner (1987), affirment que l'enseignement de la démarche clinique comporte des lacunes, entre autres qu'il ne tient pas compte de la réalité des milieux cliniques. Ces personnes, qui sont également des enseignantes en soins infirmiers, affirment aussi que l'enseignement plutôt rigide de la démarche laisse peu de place à l'intuition et à la créativité chez les étudiantes. Dans la préface du récent ouvrage de Lefebvre et Dupuis (1993), Demers soulève le fait que malgré l'importance accordée à la démarche clinique par les infirmières, elles ont plus d'une façon d'en décrire les étapes. Des difficultés surviennent donc lors de son enseignement.

Des étudiantes en soins infirmiers et des nouvelles diplômées du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue (C.A.T.) déplorent que les enseignantes ne partagent pas une vision commune de la démarche clinique. Pourtant, l'enseignement de la démarche au C.A.T. repose sur un cadre théorique adopté en département en mai 1988. En principe, il ne devrait pas y avoir de divergences entre les enseignements des enseignantes.

Les critiques soulevées par l'enseignement de la démarche de soins et son application en milieu clinique ainsi que les écrits sur l'enseignement de la démarche clinique ont amené l'auteure de cette recherche à entreprendre une étude sur les perceptions des enseignantes en soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue concernant l'importance que le département accorde effectivement aux différents objectifs de la démarche clinique et l'importance qu'il devrait leur accorder.

L'objectif de cette étude est donc de décrire l'écart existant entre l'importance qu'accordent présentement les enseignantes de soins infirmiers du C.A.T. aux divers éléments de la démarche clinique et l'importance souhaitée par ces mêmes personnes.

Pour obtenir un profil de l'enseignement de la démarche clinique, nous avons élaboré un questionnaire contenant 144 énoncés qui sont en fait des objectifs reliés au cadre théorique de la

¹Dans ce texte, le genre féminin sera la plupart du temps considéré comme épïcène.

Table des matières

	page
Sommaire	I
Table des matières	III
Liste des tableaux	VI
Liste des figures	VII
Liste des sigles et des abréviations	VIII
Remerciements	IX
 Introduction	 1
 Chapitre 1	 2
<i>Problématique de la recherche</i>	
1.1 Passage de l'enseignement des soins infirmiers dans les cégeps	2
1.2 Situation actuelle au C.H.R.N.: observations personnelles	4
1.3 Situation actuelle au C.A.T.: observations personnelles	5
1.4 Contexte législatif de la démarche clinique de l'infirmière	8
1.5 Quand règlements et lois devancent la pratique	8
 Chapitre 2	 10
<i>Recension des écrits et question de recherche</i>	
2.1 Démarche clinique dans la profession infirmière, évolution du concept	10
2.2 Critiques vis-à-vis de l'utilisation de la démarche clinique	17
2.3 Rapports entre la démarche clinique et l'utilisation d'un modèle conceptuel	22
2.4 Question de recherche	25
2.5 Objectif de la recherche	25
 Chapitre 3	 26
<i>Méthodologie</i>	
3.1 Type de recherche	26
3.2 Population	26
3.3 Élaboration de l'instrument d'enquête	27
3.3.1 Construction du questionnaire	27
3.3.2 Pré-test	29
3.4 Déroulement de l'enquête	30
3.5 Traitement des données	30
3.6 Présentation des résultats	33
3.7 Limites de la recherche	34
 Chapitre 4	 35
<i>Présentation des résultats</i>	
4.1 Profil des enseignantes	35
4.1.1 Expériences professionnelles	35
4.1.2 Expérience dans l'application de la démarche clinique à titre d'infirmière	36
4.1.3 Stages en entreprise	37
4.1.4 Réalisme de l'enseignement de la démarche clinique	37
4.2 Perceptions des enseignantes concernant l'enseignement de la démarche clinique pour chacun des thèmes	39

4.2.1	Thème 1: éléments généraux de la démarche clinique	39
4.2.2	Thème 2: évaluation initiale	45
4.2.3	Thème 3: diagnostic	50
4.2.4	Thème 4: planification	55
4.2.5	Thème 5: mise en application	60
4.2.6	Thème 6: évaluation	64
4.3	Perceptions des enseignantes concernant l'enseignement de la démarche clinique: classement des thèmes	68
4.3.1	Catégorisation selon le modèle de Hershkowitz	70
4.4	Portrait global des perceptions des enseignantes concernant leur enseignement de la démarche clinique (résultats de l'ensemble des 144 énoncés)	72
4.4.1	Catégorisation selon le modèle de Hershkowitz	72
Chapitre 5		74
<i>Analyse des résultats</i>		
5.1	Pertinence des cadres de référence utilisés pour l'enseignement de la démarche clinique	74
5.2	Démarche clinique comme source de satisfaction pour l'infirmière	76
5.3	Insatisfaction vis-à-vis du guide de collecte de données	77
5.4	Insatisfaction à l'égard du diagnostic infirmier	77
5.5	Intuition et créativité: le retour du balancier	79
5.6	Planification écrite	81
5.7	Concordance des résultats avec ceux d'une étude antérieure	82
Conclusion		83
Sources documentaires		86
Annexes		91

Liste des tableaux

	page
I Comparaison du nombre d'années d'expérience professionnelle des enseignantes en soins infirmiers du C.A.T.	36
II Éléments généraux de la démarche clinique selon le modèle de Hershkowitz	41
III Éléments généraux de la démarche: cotes significatives	44
IV Évaluation initiale selon le modèle de Hershkowitz	46
V Évaluation initiale: cotes significatives	49
VI Diagnostic selon le modèle de Hershkowitz	51
VII Diagnostic: cotes significatives	54
VIII Planification selon le modèle de Hershkowitz	56
IX Planification: cotes significatives	59
X Mise en application selon le modèle de Hershkowitz	61
XI Mise en application: cotes significatives	63
XII Évaluation selon le modèle de Hershkowitz	65
XIII Évaluation: cotes significatives	67
XIV Moyennes générales selon les situations souhaitées et actuelles pour l'ensemble des thèmes	69
XV Distribution des thèmes selon le modèle de Hershkowitz	71
XVI Distribution des énoncés selon le modèle de Hershkowitz	72

Liste des figures

	page
1- Démarche clinique de l'infirmière selon Alfaro	12
2- Démarche clinique de l'infirmière incluant le processus du diagnostic infirmier	15
3- Cadre théorique pour l'organisation du contenu du programme Soins infirmiers	17
4- Présentation des quatre catégories selon l'approche de Hershkowitz	32

Liste des sigles et des abréviations

ANADI:	Association nord-américaine du diagnostic infirmier
ANADIM:	Association nord-américaine du diagnostic infirmier section Montréal
C.A.T:	Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
CEGEP:	Collège d'enseignement général et professionnel
C.H.R.N:	Centre hospitalier de Rouyn-Noranda
D.G.E.C:	Direction générale de l'enseignement collégial
Dx:	Diagnostic
O.I.I.Q:	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
O.M.S:	Organisation mondiale de la santé
S.S:	Signes et symptômes
S.I:	Soins infirmiers

Remerciements

Cette recherche a demandé le concours de plusieurs personnes et sans leur participation, elle n'aurait pu être menée à terme. Je tiens d'abord à remercier Madame Cécile Lambert qui a dirigé ce mémoire. Sa compétence en matière de démarche de soins m'a conduite à des découvertes passionnantes concernant la démarche clinique de l'infirmière. Je ne peux passer sous silence sa généreuse disponibilité et son haut niveau d'exigence. Les difficultés que j'ai rencontrées furent souvent aplanies grâce aux nombreuses heures de tutorat passées au téléphone (distance oblige). Nos rencontres «en personne» ne furent que plus rigoureusement planifiées... et chaleureuses.

Merci également à Monsieur Julio Fernandez pour ses précieux conseils lors du cours Séminaire de recherche.

Le souci des enseignantes en soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue d'améliorer leur enseignement et de faciliter l'apprentissage des étudiantes fut une nouvelle fois, si besoin en était, démontré. En effet, le sérieux avec lequel elles ont répondu au questionnaire ne peut être passé sous silence. Leur collaboration était essentielle et elles ont fait part d'une grande disponibilité, surtout quand on pense au contenu du questionnaire avec ses 144 questions.

Merci à mesdames Ginette Rondeau, Murielle Bourdouxhe et Rita Marchand pour l'intérêt qu'elles ont manifesté envers cette recherche en acceptant de participer à la validation du questionnaire.

Un grand merci aussi à monsieur Gustave Kiyanda, conseiller en recherche et en expérimentation au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et à monsieur Richard Aubry, responsable du département de l'audiovisuel du C.A.T., pour leur travail concernant le traitement informatique des données du questionnaire. Merci aussi à mesdames Louise Perreault et Aline Allen pour leur excellent travail de secrétariat concernant la compilation des données du questionnaire.

Une telle recherche demande une bonne somme de soutien de notre entourage. Qu'on pense seulement aux heures de travail après les stages, durant les fins de semaine, les vacances d'été et sans compter les voyages à Montréal. Merci à ma collègue Gertrude Michaud qui a accepté de relire certaines parties de mon texte et qui m'a soutenue par ses propos encourageants.

L'enthousiasme de mon compagnon pour la recherche, ses talents et sa patience en informatique m'ont grandement aidée à rédiger ce texte. Sa disponibilité auprès des enfants et dans les tâches ménagères ont aussi contribué à mener à terme cette recherche.

Introduction

Nous avons choisi d'étudier la démarche clinique sous l'angle de l'enseignement plutôt que sous celui de son application en milieu clinique car, avant d'explorer les causes qui rendent son application difficile, il convient à notre avis de se pencher sur le concept même de la démarche et sur ses éléments.

Dans ce travail, nous décrirons, dans un premier temps, notre problématique qui concerne les rapports entre l'enseignement de la démarche clinique dans un cégep et les difficultés d'application de cette dernière en milieu hospitalier. Un bref historique du passage de l'enseignement des soins infirmiers au milieu collégial démontrera comment l'enseignement de la démarche fit son entrée dans les cégeps. Nous décrirons nos observations effectuées tant dans le milieu clinique que collégial. On verra ensuite que, contrairement à ce qui se passe habituellement, des règlements ont devancé la pratique de la démarche clinique.

Puis notre recension des écrits mettra en lumière les mécontentements, les interrogations, les controverses soulevés par l'enseignement et l'application de la démarche. Pour mieux comprendre ce qu'est la démarche, nous ferons une description de l'évolution de son concept aux États-Unis et au Québec. Une attention sera aussi portée aux modèles conceptuels en soins infirmiers. La question de recherche sera suivie de la méthodologie à l'intérieur de laquelle nous présenterons notre instrument d'enquête et le cadre théorique qui le sous-tend, le déroulement de notre enquête et la façon dont seront interprétés les résultats.

La présentation des données comprend le profil des expériences professionnelles des enseignantes qui ont participé à notre enquête, soit celles du département des soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue (C.A.T.) de même que leurs expériences dans l'application de la démarche clinique en tant qu'infirmières de chevet. Par la suite, nous présentons les résultats de notre enquête, à savoir les écarts entre les perceptions qu'ont les enseignantes de l'importance accordée aux objectifs pour l'enseignement de la démarche clinique et leur perception de ce qui est souhaitable vis-à-vis de ces mêmes objectifs. Nous identifierons les besoins des enseignantes, premièrement en regard des énoncés reliés à chacune des composantes de la démarche clinique, puis, deuxièmement, en considérant l'ensemble de tous les énoncés de la démarche contenus dans le questionnaire, après quoi nous discuterons des résultats de la recherche.

Chapitre 1 Problématique de la recherche

La notion de démarche clinique pour la pratique des soins infirmiers remonte au milieu des années 1950, mais ici au Québec, à quelques exceptions près, c'est avec le passage de l'enseignement des soins infirmiers des milieux cliniques aux milieux d'enseignement que ce concept prend son essor. À noter que le concept de démarche clinique correspond à celui de la méthode de solution de problème, ou encore à celui de la démarche de soins.

Avant d'aborder la problématique de cette recherche qui porte sur les rapports entre l'enseignement de la démarche clinique et les difficultés d'application de cette dernière en milieu clinique, nous croyons bon de parler brièvement du passage de l'enseignement des soins infirmiers au milieu collégial. Au Québec, 42 collèges et 3 universités offrent des programmes de formation initiale en soins infirmiers, mais comme notre recherche touche la population collégiale, nous nous en tiendrons aux éléments qui intéressent cette population particulière.

1.1 Passage de l'enseignement des soins infirmiers dans les cégeps

Avant 1967, la formation infirmière était dispensée dans des écoles d'infirmières rattachées aux hôpitaux. Dans la foulée du Rapport Parent (1966) 3 cégeps commencèrent en 1967 une expérience pilote de l'enseignement des soins infirmiers (Lambert, 1979). Avant même qu'une évaluation formelle de cette nouvelle expérience se fasse, 12 cégeps emboîtèrent le pas l'année suivante et, 5 autres l'année d'après. À partir de septembre 1970, nous dit Lambert (1979, p. 40): «les quinze dernières écoles d'infirmières n'acceptent plus d'admission et les étudiantes désireuses de devenir infirmières se dirigent maintenant vers le collège».

Ici même au Canada, le transfert de la formation infirmière des hôpitaux à des établissements d'enseignement est prôné depuis un certain temps déjà entre autres par le rapport Weir en 1932 et par Mussalem en 1964. Lorsque, en 1965, la Commission Parent recommande l'intégration de tous les programmes de formation en soins infirmiers à l'intérieur du système général de l'éducation, il répond à une recommandation de l'Association des infirmières de la province de Québec.

Selon Riopelle (1976) la philosophie de base du nouveau programme nommé Techniques infirmières, s'appuyait plus sur les soins centrés sur le client que sur les routines de soins des différentes unités.

«L'enseignement prioritaire de la méthode de solution de problème doit permettre à l'étudiante d'apprendre à considérer le client comme la première source d'information dans la planification des soins, à assumer les conséquences de ses actes et non pas seulement à exécuter des soins dictés par les routines de l'unité de soins et les médecins» (p. 4).

L'accent de l'enseignement collégial, nous dit-elle, est mis sur l'acquisition d'habiletés à identifier les problèmes du client, à planifier et à évaluer des interventions appropriées.

L'enseignement de la démarche clinique était donc un moyen d'individualiser les soins. Ainsi, affirme Boutou (1978), on croyait que les infirmières seraient davantage capables de «développer des comportements rationnels tels que: collecter des données, analyser, juger, critiquer, décider, procurer des soins individualisés» (p.7). Ces remarques de Boutou et de Riopelle illustrent bien que les éléments de la démarche clinique se devaient d'être au coeur de la formation collégiale.

Toutefois, le transfert de la formation infirmière des hôpitaux aux cégeps ne se fit pas sans heurts et avec les années, l'écart entre les 2 institutions s'accrut. À Rouyn-Noranda, nous n'avons pas pu échapper à cette situation qui se généralisait à tout le Québec. En 1979, Lambert décrivait ainsi les conséquences de l'intégration de la formation infirmière dans les cégeps:

«L'intégration des écoles d'infirmières au système d'éducation se fait entre le ministère de l'Éducation et de la Santé. Toutefois, de cette entente, nous ne pouvons présumer que le transfert subit et massif des étudiantes infirmières se fait sans heurts. Au cours de notre étude, nos interlocuteurs nous ont rappelé à maintes reprises qu'il a été difficile d'établir de nouveaux modes de communication entre les professeurs du collège et le personnel des centres hospitaliers. Plusieurs, parmi ces derniers, ont ressenti une perte de confiance, suite au transfert, et très tôt ce sentiment a fait place à: «voyons ce que ces petits génies vont faire». Cette séparation entre les éducateurs et les praticiens de soins infirmiers donne lieu à un fonctionnement en vase clos. Conséquemment, les objectifs de formation diffèrent de plus en plus des attentes des milieux cliniques. Plusieurs problèmes suscités par cette situation ont été étudiés. Mais l'application des solutions tarde à venir car le collège et le centre de stage poursuivent des buts différents et jouissent de part et d'autre d'une autonomie totale» (p.102).

Nous nous rappelons que, lors du transfert, on comptait sur les étudiantes et les enseignantes pour aider le personnel infirmier en place à appliquer les notions qui s'installaient avec le nouveau programme qui était, il ne faut pas se le cacher, un peu menaçant pour les infirmières d'alors. Aussi bien dans les cégeps que dans les milieux cliniques, plusieurs personnes croyaient que les futures diplômées deviendraient des agentes de changement, des personnes ressources et qu'ainsi, de façon graduelle, la démarche de soins pourrait ultérieurement être appliquée formellement dans tous les milieux.

En tant qu'ancienne étudiante infirmière de milieu collégial de la cohorte 1968-1971, qui a vécu ce transfert, nous avons vite réalisé que la nouvelle formation ne répondait pas nécessairement aux attentes des hôpitaux. Les cours dispensés n'étaient plus orientés vers le modèle médical. On parlait de concepts et de buts des soins infirmiers. Le nombre d'heures cliniques quoique planifié et réparti autrement étaient inférieur à un quart de la formation traditionnelle. Les échanges avec les collègues infirmières de l'ancien programme qui étaient alors en deuxième et en troisième années révélaient déjà les différences majeures entre les 2 types de formation et laissaient supposer le hiatus à venir. Il a suffi de peu de temps pour réaliser que les enseignantes et les étudiantes

infirmières ne représentaient pas les modèles attendus et, à la limite, on nous voyait comme un personnel marginal, avec une conception différente des soins infirmiers.

Dans son historique du programme des Techniques infirmières, Lambert constate que bon nombre des intentions de cette formation avaient été perdues de vue. La réforme amorcée à la fin des années 1970 a donné lieu à l'exploitation d'un nouveau programme d'études qui met l'accent entre autres sur les compétences qui relèvent de la démarche clinique. Le choix des enseignantes du C.A.T. pour un cadre de référence pour l'enseignement de la démarche clinique s'inscrit dans cette démarche de révision de programme.

1.2 Situation actuelle au C.H.R.N: observations personnelles

Dans l'exercice de nos fonctions en tant qu'enseignante et faisant des laboratoires cliniques¹ depuis dix-huit ans au Centre hospitalier de Rouyn-Noranda, (C.H.R.N.), nous avons observé que la planification écrite des soins était peu appliquée. Rares sont les collectes de données complètes dans les dossiers et rares aussi sont les plans de soins dans les kardex. Cela ne traduit cependant pas un désintéressement de la part des infirmières à l'égard de la planification écrite, puisqu'en 1987 lors d'un sondage auprès des infirmières du C.H.R.N. sur la démarche de soins, la majorité disait être d'accord avec l'esprit de la démarche et reconnaissait sa valeur pour une planification de soins de qualité².

Lors des laboratoires cliniques, les infirmières observent les étudiantes dans leur application de la démarche. Les échanges qui s'ensuivent sont assez fréquents et intéressants. Cependant, les infirmières se surprennent de voir les plans de soins écrits par les étudiantes. Elles disent admirer ce beau travail, mais affirment que dans le contexte de travail du C.H.R.N., elles n'auraient pas le temps de faire cela et que l'avènement du diagnostic infirmier semble compliquer le processus.

À 2 reprises, en 1987 et en 1989, nous avons effectué des stages personnels de ressourcement au C.H.R.N. et nous avons pu constater que l'organisation des soins infirmiers se prêtait peu à l'application d'une planification écrite des soins telle qu'enseignée au C.A.T., telle que prescrite par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.(O.I.I.Q, 1982). Sans encadrement et sans ressources, il est difficile pour les infirmières d'être à la fois dans l'écriture que demande la planification et auprès du client. Des collègues enseignantes ont aussi fait le même constat. Les objectifs d'un de nos stages touchaient la planification écrite des soins sur l'unité d'obstétrique. Nous avons dû, pour les atteindre, avoir moins de clientes sous notre responsabilité que nos

¹ L'expression « laboratoires cliniques » désigne ce qui est communément appelé « stage ». Cette première expression s'avère plus juste car dans le programme soins infirmiers, les étudiantes sont encadrées sur le terrain par une enseignante du cégep qui choisit les expériences des étudiantes en fonction des apprentissages prévus.

² À ce sujet, le sondage effectué au C.H.R.N. est intéressant dans la mesure où les résultats indiquent des raisons qui font que les infirmières n'appliquent pas intégralement la planification écrite des soins. Le sondage fut conduit par: Pérusse, A., *Démarche de soins*, C.H.R.N., Rouyn-Noranda, 1987.

collègues infirmières et sans leur collaboration nous n'aurions pas pu réaliser ce stage tel que nous l'avions planifié.

Une des activités de ce stage consistait à élaborer avec l'équipe de soins un questionnaire d'entrevue appelé collecte de données adapté pour le type de clientèle de cette unité. Pour ce faire, il y a eu, sur une base volontaire, des rencontres avec les infirmières et les infirmières-auxiliaires et, lors des échanges, elles disaient être d'accord pour appliquer la démarche clinique en utilisant les outils qu'elle nécessite à la condition que ceux-ci soient allégés et facilitants pour elles. Toutefois, plusieurs ont affirmé qu'elles font cette démarche mentalement depuis toujours et elles ne voyaient pas l'utilité de la planification écrite des soins.

Lors des laboratoires cliniques avec les étudiantes, il arrive souvent que les clients nous demandent pourquoi leur approche diffère des infirmières diplômées. Il va sans dire que cela nous cause parfois un certain malaise. Il nous arrive souvent de nous demander comment les étudiantes peuvent être persuadées du bien-fondé d'une planification écrite, alors qu'elles observent et constatent lors de leurs stages que le milieu clinique dans lequel elles oeuvrent fonctionne de façon différente en ce qui a trait à la démarche de soins.

1.3 Situation actuelle au C.A.T: observations personnelles

Depuis que nous enseignons les soins infirmiers au C.A.T., nous avons constaté que la démarche de soins suscite de nombreuses discussions parmi les enseignantes du département. À plusieurs reprises des personnes ressources sont venues à Rouyn-Noranda donner des séances de formation sur des sujets qui touchent la démarche clinique. Lors de ces échanges, nous avons remarqué que les enseignantes perçoivent différemment les notions rattachées à la démarche clinique et son articulation avec un modèle conceptuel. Il suffit de consulter les évaluations de sessions faites par les enseignantes de l'époque pour se rendre compte de leur désir de se référer à une terminologie commune. À cet effet, il est utile de rappeler le processus qui a précédé l'adoption du cadre de référence utilisé par les enseignantes au moment de la recherche, soit celui présenté par Carpenito dans *Diagnostic infirmier* (1983 et 1986). La catégorisation de Jones (1982) en intéressait plusieurs, mais le texte en français n'étant pas disponible, la traduction demandait beaucoup de travail.

À la session hiver 1987, une discussion est amorcée en département afin que les enseignantes prennent position sur un ouvrage commun d'enseignement de la démarche et à la fin de la session, les ouvrages de Phaneuf (1986) et de Riopelle, Phaneuf et Grondin (1984) furent retenus. Rappelons qu'avant cette période, les enseignantes utilisaient à la fois les ouvrages de Bizier (1983) et de Phaneuf pour enseigner la démarche clinique. Les enseignantes se questionnaient alors sur l'articulation d'un modèle conceptuel et du diagnostic infirmier à l'intérieur de la démarche. En d'autres mots, plusieurs se demandaient si les divers modèles en soins infirmiers pouvaient fournir un diagnostic infirmier. Ici, il importe de signaler que même si le concept du

diagnostic infirmier a été développé dans les années 1970, au Québec, ce n'est que dans la décennie suivante qu'il sera intégré à la démarche clinique et qu'on se référera à des catégorisations de diagnostics infirmiers.

Même si les textes ci-haut mentionnés avaient fait l'objet d'une décision départementale, plusieurs ont exprimé le souhait que ce choix soit révisé en faveur d'une catégorisation qui leur semblait plus développée. Pour ces personnes, la traduction du volume de Carpenito semblait répondre davantage aux besoins des enseignantes puisqu'on y retrouvait, en français, des notions sur le diagnostic infirmier, son application au plan de soins, de même que la catégorisation des diagnostics infirmiers approuvée par l'Association nord-américaine du diagnostic infirmier (ANADI). Dans son volume, Carpenito indique pour chaque diagnostic des données subjectives et objectives, des étiologies possibles, des facteurs associés ainsi que des éléments pour la planification écrite, soit des objectifs, des interventions de soins et des critères d'évaluation.

Après avoir assisté en mai 1988 à une session de formation donnée par Carpenito, à Laval, quatre enseignantes firent part à leurs collègues réunies en assemblée départementale, du contenu de ces journées de formation et c'est suite à cet exposé que la proposition suivante fut adoptée à l'unanimité :

«Que l'on conserve le modèle de V. Henderson, que l'on y associe la classification des diagnostics infirmiers de L. J. Carpenito et que l'on utilise le processus d'analyse de Carpenito pour l'enseignement de la démarche de soins» (Département de soins infirmiers, procès-verbal, mai 1988, p. 4).

L'adoption en département de la démarche de Carpenito est donc relativement récente et comme nous venons de le décrire, des habitudes et des affinités pour d'autres approches restent présentes. Or, selon Collette et Déglise (1982), le changement est exigeant et son processus peut être long.

Du côté des étudiantes, plusieurs signalent des différences dans l'enseignement de la démarche clinique. Au cours d'entretiens informels, des étudiantes de deuxième année, de troisième année et des nouvelles diplômées remarquent que les enseignantes du C.A.T. ne partageaient pas toujours une vision commune de la démarche, ce qui signifie qu'à chaque session, il leur faut reprendre la théorie sur la planification écrite. Les exigences concernant la rédaction des collectes de données et des plans de soins semblaient aussi différer d'une enseignante à l'autre, ce qui entraîne de la confusion et une certaine animosité chez les étudiantes.

Les nouvelles diplômées déplorent aussi le fait que leur formation ne les ait pas habituées aux exigences de la réalité clinique¹. Une fois diplômée, elles se sont retrouvées responsables de plusieurs clients à la fois alors qu'elles n'avaient pas appris à utiliser les instruments de la démarche avec un nombre aussi élevé de clients. De plus, elles ne recevaient plus le soutien et l'encadrement pour appliquer la démarche de soins.

Il faut dire que ces difficultés ne sont pas propres aux enseignantes du C.A.T. Des enseignantes du Cégep de Trois-Rivières qui ont participé à l'expérimentation du programme en soins infirmiers entre 1982 et 1987 ont aussi relevé les difficultés que causait l'enseignement de la démarche de soins. Réunies à Montréal au Cégep de Maisonneuve avec des collègues d'autres collèges en mai 1989, elles ont affirmé qu'elles avaient dû se réunir pendant plusieurs heures pour en arriver à avoir une vision commune de la démarche, afin d'assurer une meilleure continuité dans leur enseignement. Une enseignante d'un autre cégep disait à cette même réunion que nos exigences envers les étudiantes lors des stages cliniques étaient une véritable aberration. Cette infirmière est retournée travailler sur des unités de soins et elle a aussi constaté le manque de temps pour appliquer la démarche de soins telle qu'enseignée dans les cégeps.

Lors d'une session de formation qui se tenait au Cégep de Sainte-Foy en 1985 et qui portait sur le diagnostic infirmier, Lambert insistait sur le fait que les enseignantes en soins infirmiers se devaient d'être réalistes et pratiques dans leur enseignement de la démarche de soins. Ne demandons pas aux étudiantes de faire ce que nous ne pourrions faire, disait-elle, au sujet de la rédaction trop laborieuse des plans de soins, exigée par certaines enseignantes et dont l'élaboration demande parfois beaucoup de temps. Elle posait alors la question qui suit: «Pourquoi les étudiantes ne se servent plus de cette feuille de papier (plan de soins) lorsqu'elles ont quitté votre tutelle?»²

Plus tard, en décembre 1988, dans le cadre d'une activité de perfectionnement des enseignantes du C.A.T. qui portait sur les stratégies d'enseignement, elle met encore les enseignantes en garde contre le danger de confondre instrument de travail et instrument d'apprentissage. Ainsi au sujet du journal de bord comme instrument d'apprentissage, elle dira qu'il faut éviter d'en faire le «pensum qu'est devenue la planification des soins».

¹ Il importe de souligner ici, que le contexte de ces observations se situe dans l'ancien programme, alors qu'il n'y avait pas de laboratoires cliniques d'intégration comme il se fait présentement. Une évaluation serait à faire afin de vérifier si la situation mentionnée ici demeure toujours avec le nouveau programme.

² À ce sujet, cinq cassettes vidéo ont été produites lors de cette session d'information. Lambert, C. *Session d'information sur le diagnostic infirmier*, Cégep de Ste-Foy, juin 1985.

1.4 Contexte législatif de la démarche clinique de l'infirmière

L'enseignement de la démarche clinique au C.A.T. n'est pas une exigence propre aux enseignantes de soins infirmiers. La démarche clinique fait partie du programme provincial collégial lequel découle des articles 36 et 37 de la loi 273 qui définit l'acte infirmier. La démarche clinique relève plus particulièrement de l'article 36.

«Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale» (LRQ, 1977, section VII).

La Direction générale de l'enseignement collégial (D.G.E.C.) s'appuie sur l'article 36 pour préciser un des buts du programme d'études destiné aux étudiantes qui reçoivent une formation en soins infirmiers au collégial. Et de ce fait, il est noté que:

«Le programme doit rendre l'élève capable d'exécuter la démarche employée dans le domaine infirmier en regard de la prévention, du traitement et de la réadaptation. (Planifier, appliquer, évaluer les soins)» (Cahiers de l'enseignement collégial, 1986 et 1987, p. 1-120).

L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec précise dans son document sur la philosophie de l'éducation que l'on doit, dans l'enseignement aux infirmières, utiliser des approches contribuant au développement de comportements scientifiques tels le jugement critique, l'analyse, l'esprit de synthèse, etc, en fait des approches qui vont «favoriser la méthodologie scientifique pour résoudre les problèmes du nursing» (O.I.I.Q., 1976, p. 7).

La démarche de soins figure parmi les normes et critères de compétence de l'O.I.I.Q. Lors de l'inspection professionnelle dans les milieux cliniques de la province de Québec, les infirmières mandatées par l'Ordre s'attendent à retrouver les différents documents écrits (collecte de données et plans de soins) que demande l'application écrite de cette démarche. Nous retrouvons à l'annexe I les normes de compétence de l'infirmière pour les soins de courte durée qui correspondent aux étapes de la démarche clinique enseignées dans les cégeps.

1.5 Quand règlements et lois devancent la pratique

Même si la démarche clinique est contenue dans un article de loi, même si elle est exigée par l'O.I.I.Q. et même si elle fait partie de la formation en soins infirmiers depuis 20 ans, elle n'est pas encore appliquée au C.H.R.N., principal lieu de stage des étudiantes du C.A.T. Il est cependant important de souligner que nous constatons ce fait dans plusieurs centres hospitaliers du Québec.

Collerette et Délisle (1982) affirment qu'il n'est pas facile de motiver un groupe de travailleurs à changer ses habitudes de travail surtout si ce changement amène une augmentation de la tâche et si les ressources pour effectuer ce changement ne sont pas suffisantes. Or la démarche de soins exige des infirmières un surplus d'écrits (collecte de données et plans de soins) et demande des ressources additionnelles tant matérielles qu'humaines.

Plusieurs auteures en soins infirmiers dont Alfaro (1990), Carpenito (1987), Gordon (1982), Bizier (1987) et bien d'autres encore, soutiennent que la démarche fait économiser du temps aux infirmières; mais plusieurs infirmières affirmeront le contraire. Les nouvelles notions concernant le diagnostic infirmier, le jugement clinique et la multiplicité des cadres conceptuels feront dire à plusieurs qu'on assiste à un véritable phénomène de tour de Babel concernant les soins infirmiers. Les théoriciennes et les praticiennes ont du mal à se rejoindre quant à la philosophie des soins. Les unes se concentrent sur des approches scientifiques en soins infirmiers et les autres sur l'aspect pratique des soins. Les lois et les exigences professionnelles en soins infirmiers proviennent de gens qui ont la responsabilité de protéger le public et d'aider les infirmières dans leur tâche; ces personnes ne sont pas en situation de pratique infirmière auprès des clients. Cela étant dit, les enseignantes en soins infirmiers enseignent-elles de façon réaliste l'application de la démarche en milieu clinique? L'écart entre la théorie et la pratique est-il trop grand? Voilà une question qu'il faudrait se poser pour comprendre pourquoi la planification écrite qui découle de la démarche de soins ne fait pas partie des moeurs du centre hospitalier, principal milieu de stage du C.A.T. Avant de préciser notre objectif de recherche, nous examinerons dans le chapitre suivant les écrits sur la démarche de soins qui peuvent nous renseigner sur les écarts entre la pratique et la théorie.

Chapitre 2 Recension des écrits et question de recherche

Ce chapitre comprend cinq sections soit l'évolution du concept de la démarche clinique dans la profession infirmière, les critiques vis-à-vis de l'utilisation de la démarche clinique, les rapports entre la démarche et l'utilisation d'un modèle conceptuel, la question de recherche et l'objectif de la recherche.

2.1 Démarche clinique dans la profession infirmière: évolution du concept

L'expression «démarche de soins» traduit l'expression *nursing process*. En 1955, Lydia Hall affirma : «Nursing is a process»(cité dans Yura et Walsh 1978, p. 23) . Au début des années soixante, Orlando (1961) fut l'une des premières auteures à utiliser l'expression démarche de soins. Pour elle, les soins infirmiers ne devaient pas se limiter à des techniques; elle affirmait plutôt que les activités de l' infirmière devaient avoir comme premier objet la relation entre l'infirmière et son client. Elle identifia 3 composantes d'une situation de soins soit, le comportement du client, la réaction de l'infirmière et les actions de soins identifiées pour le bien-être du client. Une attention particulière est portée aux aspects physiques et sociaux des soins. L'interaction entre ces 3 composantes est définie comme étant la démarche de soins.

Plus tard en 1966, Lois Knowles (cité dans Yura et Walsh ,1978, p.24) présente la description d'un modèle d'activités de l'infirmière qui suggère une approche systématique. Elle dit alors que le succès de l'infirmière comme praticienne dépend d'une démarche qui était qualifiée des cinq «D».

- «Discover», obtenir des informations qui nous renseignent sur une situation donnée.
- «Delve», consulter le plus de sources possibles incluant le client en vue d'obtenir toutes les informations nécessaires pour la dispensation de ses soins.
- «Decide», décider d'un plan d'action pour prodiguer les soins au client.
- «Do», exécuter le plan qui a été développé.
- «Discriminate», établir les priorités en différenciant les réactions du client, ses problèmes et ses besoins.

En 1967, une équipe de la faculté de sciences infirmières de l'Université catholique d'Amérique (cité dans Yura et Walsh 1978) identifie quatre étapes pour qualifier ce processus:

- l'évaluation initiale (assesment)
- la planification (planning)
- l'intervention (intervention)
- l'évaluation (évaluation)

Yura et Walsh, qui en 1967, publient un premier volume sur la démarche de soins qui reprend les travaux du groupe de l'Université catholique d'Amérique. Elles affirment que la démarche est le moyen privilégié par lequel les buts des soins infirmiers sont atteints. Pour leur part, un comité des états américains de l'ouest définissent la démarche de la façon suivante :

«That which goes on between a patient and nurse in a given setting; it incorporates the behavior of patient and nurse and the resulting interaction. The steps in the process are: perception, communication, interpretation, intervention and evaluation» (1978, p. 24 et 25).

Toutefois, même si des écrits sur la démarche de soins se multiplient dans les années cinquante et soixante, il n'en demeure pas moins que cette notion s'introduit plus lentement dans les moeurs des infirmières. Le concept de la démarche de soins sera aussi associé à celui de la résolution de problème. La notion de «problem-solving» dans la documentation des soins infirmiers date d'une trentaine d'années. En 1967, Abdellah, Béland et Martin décrivent la fonction de l'infirmière comme en étant une de responsabilité: l'infirmière doit identifier des problèmes de soins et prendre des décisions pour résoudre ces problèmes. Ces auteures disent aussi qu'il faut développer chez l'étudiante sa capacité de prendre des décisions sur une base rationnelle.

Pour Lindeman (1989), la pratique des soins infirmiers représente une séquence d'actions planifiées pour répondre à des besoins particuliers du patient: «Practice is a deliberately planned sequence of actions carried out by highly skilled individuals in response to particularized needs of clients» (p.23).

Henderson (1982), décrit la démarche de soins en termes de processus, mais d'un processus qui s'applique lorsque l'intervention est de nature à résoudre un problème: «An analytical process that should be used by all health care providers when their intervention or the help they offer is of a problem-solving nature» (p. 103). Toutefois, rappelons que pour Henderson, toutes les interventions des infirmières ne sont pas nécessairement reliées à des problèmes.

Pour Gordon (1982) , la démarche de soins est aussi un processus d'identification et de résolution de problème. Elle ajoute à ceci: «It is the basis for a helping relationship characterized by knowledge, reason and caring» (p.235).

Alfaro (1990) met aussi l'accent sur l'aspect systématique de la démarche. De plus, elle intègre la notion de diagnostic infirmier et ajoute donc une cinquième étape à la démarche proposée par Yura et Walsh.

«The nursing process is an organized, systematic method of giving individualized nursing care that focuses upon identifying and treating unique responses of individuals or groupes to actual or potential alterations in health. It consists of five steps -assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation- during which the nurse performs, deliberate activities to achieve the ultimate goals of nursing» (p. 3).

La figure 1 présente la démarche clinique selon l'approche d'Alfaro.

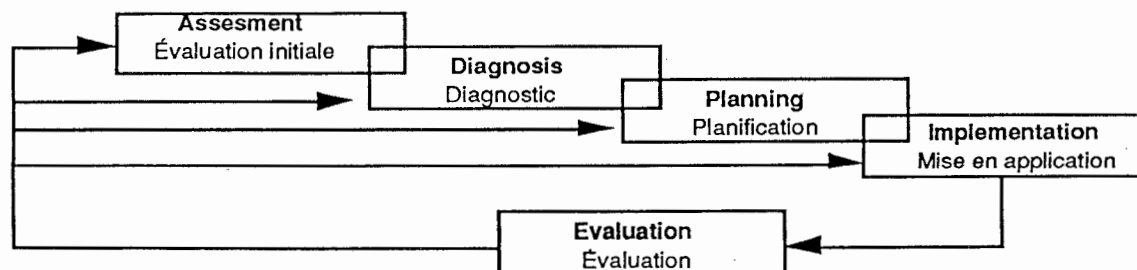


Figure 1: Démarche clinique selon Alfaro
Source: Alfaro R., 1990, p. 9.

Il est important de souligner que Carpenito utilise les mêmes schémas dans ses ouvrages sur le diagnostic infirmier. Pour la version française des différentes composantes de la démarche, nous nous sommes inspirées de la traduction proposée dans *Diagnostics infirmiers et interventions* (1991) et d'un texte de Lamarche (1985).

À noter que les flèches du schéma reflètent le caractère cyclique et non linéaire de la démarche. L'explication de cette démarche d'Alfaro rejoint celle décrite par Aspinall et Tanner (1981). Ainsi, après avoir recueilli les données auprès du client par un questionnaire lors d'une entrevue, par l'examen physique infirmier, par l'observation des signes et symptômes, par l'étude du dossier, l'infirmière fait une première évaluation de son état de santé (d'où l'expression «évaluation initiale» pour nommer la première partie de la démarche).

Dans le cas où les données seraient insuffisantes pour émettre des hypothèses, l'infirmière doit revenir à la collecte de données. Une fois les données recueillies, elle pose un diagnostic infirmier, c'est-à-dire qu'elle identifie les problèmes de santé, réels ou potentiels (à risque) qu'elle est capable légitimement de traiter étant donné sa formation et son expérience. Si son analyse l'amène à ne trouver aucun problème, sa démarche s'arrête là. Par contre, si son analyse l'a amenée à identifier des problèmes précis, elle doit alors élaborer des objectifs que le client devrait pouvoir atteindre en fonction de son ou ses problème(s) de santé et en tenant compte des priorités déterminées. Elle devra aussi planifier des interventions appropriées, intervenir adéquatement et enfin, évaluer la réponse du client aux objectifs élaborés.

Cette évaluation est continue, c'est-à-dire que l'infirmière doit vérifier constamment la progression dans l'atteinte des objectifs. S'ils ne sont pas en voie d'être atteints, elle doit voir les autres possibilités, vérifier les interventions et analyser le réalisme des objectifs. Les diagnostics infirmiers, les objectifs, les interventions et l'évaluation constituent les éléments du plan de soins. Il est donc important selon Alfaro de voir la démarche de soins comme un tout, un processus, et non comme une série d'étapes même si effectivement elle comprend des étapes.

Au Québec, dans les milieux francophones, la «démarche de soins» est introduite vers la fin des années soixante lorsqu'a lieu le transfert de la formation infirmière des hôpitaux aux collèges et aux universités. Dans les années soixante-dix toutefois, c'est souvent en termes d'étapes, plutôt que de processus, que la démarche est abordée et c'est ce qui fait dire à Lefebvre et Dupuis (1993):

«La résolution de problème en soins infirmiers s'est longtemps appuyée sur une vision analytique et compartimentée de chacune des étapes de la démarche de soins. Cela a eu pour effet d'isoler ces étapes les unes des autres et de reléguer au second plan la manière dont elles s'articulent entre elles» (p. 1).

Dans les cégeps, le renouvellement du programme d'études en soins infirmiers au début des années quatre-vingt, entraîne un débat qui resitue la démarche en termes de processus continu.

Le dictionnaire Lexis (1975) décrit un processus comme étant «un ensemble de phénomènes consécutifs conçus comme formant une chaîne causale progressive» (p.1428).

Pour Carpenito (1987), de même que pour Aspinall et Tanner (1981), ce processus suggère une dynamique, une évolution continue, des étapes orientées vers des buts de restauration et de promotion des niveaux optima de santé pour les individus, les groupes et les communautés. La séquence des étapes décrite dans la démarche de soins reflète quant à elle l'utilisation systématique des méthodes de résolution de problème dans la pratique clinique.

Pour Gordon (1982), la démarche de soins comporte deux phases, chacune ayant des composantes distinctes:

1- *Phase d'identification du problème*, utilisant le processus du diagnostic infirmier (nous reviendrons sur ce terme ultérieurement):

- collecte de données,
- jugement diagnostique,
- identification du diagnostic en termes de problème réel ou potentiel (risque).

2- *Phase de résolution du problème* utilisant le processus de résolution de problème:

- objectifs,
- planification des interventions,
- interventions,
- évaluation.

Nous décrivons ici principalement la première phase de la démarche parce que c'est dans cette phase qu'on y retrouve la notion de diagnostic infirmier. Les éléments de la phase 2 sont tout aussi importants mais ils font davantage consensus chez les infirmières des milieux cliniques et d'enseignement.

Dans la première partie de la démarche, l'infirmière est appelée à poser un jugement diagnostique. Pour ce faire, elle doit tenir compte de la situation du client certes mais aussi de ses connaissances personnelles, de sa formation, de son expérience professionnelle, de ses valeurs, de ses croyances et des normes de soins. À cet effet, Gordon (1982) écrit: «The way problem-identification and problem-solving are carried out depends on a nurse's values and beliefs about human nature and helping» (p.235).

Le diagnostic infirmier comme élément de la démarche clinique a été abordé formellement dans les années 1970. Marjory Gordon fait partie des personnes qui ont fait évoluer le développement de ce concept. Étant donné le débat qu'a suscité et suscite encore le diagnostic infirmier, nous souhaitons apporter plus d'attention à cet aspect de la démarche de soins. Mais auparavant nous vous présentons à la figure 2 un schéma qui situe le diagnostic dans l'ensemble de la démarche.

Le diagnostic infirmier représente la *dimension spécifique* aux soins infirmiers dans la méthode de résolution de problème. Certains se demanderont s'il est légalement justifié. Gordon rappelle que l'action de diagnostiquer est une activité professionnelle influencée par la situation dans laquelle le professionnel pratique. Ainsi, les diagnostics sont en rapport avec le domaine propre à chaque champ professionnel. Tout comme le médecin qui pose des diagnostics médicaux, les infirmières posent des diagnostics infirmiers et les enseignantes des diagnostics pédagogiques, pour ne nommer que ceux-là. Nous ne retiendrons pour les fins de ce travail que les deux premiers types de diagnostics. En quoi diffèrent-ils l'un de l'autre?

D'abord, voyons la définition du mot diagnostic. Le Lexis (1975) nous informe que c'est «l'identification d'une maladie d'après ses symptômes» (p.520). Cette définition correspond à celle du diagnostic médical qui est fort bien connu. Selon Gordon, pour diagnostiquer, le médecin se sert d'un questionnaire, d'une entrevue, des résultats de l'examen physique du client et des examens de tous genres (laboratoire, rayons-X, etc.). Il examine le fonctionnement biologique, morphologique, physiologique, cellulaire de l'individu. Il tient compte, entre autres de la désintégration des structures corporelles, des déficiences anatomiques, des changements micro-organiques, des aberrations génétiques. Il traite le problème, soit en prescrivant une médication qui agira directement sur les cellules lésées, soit par de la chirurgie ou par tout autre moyen qu'il aura jugé pertinent. Les diagnostics médicaux sont standardisés internationalement par l'O.M.S. Avec le diagnostic médical, le médecin peut décider des interventions requises. Il en est de même pour le

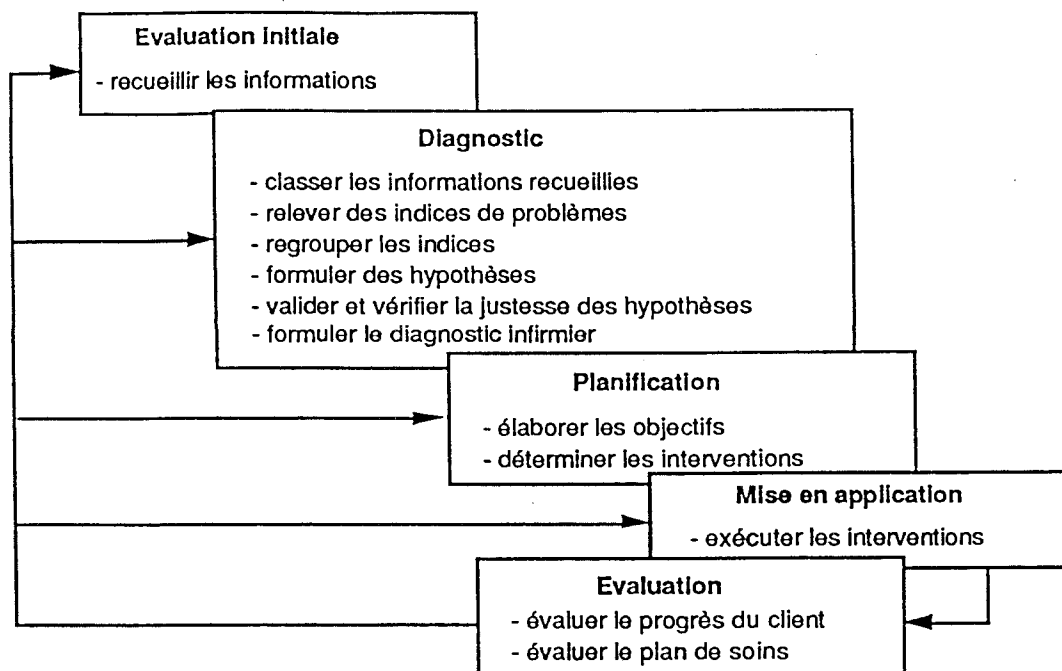


Figure 2: Démarche clinique de l'infirmière incluant le processus de diagnostic infirmier
Source: Alfaro R, 1990, p.9 et Bizier N, 1992, p.66.

diagnostic infirmier qui, selon Lambert (1985), aide l'infirmière à reconnaître les éléments sur lesquels elle doit agir.

Le Lexis (1975) définit aussi le mot diagnostic comme «un jugement porté sur une situation, sur un état, après en avoir dégagé les traits essentiels». Voilà pourquoi d'autres professionnels peuvent s'approprier le terme. En soins infirmiers, nous avons montré précisément la démarche à suivre pour en arriver à diagnostiquer (voir figure 2), c'est-à-dire pour en arriver à poser un jugement et à énoncer le problème réel ou potentiel du client. C'est ainsi que l'infirmière devient capable de traiter au moyen d'interventions autonomes qui ne demandent pas d'ordonnances médicales. Après avoir recueilli des informations auprès du client et les avoir analysées, l'infirmière peut donc élaborer des diagnostics infirmiers comme celui de *constipation liée à une diminution de l'activité physique et manifestée par un abdomen dur et l'absence de selles depuis quatre jours*. À la suite d'un diagnostic infirmier de ce type, l'infirmière, de façon autonome, élaborera un ou des objectifs et planifiera des interventions afin que le client puisse être soulagé de sa constipation. Puis, elle devra évaluer les réponses du client à cet objectif et à ces interventions.

Depuis 1973, des infirmières participent à la classification des diagnostics infirmiers. Ce regroupement est l'Association nord-américaine du diagnostic infirmier (ANADI). Jusqu'à récemment l'approche utilisée est plutôt inductive. Des infirmières d'expériences différentes, collaborent pour identifier et décrire les problèmes de santé que l'infirmière doit diagnostiquer et traiter. Des études cliniques contribuent à la validation. La liste de diagnostics infirmiers comporte maintenant 109 catégories distinctes de diagnostics infirmiers. Au Québec, un autre groupe d'infirmières a

également élaboré une catégorisation de diagnostics infirmiers; il s'agit du groupe formé par Grondin, Lussier, Phaneuf et Riopelle (1990).

Jones et Jacob (1982) de l'Université de Toronto avaient également développé un projet pour l'identification de diagnostics infirmiers. L'ANADI a adopté en 1980 une taxonomie pour catégoriser les diagnostics infirmiers. Toutefois, les fonctions de santé développées par Gordon sont davantage utilisées par des auteures qui écrivent des manuels pour l'utilisation du diagnostic infirmier (Carpenito 1987, Alfaro 1990).

Il importe de faire la distinction entre *l'acte de diagnostiquer* et le *diagnostic* en tant que catégorie (Gordon). L'acte de diagnostiquer exige un processus mental. Quant au diagnostic, c'est, selon Lambert (1985) «le mot ou les mots qui cernent les résultats de ton analyse, ce sont des mots pour nommer ton interprétation» (p.17).

Le diagnostic infirmier est donc à la fois un processus (l'acte de diagnostiquer) et un énoncé qui traduit le jugement de l'infirmière en regard des réactions d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité à un problème de santé ou à un processus de vie.

Le programme québécois pour la formation infirmière au collégial (figure 3) fait cette distinction. Cinq fils conducteurs sous-tendent l'organisation de ce programme d'études. Les 4 premiers dont la démarche de soins incluant celui qui se rapporte au diagnostic infirmier, la communication, l'engagement professionnel et l'actualisation de soi sont considérés comme des processus. Le cinquième fil conducteur renvoie, entre autres aux concepts qui traduisent les énoncés de diagnostics infirmiers.

La douleur aiguë, la peur, la constipation sont des exemples d'énoncés de catégories de diagnostics provenant de la classification de l'ANADI. Selon Alfaro (1990), les diagnostics s'étudient en fonction de leur définition, de leur étiologie, des facteurs favorisants¹ et des caractéristiques déterminantes. Ces caractéristiques déterminantes constituent les signes et les symptômes de la personne présentant un problème de santé spécifique. On constate donc que le processus du diagnostic infirmier est différent de la classification des diagnostics parce qu'il étudie la façon pour en arriver à diagnostiquer la peur, la constipation et la douleur.

¹ L'étiologie et les facteurs favorisants sont les facteurs physiologiques, situationnels et liés au développement, qui ont pu créer le problème de santé ou qui influent sur son évolution.

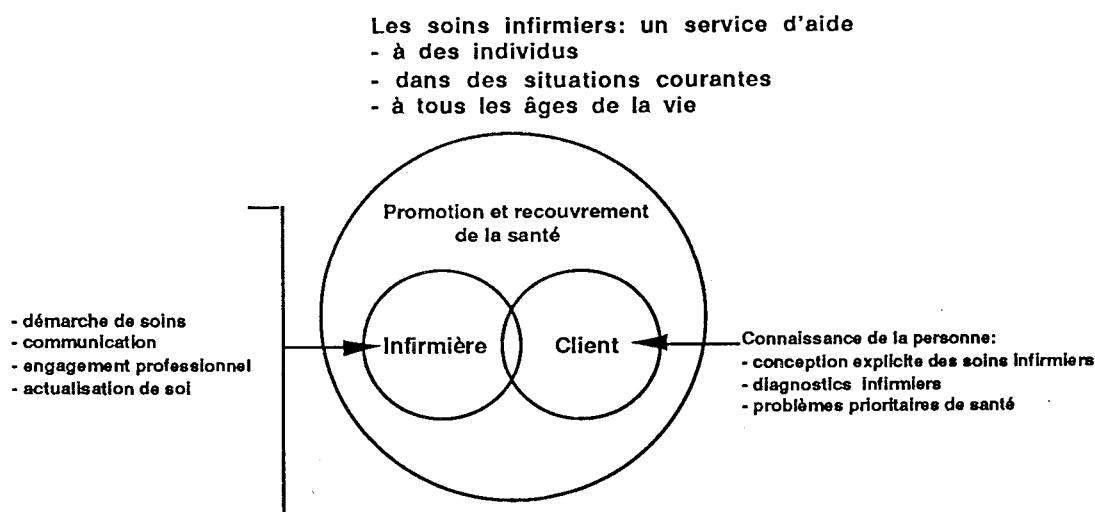


Figure 3: Cadre théorique pour l'organisation du contenu du programme Soins infirmiers.
 Source: Service des programmes D.G.E.C., Document d'accompagnement du programme Soins infirmiers 180-01, 1987, p. 29.

Ce qu'il faut se rappeler, c'est que l'activité de diagnostiquer nous renvoie à un processus qui fait appel à nos capacités de jugement et de discrimination. Tous les professionnels de la santé suivent le même processus pour déterminer les besoins du client. Comme le souligne Gordon, c'est le mandat social de chacun qui fait la différence. Les mêmes processus cognitifs sont appliqués mais leur application diffère. Selon Lamarche (1985) le diagnostic infirmier a le mérite de:

«diminuer l'ambiguïté du rôle de l'infirmière et de clarifier le champ de connaissances et de pratiques de sa profession. Il permet de se faire comprendre et reconnaître comme membre d'une profession à part entière par les autres professionnels de la santé» (p.27).

2.2 Critiques vis-à-vis de l'utilisation de la démarche clinique

Comme les soins infirmiers sont de plus en plus complexes, que les problèmes des clients sont multiples, il importe, selon Zimmerman et Gohrke (1973), d'individualiser les soins et de bien les planifier. Pour cela, une approche systématique, scientifiquement fondée, s'avère essentielle. Selon ces auteures, cette méthode permet de connaître plutôt que de supposer l'impact des actes infirmiers sur le bien-être du client. Francis (1967) note que cette méthode doit s'apprendre, c'est une opération consciente et non innée. Cependant, Henderson (1982), Benner et Tanner (1987), McHugh (1987) et Rew (1987) affirment que l'intuition constitue un élément important de la prise de décision concernant les soins infirmiers.

Si la majorité des auteures s'entendent pour dire que la démarche de soins est un processus nécessaire à l'application des soins, bon nombre s'interrogent sur le fait que l'enseignement de la démarche dans les milieux de formation infirmière n'a pas donné les effets escomptés. Lors d'une conférence nationale sur la formation infirmière tenue en 1980, Ginette Rodgers, alors directrice des

soins infirmiers de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, déplorait le fait que l'infirmière utilisait peu l'enseignement reçu durant sa formation, pour appliquer la démarche.

«L'approche conceptuelle qui domine actuellement en nursing a préparé l'infirmière à une meilleure compréhension des situations. Toutefois, après plus de dix ans, cette approche ne semble pas avoir permis à l'infirmière d'utiliser la démarche de soins pour planifier, initier, faire et organiser ses activités dans des situations spécifiques à un malade.» (A.I.I.C., 1980, p. 42)

Depuis 1975, plusieurs écrits concernant les difficultés reliées à l'enseignement de la démarche ont été publiés. Ainsi, il semble que les infirmières terminent leur formation professionnelle avec une insuffisance d'habiletés en résolution de problème (Clark, 1977, Riopelle, 1978). D'autres auteures (Demers, 1978; Fortier Havelka, 1984; Simms et Lindberg, 1978; Stepp-Gilbert et Wong, 1985 et le groupe Services-Formation, 1983) relèvent la difficulté de mettre en pratique les notions reçues lors de l'enseignement de la démarche de résolution de problème. Plusieurs d'entre elles soulèvent la rigidité avec laquelle les enseignantes enseignent cette démarche. Selon elles, les nouvelles infirmières ont tendance à reprendre constamment les mêmes étapes de la même manière et dans le même ordre. Elles ne s'éloignent pas des solutions standards de soins et démontrent peu de créativité dans la recherche de solutions. La théorie est donc appliquée de façon stéréotypée, ce qui va à l'encontre de l'individualisation des soins, qui demeure un des objectifs de la formation infirmière.

Demers (1978) note que le transfert de la théorie à la pratique s'avère difficile pour les infirmières qui arrivent sur le marché du travail. L'enquête de Fortier Havelka menée à l'automne 1983 auprès de toutes les infirmières inscrites au tableau de l'O.I.I.Q. depuis 1981 (diplômées de 3 ans et moins), révèle que ces dernières éprouvent de la difficulté à appliquer les étapes de la démarche de résolution de problème et souligne aussi le manque de sécurité de ces jeunes infirmières à modifier les étapes lorsque cela s'avère nécessaire.

En 1979, suite à une étude menée dans la région métropolitaine auprès de 15 enseignantes en techniques infirmières et de cent trois étudiantes de niveau collégial, Rondeau avait noté que 20% des enseignantes (c'est-à-dire 3 sur 15) ne considéraient pas comme essentiels deux éléments de base de la démarche soit la collecte de données et le plan de soins. Elle s'interroge alors sur les valeurs que ces enseignantes peuvent transmettre à leurs étudiantes. Elle s'inquiète aussi du fait que certaines enseignantes laissent les étudiantes faire de volumineux plans de soins à la maison ou à la bibliothèque. La réalité des milieux cliniques est tout autre. Il est à noter que cette recherche n'a porté que sur les deux premières étapes de la démarche.

Pour sa part Kramer (1969) souligne dans une étude faite aux États-Unis que les nouvelles diplômées sont rapidement absorbées par le système hospitalier qui prône des valeurs différentes et ainsi elles perdent de vue la notion de soins individualisés.

Depuis quelques années, nous assistons à une remise en question de notre façon de *voir*, de *comprendre* et d'*utiliser* la démarche. Henderson (1982) s'interroge sur la façon dont les étudiantes infirmières apprennent les notions de la démarche. Leur enseigne-t-on, demande-t-elle, que la démarche de soins est le seul véhicule pour aborder les soins ou leur enseigne-t-on que c'en est un parmi d'autres? Elle souligne l'importance de rendre la démarche flexible. Elle se demande également si l'infirmière, en suivant méthodiquement les étapes de la démarche de soins, n'en vient pas à perdre l'aspect intuitif des soins, qui, selon elle, est primordial. Elle soutient aussi que les infirmières ont besoin de l'expertise de leurs collègues. Si les étudiantes apprennent que les étapes de la démarche constituent la ou l'unique façon de prodiguer les soins, il est possible qu'elles ne puissent pas agir adéquatement dans des situations d'urgence où l'opinion d'experts est alors essentielle. Henderson déplore que l'accent ait été mis sur l'aspect scientifique de la démarche aux dépens de l'aspect humaniste des soins qui nous renvoie à l'art de soigner.

«While the nursing process recognizes the purpose of the problem-solving aspects of the nurse's work, a habit of inquiry and the use of investigative techniques in developing the scientific basis for nursing, it ignores the subjective or intuitive aspect of nursing and the role of experience, logic and expert opinion as bases for nursing practice. In stressing a dominant and independent function for the nurse, it fails to stress the value of collaboration of health professionals and particularly the importance of developing the self-reliance of clients» (p.109).

McHugh (1987) déplore aussi les aspects rigides de la démarche.

«Why is a profession as complex as nursing, involving so many human variables, content to rely on the nursing process? It's too inflexible to be the only method that nurses can legitimately use when caring for patients» (p. 51).

Henderson (1982), Benner, Tanner (1987) McHugh (1987) et Rew (1987) la plupart professeures d'universités, affirment que l'enseignement s'est déjà assez éloigné de la pratique. Deux d'entre elles, Benner et Tanner, ont procédé en 1987 à une recherche sur l'utilisation de l'intuition par des infirmières d'expérience. Pour ces chercheuses, l'intuition joue un rôle important dans le recueil et l'interprétation des données chez un client:

«Continuing a slavish use of prescribed assessment tools, however, actually can limit the development of more flexible ways to collect and interpret patient information. If a checklist mentality develops instead of active inquiry, the nurse may not advance beyond a competent level of performance» (p. 30).

McHugh (1987) déplore aussi la façon dont certains hôpitaux informatisent les données de la démarche de soins. Selon elle, ce n'est plus l'infirmière qui pense mais l'ordinateur. Elle se demande aussi si l'écriture exigée par la démarche n'éloigne pas l'infirmière du chevet du client. Elle considère

enfin que l'élaboration des diagnostics infirmiers peut mener à des erreurs d'interprétation si l'infirmière ne dispose pas d'assez de temps pour les élaborer.

«The formal language particularly that uses for nursing diagnoses has even more serious pitfalls. Focussing on a patient's nursing diagnostic could lead to dangerous tunnel vision» (p. 50).

Au Québec, Gravelle-Farmer (1987) a démontré en se servant du test de Torrance (1963) que les enseignantes en soins infirmiers n'utilisaient pas assez de créativité dans l'enseignement de la démarche. Au Québec encore, un sondage interne mené par le C.H.R.N. en 1987 et portant sur l'application de la démarche de soins a démontré que les infirmières utilisent les éléments écrits de la démarche de soins dans une proportion de 2%. Les principaux constats de ce sondage sont à l'effet que la très grande majorité des répondantes:

- 1) était d'accord avec le fait que la démarche était très logique en soi et permettait la planification de soins de qualité,
- 2) estimait que la collecte écrite des données est essentielle à l'élaboration du plan de soins,
- 3) croyait que si elles ne faisaient que leur tâche, il y aurait possibilité d'augmenter le temps alloué à la démarche,
- 4) déplorait le manque de personnes ressources et de soutien au C.H.R.N.

Le tiers des répondantes disaient manquer de connaissances sur le diagnostic infirmier¹. Beaucoup trouvaient que les plans de soins écrits augmentaient la quantité d'écriture que l'infirmière devait faire dans une journée et elles se demandaient bien quand et où trouver le temps nécessaire pour cette tâche supplémentaire. De plus elles disent ne pas avoir un lieu propice à cet exercice. Le questionnaire n'a pas fait ressortir l'intérêt et la motivation des infirmières à appliquer la démarche. Cependant, quelques interrogations des répondantes retiennent l'attention telles: dans le système de soins actuel au C.H.R.N., la démarche de soins écrite n'est-elle pas une utopie? Une démarche de soins écrite fait-elle une meilleure infirmière en dépit du fait que «l'O.I.I.Q. l'exige»?

Des infirmières et des étudiantes infirmières ont aussi émis des commentaires sur la démarche de soins lors d'une étude menée par Boulanger-Bélisle lors de la révision du programme de techniques infirmières en 1981. L'auteure de cette recherche a recueilli les faits suivants: les étudiantes comparent ce qui est dit et démontré au cégep avec ce qui est fait à l'hôpital. Leurs commentaires indiquent qu'elles considèrent les objectifs des laboratoires cliniques loin de la réalité du milieu de travail, que ce soit au niveau de la démarche de soins, des techniques de soins ou autres. Dans une autre enquête (1985) auprès d'infirmières praticiennes ayant reçu leur formation au C.A.T, l'auteure note qu'elles auraient aimé que leurs cours correspondent davantage à la réalité

¹A noter qu'à l'automne 1992, il y eut à nouveau au C.H.R.N. des séances d'information sur le diagnostic infirmier

du milieu de travail. Elles considéraient les démarches d'apprentissage valables mais peu adéquates.¹

Depuis quelques années, des auteures en soins infirmiers demandent que le milieu de l'éducation se rapproche du milieu clinique. Dans un récent article, Lindeman (1989) rapporte les propos de Tanner qu'elle prononçait lors d'une conférence: «We have much to learn from practice and from experts in practice» (p.27). Schon (1987) définit la pratique infirmière en notant qu'elle est: «an instrumental problem-solving and technical rationality» (p.39).

Tanner s'interroge sur l'enseignement de la démarche de soins. Quand elle a commencé comme éducatrice au début des années soixante-dix, elle enseignait la démarche de soins avec assez de rigueur selon ses propos. Puis elle constata que son enseignement devait se rattacher davantage à la réalité. À ce sujet, elle dit:

«I gradually became aware of the fact that while some students could write elegant care plans, these same students lacked flexibility to respond to rapidly changing practice situations, or the practical know-how to truly do the interventions. What I was most keenly aware of was that these students had no sense of salience regarding assessment data. They would collect it, and this practice seemed to get no better with time. Moreover, they seem to have no ability to extract any meaning from data» (cité dans Lindeman, 1989, p. 26).

Carpenito, infirmière consultante aux États-Unis et au Canada, ayant déjà oeuvré en clinique et en éducation, s'est penchée sur l'enseignement et l'application de la démarche. Pour elle, la tâche de l'infirmière comprend beaucoup trop d'écrits et on doit remédier à ce problème. Se basant sur les notions théoriques d'Alfaro, elle suggère l'utilisation de plans de soins préimprimés auxquels on ajoute les spécificités du client. Elle propose aussi des stratégies d'enseignement et d'application de la démarche qui lui semblent pratiques, ce qui intéresse de plus en plus les enseignantes de niveau collégial. Cependant, un certain nombre d'infirmières n'approuvent pas sa façon d'écrire les diagnostics infirmiers en y incluant les signes et symptômes. L'application de sa méthodologie en milieu hospitalier par l'utilisation de plans de soins préimprimés est intéressante, mais encore faut-il les élaborer. Ce travail n'est pas sans demander des ressources humaines et matérielles supplémentaires. Ce budget de fonctionnement n'est pas à la portée de tous les services en soins infirmiers des milieux cliniques. Ce type d'approche est toutefois contesté par celles qui croient que la standardisation de la planification des soins va à l'encontre de l'individualisation des soins.

La difficulté d'application de la démarche en milieux cliniques et l'écart entre le milieu de la formation et celui de la pratique ont aussi été soulevés par Fortier Havelka (1986). Elle en parle comme d'un fossé entre deux groupes parallèles.

¹ A noter que ces commentaires d'étudiantes ont été émis dans le cadre de l'ancien programme de techniques infirmières.

«D'une part, les collèges et les universités sont soucieux de former des infirmières capables de solutionner des problèmes de santé selon une méthode scientifique, d'appliquer un schème conceptuel de soins individualisés, de promouvoir la santé, de faciliter la réadaptation. D'autre part, la raison d'être des établissements de santé est plutôt de distribuer un service à la population tout en assurant le fonctionnement de leur organisation. Pour ce faire, ils cherchent à accueillir des infirmières qui soient davantage orientées vers les besoins curatifs du milieu hospitalier et qui connaissent mieux le fonctionnement des unités de soins ainsi que les routines reliées aux examens de diagnostic et aux traitements» (p.105).

Comme ces routines sont nombreuses et parfois complexes et étant donné que la nouvelle diplômée commence sa carrière en travaillant sur plusieurs unités de soins (équipe volante), elle doit donc intégrer rapidement ces routines pour être fonctionnelle et elle n'a pas le choix, car très tôt après son arrivée dans le milieu clinique, elle se verra attribuer un travail de soir ou de nuit où selon Fortier Havelka, il n'existe pas d'équipe de soins qui puisse lui offrir l'encadrement nécessaire à une intégration harmonieuse. Ainsi, malgré sa bonne volonté d'appliquer les notions reçues lors de sa formation, elle se voit dans l'obligation de délaissier la démarche de soins au profit des routines et des nombreuses exigences bureaucratiques des milieux cliniques.

Demers (1989), décrit la tâche des infirmières et sa difficulté d'appliquer la démarche de soins telle qu'apprise au cégep.

«Au cégep, on a appris à donner des soins globaux, à tenir compte de la réalité bio-psycho-sociale du client, à remplir de longs questionnaires pour élaborer des plans de soins complets. En trois ans, je n'ai pas eu le temps d'utiliser le questionnaire une seule fois» (p.52).

Les opinions et les remises en question des auteures sur la démarche clinique ainsi que les difficultés d'application de cette démarche présentées dans cette section confirment les éléments de la problématique qui est à l'origine de cette recherche.

2.3 Rapports entre la démarche clinique et l'utilisation d'un modèle conceptuel

Dans son travail, l'infirmière doit non seulement tenir compte de la démarche de soins mais aussi du modèle conceptuel choisi par l'établissement. Adam (1991) parle d'un modèle conceptuel en ces termes:

«Un modèle conceptuel pour une discipline professionnelle oriente la recherche, la pratique et la formation. Un tel schème de référence constitue une charpente conceptuelle sur laquelle les membres de la discipline peuvent construire; il sert de fondation sur laquelle peuvent se réaliser des développements d'ordre supérieur» (p.89).

Lambert (1989) établit les rapports entre le diagnostic infirmier et le modèle de la façon suivante. Un modèle, dit-elle, est:

«un instrument essentiel qui oriente le regard de l'infirmière et qui, par le biais des valeurs qui le sous-tendent, lui procure l'idéal et la vision qui guide ses interventions. Pour ce qui est des diagnostics infirmiers, ils représentent la délimitation du territoire propre à notre discipline» (p.40).

Selon Gordon (1982) un modèle représente un ensemble de concepts, un guide pour aider l'infirmière à mieux se représenter son client, à l'orienter vers les buts des soins infirmiers et les interventions. Il est utile pour orienter le diagnostic infirmier. « Nursing diagnosis cannot be done without a nursing model that provides clear guidelines for the collection of clinical information» (p.78).

Caissie (1985) affirme aussi que le fondement du diagnostic infirmier réside dans un modèle conceptuel.

«Sans un modèle conceptuel auquel le greffer, le diagnostic s'écarte de sa perspective. Si l'infirmière ne peut identifier distinctement l'essence de sa discipline, son diagnostic ne guidera que difficilement les soins de nature indépendante» (p.30).

Le modèle conceptuel oriente donc la pensée de l'infirmière. Il spécifie l'essence même des soins infirmiers. L'annexe II présente le but et le cadre de travail de 19 modèles conceptuels des soins infirmiers.

Au Québec, dans les années 80, parallèlement à l'intérêt manifesté pour les modèles conceptuels, l'utilisation de la démarche de soins entraîne graduellement une transformation de la pratique infirmière. C'est ainsi que la pratique infirmière se transforma. La notion de diagnostic faisait aussi son chemin. Ce qui faisait dire à Monique Chagnon:

«L'utilisation d'un cadre de référence expliquant le but du service aux bénéficiaires et l'application aux soins infirmiers d'une démarche de résolution de problème sont maintenant des expressions qui ont acquis leurs lettres de noblesse dans la profession»(citée dans Phaneuf, 1986, p.IX).

Il n'en demeure pas moins que l'articulation d'un modèle conceptuel avec l'utilisation de la démarche de soins n'est pas toujours très claire. Ainsi, il arrive qu'à l'occasion les expressions démarche et modèle sont considérées comme des synonymes. Pourtant, quand on lit attentivement les avant-propos et les contenus des ouvrages de Bizier (1987), de Phaneuf (1986) et de Gagnon (1981) nous constatons qu'elles parlent de démarche jumelée à un modèle ou de démarche qui doit reposer sur un modèle. Nulle part dans ces ouvrages il n'est écrit que démarche égale modèle conceptuel. Se pourrait-il que les propos de ces auteures aient été mal interprétés? Toutefois, quand

on lit dans Bizier l'expression «démarche selon Henderson», on peut comprendre que d'aucunes en viennent à penser que la démarche vient du modèle.¹ Bien que nous soyons redevables à bien des égards au travail acharné de ces auteures pour l'évolution de la pratique infirmière au Québec, nous pensons que cette expression a malheureusement été traduite de façon fautive par les lectrices de plusieurs milieux cliniques et d'enseignement comme étant la démarche de soins établie par Henderson, ce qui comme le démontre l'article qu'elle a écrit sur la démarche en 1982, est loin d'être le cas.

La révision du programme soins infirmiers au collégial a été pour un grand nombre de personnes l'occasion de faire la lumière sur la différence entre le modèle et la démarche. Les nombreux articles et livres portant sur ces sujets ont permis d'alimenter une réflexion et une discussion toujours présentes dans les milieux cliniques et les milieux d'enseignement. Cela ne signifie pas pour autant que toutes partagent la même vision de la conception du diagnostic infirmier, du modèle conceptuel et du caractère holistique de la démarche².

Adam (1991) remet en question le courant actuel en faveur des diagnostics infirmiers car selon elle, les diagnostics infirmiers sont mal utilisés. Elle écrit :

«La revendication de Carpenito (1986) voulant que les diagnostics infirmiers servent à définir la discipline infirmière, à cerner son domaine et à distinguer la profession infirmière de celle du médecin ne sera justifiée que lorsque les diagnostics infirmiers refléteront vraiment le mandat social de la profession d'infirmière. Les diagnostics infirmiers doivent être basés sur une conception explicite de notre discipline plutôt que d'en être la base conceptuelle. Fawcett (1986) affirme, d'ailleurs, que le diagnostic infirmier deviendra partie intégrante et significative de la science infirmière et de la pratique infirmière, à condition que la notion de diagnostic infirmier soit clairement basée sur des postulats explicites provenant d'un modèle conceptuel» (p. 87).

Adam propose des façons de formuler un diagnostic infirmier qui s'inspirent du modèle conceptuel. De plus, selon elle, il est peut-être possible de mettre en commun des diagnostics provenant de divers modèles conceptuels. Elle se demande cependant si cette façon très exigeante d'arriver aux diagnostics infirmiers est justifiable et défendable.

Nos nombreuses lectures et l'assistance à plusieurs colloques nous font dire que nous sommes encore loin de nous entendre sur les fondements théoriques des soins infirmiers. À ce sujet, Lambert (1989) note: «La recherche de l'univocité en matière de fondements théoriques relève de l'utopie» (p.44).

¹Bizier a publié récemment une autre édition de son ouvrage où elle distingue plus précisément modèle conceptuel et démarche de soins.

²À cet effet, il est intéressant de lire : Kobert, L. et Folan, M., «Rethinking the Philosophies Behind Holism and Nursing Process», in *Nursing & Health Care*, June 11, 1990.

Ces quelques données sur la démarche de soins, le diagnostic, et le modèle conceptuel, indiquent bien que prodiguer des soins infirmiers dépasse de beaucoup la dimension des techniques de soins.

2.4 La question de recherche

Étant donné que la planification écrite des soins est enseignée au C.A.T. depuis 20 ans et que, malgré cela, elle est peu appliquée en milieu clinique, il serait facile pour les enseignantes de jeter tout le blâme sur le personnel infirmier. Elles pourraient se dire qu'elles ont fait leur travail et qu'elles ne peuvent pallier aux nombreuses difficultés des milieux cliniques dont l'insuffisance de ressources pour la formation continue des infirmières. Tel n'est pas le cas. Il existe, comme démontré dans notre premier chapitre un questionnement concernant l'enseignement de la démarche. Au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, les enseignantes ont adopté une approche qui comporte de nombreux objectifs. Dans la réalité, il faut se demander quelle est l'importance que les unes et les autres accordent à ces objectifs qui ont fait l'objet d'un accord de principe. En fait, il nous importe de savoir s'il existe un écart entre l'importance que le département de soins infirmiers du C.A.T. accorde présentement à chacun des objectifs reliés à l'enseignement de la démarche clinique et l'importance qui devrait leur être accordée?

Si cet écart existe, la dissonance qui en résulte pourrait être considérée comme un des facteurs pouvant expliquer les difficultés d'application en milieu de travail de l'enseignement reçu sur la démarche de soins.

2.5 Objectif de la recherche

L'objectif de cette étude est donc de décrire l'écart existant entre l'importance qu'accordent présentement les enseignantes de soins infirmiers du C.A.T. aux divers éléments de la démarche clinique et l'importance souhaitée par ces mêmes personnes.

Chapitre 3 Méthodologie

Dans ce chapitre, nous décrivons le type d'étude que nous entreprenons, la population sur laquelle elle portera, le modèle de base qui servira à l'analyse des données, l'instrument de mesure, le déroulement de l'enquête, le traitement des données et la façon de présenter nos résultats.

3.1 Type de recherche

En vue de répondre à notre objectif de recherche, nous avons fait une recherche descriptive qui s'inspire du modèle d'analyse des besoins ou des écarts (Discrepancy Model) de Kaufmann et English (1979).

Ce modèle repose sur l'idée qu'un besoin est un écart entre la situation souhaitée (désirabilité) et la situation actuelle (réalité) tel que schématisé dans la formule ci-dessous, chaque besoin potentiel étant évalué selon ces deux dimensions sur une échelle de mesure de type LIKERT. Une identification de besoins est utile pour déterminer les priorités d'actions.

$$\text{BESOIN} = \text{SITUATION DÉSIRÉE} - \text{SITUATION RÉELLE}$$

Pour faire ce type de recherche, il nous a fallu bâtir un questionnaire pour connaître les situations réelle et désirée concernant l'enseignement de la démarche clinique. C'est ce qui a été fait. Ainsi, nous sommes en mesure de préciser les besoins des enseignantes en soins infirmiers concernant leur enseignement de la démarche. Selon Hershkowitz (1974), qui s'inspire de ce modèle, les réponses obtenues permettent de cibler les interventions en regard des besoins prioritaires.

3.2 Population

La recherche fut effectuée auprès de 33 personnes, c'est-à-dire, les enseignantes faisant partie du département de soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, enseignant à temps complet ou temps partiel. Ces enseignantes répondent aux facteurs d'inclusion suivants:

- 1 - toutes les enseignantes ayant enseigné *durant l'année 1990-1991* à temps complet ou partiel.
- 2 - les enseignantes bénéficiant d'un congé social.

Il importe de souligner ici que le C.A.T. compte 3 campus dont deux qui dispensent l'enseignement en soins infirmiers, celui de Rouyn-Noranda depuis 1968 et celui de Val-d'Or depuis 1988.

Pour obtenir les noms des enseignantes répondant aux critères ci-haut mentionnés, le service administratif du C.A.T. a fourni une liste de 34 personnes.

Toutes les personnes qui devaient être rejointes l'ont été à l'exception d'une seule qui avait quitté la région. Des 33 questionnaires distribués, 28 ont été retenus, traités et analysés, c'est-à-dire une proportion de 82,3%. Un vingt neuvième a été écarté pour retard, les données étant déjà compilées.

3.3 Élaboration de l'instrument d'enquête

Pour élaborer le contenu du questionnaire, nous avons choisi d'utiliser le modèle de la démarche clinique que les enseignantes du département de soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue avait choisi en assemblée départementale en 1986. Il s'agit du modèle qu'utilise Carpenito dans son volume *Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice*, c'est-à-dire, le modèle de Rosalinda Alfaro. Nous avons utilisé l'édition anglaise d'Alfaro (1990) pour élaborer les énoncés du questionnaire, l'édition française n'étant pas encore disponible au moment où nous faisons notre étude.

3.3.1 Construction du questionnaire

La construction du questionnaire a d'abord nécessité une lecture attentive du volume d'Alfaro. Par après, nous avons identifié les concepts clés de la démarche. Nous en avons retenu cent quarante-quatre (144), chacun correspondant à des objectifs de formation désignant soit des attitudes, soit des habiletés que l'étudiante doit posséder *au terme* de sa formation. Chacun de ces objectifs devient un énoncé du questionnaire. Nous avons consulté des personnes ressources afin qu'elles vérifient notre traduction des énoncés tirés du volume d'Alfaro.

Le questionnaire comprend 2 parties. La première est intitulée «Renseignements généraux». Elle comporte des questions sur le vécu professionnel des enseignantes qui participent à la recherche: années d'enseignement en soins infirmiers au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, années d'expérience dans une unité de soins, utilisation de la démarche clinique à titre d'infirmière, stages en entreprise effectués depuis l'emploi au C.A.T., et le réalisme des objectifs poursuivis concernant l'enseignement de la démarche clinique du C.A.T. Toutes ces données sont des variables qui peuvent influencer l'enseignement de la démarche clinique.

Le questionnaire est présenté à l'annexe 3. Les questions de la première partie sont de type fermé avec la possibilité d'ajouter des commentaires pour celles qui auraient à en formuler.

La deuxième partie comprend les 144 énoncés qui représentent les objectifs du modèle utilisé. Ils sont répartis sous 6 thèmes. Le premier envoie aux éléments généraux de la démarche et les 5 autres à chacune des composantes de la démarche.

Thème 1: éléments généraux de la démarche clinique, énoncés 1 à 22,

Thème 2: évaluation initiale, énoncés 23 à 40,

Thème 3: diagnostic, énoncés 41 à 75,

Thème 4: planification, énoncés 76 à 107,

Thème 5: mise en application, énoncés 108 à 123,

Thème 6: évaluation, énoncés 124 à 144.

Dans la deuxième section du questionnaire, pour chaque énoncé, 3 questions ont été posées:

- 1) quelle importance mon département accorde-t-il présentement à cet objectif? (RÉALITÉ ou AGIR)
- 2) quelle importance mon département devrait-il accorder à cet objectif? (DÉSIRABILITÉ ou SOUHAIT)
- 3) quelle importance personnellement j'accorde à cet objectif? (RÉALITÉ).

Pour des questions d'ordre technique, ce dernier aspect n'a pas été traité. Il importe que la répondante comprenne bien que les réponses données réfèrent à sa perception de l'agir de l'ensemble des membres du département et non de son agir personnel. Ce dernier aspect devait être abordé par le biais de la question 3.

À noter que pour les fins de cette étude; les expressions *la réalité* et *l'agir* sont utilisées de façon interchangeable. À noter également que dans la présentation des résultats le mot *agir* sera privilégié.

Pour répondre à chacune des 3 questions susmentionnées, l'échelle de cotation est la suivante:

- 1- d'une importance très faible
- 2- d'une importance faible
- 3- d'une importance moyenne
- 4- d'une importance forte
- 5- d'une importance très forte
- x- pas d'opinion

Voici deux exemples:

Échelle de réponses

- 1 d'une importance très faible
- 2 d'une importance faible
- 3 d'une importance moyenne
- 4 d'une importance forte
- 5 d'une importance très forte
- X pas d'opinion

Quelle importance
mon département
accorde-t-il
présentement à
cet objectif:

Quelle importance
mon département
devrait-il
accorder à
cet objectif:

Quelle
importance
personnellement
j'accorde à
cet objectif:

L'étudiante devrait être capable de:

104- Établir une distinction entre la
démarche clinique de l'infirmière et
celle du médecin.

1 2 3 4 **5** X

1 2 **3** 4 5 X

1 2 3 4 **5** X

116- Reconnaître que l'intuition peut
être utile dans le processus de la
démarche clinique de l'infirmière.

1 2 3 4 5 X

1 2 3 4 **5** X

1 2 3 4 **5** X

Dans le premier exemple, la répondante estime que la distinction entre la démarche clinique de l'infirmière et celle du médecin est actuellement d'une importance très forte pour son département, mais elle devrait avoir une importance moyenne. Personnellement, la répondante accorde une importance très forte à cet énoncé.

Dans le second exemple, la répondante estime que l'utilisation de son intuition dans l'application de la démarche clinique est actuellement d'une importance très faible pour son département, mais elle devrait avoir une importance très forte. Pour sa part, la répondante accorde une importance très forte à cet énoncé.

3.3.2 Pré-test

Une fois le questionnaire terminé, il a été soumis à 2 types de vérification:

- a) au niveau linguistique
- b) au niveau du contenu.

Un enseignant du département de français du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue a fait la vérification linguistique. Puis, nous avons demandé à deux enseignantes en soins infirmiers de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et à une enseignante, également en soins infirmiers mais à la retraite, du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue de répondre au questionnaire en vue de vérifier la clarté des énoncés.

Les trois personnes ont été choisies parce qu'elles connaissaient la démarche de Carpenito. À ces dernières, nous avons donc demandé non seulement de répondre au questionnaire, mais aussi de souligner les énoncés difficiles de compréhension et redondants ou encore qui semblaient ne pas avoir de liens entre eux. Enfin, nous leur avons demandé d'écrire leurs commentaires et de noter les modifications qui pourraient être apportées. Mentionnons que ces trois enseignantes ont passé le pré-test ensemble. Une période de discussion a suivi et des corrections ont été apportées.

3.4 Déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée à l'hiver 1991. Dans un premier temps, nous avons sollicité la participation des enseignantes du C.A.T. Trente-trois personnes ont été rejointes soit par téléphone soit lors de réunions d'équipe. Nous leur avons exposé le but de notre recherche (Annexe IV). Étant donné les distances qui séparaient les enseignantes, dans certains cas 150 kilomètres, cette façon de procéder s'est avérée pratique. Cela permettait de prendre le temps voulu pour bien expliquer le projet. Par après, les questionnaires furent distribués soit par courrier interne, soit par la poste.

Les réunions de département ont été un lieu privilégié pour faire des relances auprès des enseignantes. Une période d'un mois et demi fut accordée pour répondre au questionnaire.

3.5 Traitement des données

Nos recherches documentaires nous ont permis d'identifier deux logiciels statistiques de mise en priorité des besoins: l'un développé par CADRE (1977) et l'autre élaboré par Marc-André Nadeau de l'Université Laval (1989). Le premier étant à plusieurs points de vue plus contraignant que le second, nous avons alors utilisé celui de l'Université Laval qui nous permettait de traiter notre questionnaire de 144 énoncés et d'effectuer des traitements par rapport aux six thèmes du questionnaire.

De plus, en utilisant ce dernier logiciel, cela nous donnait l'opportunité de travailler avec un groupe de recherche¹ du C.A.T. qui a construit un questionnaire semblable au nôtre, lequel était une adaptation du modèle proposé par Ruth Belle Witkin (1984). L'enquête qu'a faite le groupe de travail portait sur la formation fondamentale et a été menée auprès de 205 personnes, Cent cinquante-neuf personnes des membres des divers personnels du C.A.T. ont répondu au questionnaire.

L'approche schématique proposée par Hershkowitz constitue une étape importante dans la démarche d'analyse et d'interprétation. Outre les données qu'elle présente, elle fournit les statistiques déjà mentionnées et permet également d'établir une interprétation des résultats en plus de fournir des suggestions d'analyse. L'interprétation des résultats se fait à partir de la place que les

¹ Le groupe était formé de Messieurs Wilfrid Rivard, directeur des services pédagogiques du C.A.T., Gustave Kyianda, conseiller en recherche et en expérimentation du C.A.T., Claude Lizé, professeur et membre d'un groupe de recherche en théâtre au C.A.T. et François Gendron, professeur et responsable d'un projet de recherche au C.A.T.

énoncés occupent par rapport aux moyennes. Cela nous permet de sélectionner les énoncés qui doivent faire l'objet d'une attention particulière en fonction des buts poursuivis.

Pour la présentation schématique, nous avons choisi d'utiliser l'approche regroupant les énoncés en 4 catégories. Les énoncés sont distribués sur la base des moyennes de chacun. La figure 4 est un exemple fictif illustrant les 4 catégories (C1, C2, C3, C4) retenues. Les chiffres inscrits dans les quadrilatères sont les numéros correspondant aux énoncés du questionnaire. La fréquence (Fréq.) indique le nombre de cas qui tombe dans chaque catégorie. La matrice ci-dessous précise l'interprétation attribuée aux items contenus dans chaque catégorie tel que proposé par Hershkowitz¹. L'axe AX représente l'échelle relative à la situation souhaitée et détermine l'importance de l'objectif quant au souhait tandis que l'axe AY est relié à la situation actuelle et détermine le niveau de l'importance qu'on y accorde actuellement. Ainsi, quand nous commenterons les résultats, nous parlerons du souhait (axe AX) et de l'agir (axe AY).

La figure 4 donne les caractéristiques propres à chacune des catégories. Le logiciel utilisé permet de connaître la place qu'occupe chaque énoncé sur les axes AX et AY. Cependant, la place d'un énoncé peut changer si on considère les résultats en fonction des thèmes ou en fonction de l'ensemble des énoncés du questionnaire. Cependant la moyenne de l'énoncé reste toujours la même.

L'approche de Hershkowitz effectue les croisements entre les scores relatifs à l'importance souhaitée par les répondantes pour les objectifs (énoncés) proposés (axe AX) et ceux relatifs au niveau d'atteinte des objectifs dans la réalité (axe AY). Ainsi, elle permet de dessiner la matrice d'analyse ci-dessus.

Dans notre recherche, le modèle d'analyse de Hershkowitz indique que les énoncés des catégories 1 et 3 représentent dans l'agir les aspects forts de l'enseignement de la démarche clinique parce que leurs résultats sont situés au-dessus de la moyenne, (situation actuelle, axe AY), peu importe qu'ils soient à gauche ou à droite du tableau, tandis que les énoncés des catégories 2 et 4 représentent les lacunes importantes parce qu'ils sont sous la moyenne de l'agir.

¹ Cette approche est expliquée dans Witkin, B R., 1984, p. 207-240.

Voir aussi Hershkowitz, M., *Statewide Educational Needs Assessment: Results from Selected Model States*, Ma: Hershkowitz associates, Silver Spring, 1974.

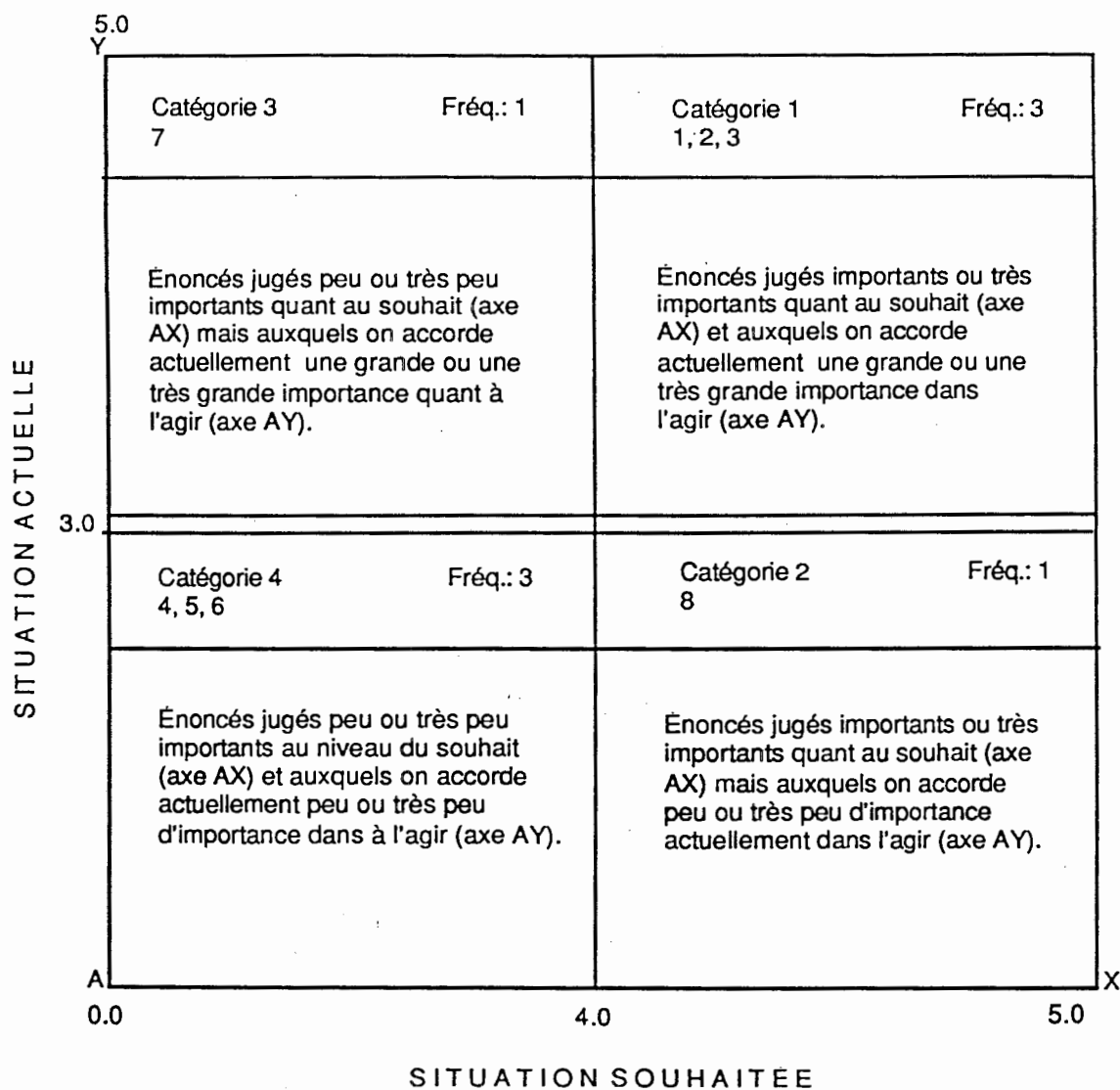


Figure 4: Présentation des 4 catégories selon l'approche de Hershkowitz
 Source: Witkin, 1984, p. 225 (notre traduction).

En ce qui concerne le souhait, tout ce qui est au-dessus de la moyenne (situation souhaitée, axe AX), c'est-à-dire à droite, que ce soit en haut ou en bas du tableau est considéré comme un souhait fort; par contre, tout ce qui est sous la moyenne, c'est-à-dire à gauche, est considéré comme peu ou très peu souhaité.

Les résultats des énoncés se retrouvant dans la catégorie 1 sont considérés conformes au cadre théorique parce qu'ils sont situés au-dessus des moyennes du désir et de l'agir. Ceux qui sont situés dans la catégorie 4 soit au-dessous des moyennes de l'agir et du désir, ne sont pas considérés conformes au cadre théorique.

Enfin, le logiciel utilisé donne une multitude de tableaux et nous avons dû faire un choix pour ne retenir que ceux qui ont un rapport direct avec notre question de recherche. C'est pourquoi nous avons opté de travailler avec les thèmes, c'est-à-dire les composantes de la démarche clinique plutôt qu'avec les 144 énoncés. Cependant, le lecteur pourra se référer aux annexes pour consulter les résultats obtenus pour chacun des énoncés.

Afin de vérifier si les résultats des énoncés correspondent au modèle de Hershkowitz, nous avons également relevé pour chaque thème, les 4 énoncés recevant les cotes les plus hautes et les plus basses (tant dans l'agir que dans le désir). Aller au-delà de ce nombre compliquerait sensiblement l'analyse car, en procédant de la sorte, nous retenons déjà pas moins de 16 énoncés par thème. Comme il y a 6 thèmes, cela signifie que nous nous pencherons sur 96 énoncés sur les 144, ce qui est nettement suffisant croyons-nous pour porter un jugement. À noter donc que cette approche n'appartient pas au modèle de Hershkowitz et qu'elle vient uniquement de notre intérêt à aller voir s'il existe une concordance entre les résultats bruts des énoncés et le modèle de Hershkowitz.

3.6 Présentation des résultats

Les résultats sont regroupés en 2 sections:

- 1- les caractéristiques des répondantes,
- 2- les perceptions des enseignantes concernant l'enseignement de la démarche clinique.

Première section: les caractéristiques des répondantes

Cette partie contient les réponses et les commentaires des enseignantes aux 6 questions placées au début du questionnaire soit leur expérience en enseignement, leur expérience clinique et leur expérience dans l'application de la démarche de soins à titre d'infirmière travaillant dans une unité de soins ou lors d'un stage en entreprise. On y retrouve aussi leur perception concernant le réalisme de l'enseignement de la démarche clinique au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue.

Deuxième section: les perceptions des enseignantes concernant l'enseignement de la démarche clinique.

Dans un premier temps, nous présentons les perceptions des enseignantes pour chacun des thèmes de notre enquête en regard des aspects suivants:

- a) la catégorisation de Hershkowitz; nous examinerons la position des énoncés sur les axes du souhait (AX) et de l'agir (AY) et cela en vue d'obtenir une vue d'ensemble de l'importance accordée aux énoncés;
- b) la mise en priorité des écarts;

c) la mise en priorité des cotes les plus élevées et les plus basses tant pour l'agir que pour le désir soit les 4 énoncés qui obtiennent le plus grand écart, c'est-à-dire ceux qui, selon le modèle d'Hershkowitz, correspondent aux besoins prioritaires.

Par après nous ferons le classement des thèmes par ordre d'importance dans l'agir et le souhait et selon l'approche graphique des thèmes en nous basant sur la catégorisation des thèmes selon le modèle de Hershkowitz.

Et enfin, nous offrirons une perspective d'ensemble des 144 énoncés en nous référant à la catégorisation de Hershkowitz et à la mise en priorité des écarts.

3.7 Limites de la recherche

La limite majeure de la recherche réside dans le fait que les résultats obtenus sont les *perceptions* que les enseignantes ont de leur agir de l'enseignement de la démarche clinique et non pas de leur agir véritable. Cette approche a été choisie parce que nous ne souhaitions pas faire une enquête qui aurait été perçue comme une évaluation de l'enseignement.

De plus, même si la démarche de soins compte une dimension globale, il faut tenir compte du fait que ce n'est qu'au terme de leur formation que les étudiantes sont appelées à atteindre l'ensemble des objectifs désignés. Ainsi, il se pourrait que des enseignantes de première et de deuxième années mettent davantage l'accent sur des objectifs spécifiques. Comme il eut été difficile de déterminer avec certitude les objectifs propres à chacune des sessions, nous avons invité les enseignantes à donner leur avis sur l'ensemble des énoncés. Il n'en demeure pas moins que l'enseignement d'une séquence plutôt qu'une autre ait pu influencer les réponses des enseignantes.

L'instrument d'enquête contient 144 énoncés évalués par 28 répondantes. La quantité de données à traiter et les multiples recoupements possibles donnent, sur le plan informatique, une grande quantité d'informations pour chacun des énoncés, mais comme nous l'avons déjà mentionné, nous avons dû faire des choix et retenir ce qui nous semblait pertinent. Sans doute, pourrions-nous dans une recherche subséquente examiner certains des aspects qui n'ont pas été traités dans celle-ci, comme par exemple l'âge, la formation professionnelle de base et le degré de satisfaction des enseignantes vis-à-vis du modèle conceptuel adopté en département.

Nous devons signaler qu'au moment de l'enquête (hiver 1991), 25% des répondantes avait un an et moins d'ancienneté en enseignement des soins infirmiers. Nous constatons également un certain roulement au niveau du corps professoral. Il se pourrait donc qu'au moment de la publication de cette recherche, les résultats diffèrent de ceux présentés dans ce présent rapport.

Chapitre 4 Présentation des résultats

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats de notre recherche. Dans un premier temps, nous décrivons les caractéristiques des répondantes, ce qui correspond à la première partie de notre questionnaire, pour ensuite présenter pour chaque thème, les résultats des énoncés selon la catégorisation du modèle de Hershkowitz, la mise en priorité des écarts et la mise en priorité des cotes les plus élevées et les plus basses. Nous présenterons aussi le classement des thèmes et enfin nous donnerons une vue d'ensemble des résultats des 144 énoncés sans égard aux thèmes.

4.1 Profil des enseignantes

Le profil des répondantes (annexe V) est établi d'après leurs expériences professionnelles tant au niveau clinique qu'au niveau pédagogique comme mentionné au chapitre précédent.

4.1.1 Expériences professionnelles

Le profil des expériences professionnelles des membres du département de soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue est présenté dans le tableau 1. Nous remarquons que les répondantes ont un peu plus d'expérience clinique que d'expérience dans l'enseignement. Douze enseignantes (42,85 %) ont 5 ans et moins d'expérience clinique, quinze (53,57%) ont entre 6 et 15 ans et une seule (3,57%) a 16 ans et plus d'expérience.

Des 28 enseignantes qui ont répondu au questionnaire 16 (57,14%) ont 5 ans et moins d'expérience en enseignement des soins infirmiers au C.A.T. De ce nombre, 7 (25%) sont des infirmières des milieux cliniques qui assument des tâches de remplacement allant de quelques semaines à quelques mois. Cela signifie qu'une forte proportion de personnes n'ont pas participé à la révision et à la préparation du nouveau programme d'études ainsi qu'aux sessions de perfectionnement qui ont suivi. Le niveau d'expérience en enseignement est relativement élevé. Huit répondantes (28,57%) ont entre six et 15 ans d'expérience et quatre (14,28%) ont 16 ans et plus d'expérience.

Il importe de souligner à nouveau que le questionnaire fut adressé à toutes les personnes qui ont eu une tâche à temps complet ou à temps partiel durant l'année 1990-1991, tant à Rouyn-Noranda qu'au nouveau pavillon de Val-d'Or. Nous avons fait ce choix afin de rejoindre le plus grand nombre possible de personnes ayant oeuvré en soins infirmiers au C.A.T.

Tableau I Comparaison du nombre d'années d'expérience professionnelle des enseignantes en soins infirmiers du C.A.T.

Nbre. d'années d'expérience	<u>Enseignement</u>		<u>Clinique</u>	
	N	%	N	%
0 - 5 ans	16	57,14	12	42,85
6 - 15 ans	8	28,57	15	53,57
16 ans et +	4	14,28	1	3,57
Total	28	100	28	100

4.1.2 Expérience dans l'application de la démarche clinique à titre d'infirmière

Quand elles oeuvraient dans une unité de soins en tant qu'infirmières soignantes, 6 enseignantes seulement (21,42%) ont appliqué la démarche clinique telle qu'enseignée au C.A.T. alors que 22 (78,57 %) n'ont pas eu à le faire parce que la démarche n'était pas en vigueur à cette époque dans leurs unités de soins malgré le fait qu'elle était enseignée dans les cégeps et les universités. Après leur cours d'infirmière, disent-elles, on n'entendait plus parler de démarche de soins en milieu clinique sauf lors des stages des étudiantes. Les instruments de collecte de données et les plan de soins étaient rares. La notion de diagnostic n'existait pas.

Les commentaires écrits de ces 22 répondantes situent le contexte d'alors. La planification écrite ne se faisait pas mais les rapports entre les services de jour, de soir ou de nuit regorgeaient d'informations pertinentes sur l'état du client et de ses réactions aux interventions de soins qui étaient consignées dans des cahiers de traitements et des feuilles d'observations particulières qui faisaient partie du dossier du malade. Les médecins spécialistes étant alors moins nombreux qu'ils ne le sont aujourd'hui, les infirmières connaissaient mieux les protocoles et les routines de soins. Pour les répondantes, la démarche de soins se faisait mentalement et intuitivement.

Même si 22 enseignantes n'ont pas d'expérience d'application de la démarche à titre d'infirmière, il n'en demeure pas moins qu'elles considèrent la démarche de soins comme un outil important dans le soin aux malades et 6 d'entre elles estiment que la démarche de soins constitue un outil d'autonomie professionnelle, de reconnaissance sociale et d'humanisation des soins.

Parmi ces 22 répondantes, une faible proportion (7,14%) affirme que la venue du diagnostic infirmier complique la démarche. Ces enseignantes regrettent cet ajout car d'un processus simple déjà connu des infirmières, on est passé à un processus fort complexe qui s'applique peu dans les conditions de travail actuelles.

Sept enseignantes ont affirmé qu'elles se sont montrées intéressées lorsque la planification écrite fut introduite dans leur milieu de travail, toutefois, ces personnes ajoutent que les conditions de travail ne s'y prêtent pas, la tâche étant déjà très lourde et les ressources quasi inexistantes.

4.1.3 Stages en entreprise

Des 9 enseignantes qui ont fait des stages en entreprise, une seule dit avoir pu appliquer la démarche de planification écrite enseignée au C.A.T. Pour ce faire, elle a dû avoir moins de clients sous sa responsabilité. Cette donnée en dit long sur l'application de la démarche enseignée.

4.1.4 Réalisme de l'enseignement de la démarche clinique

Des 28 enseignantes, 3 n'ont pas répondu à la question portant sur le réalisme de l'enseignement de la démarche clinique. Plus de la moitié des enseignantes (N. 15, 53,57%) disent que leur enseignement est irréaliste mais plusieurs s'interrogent sur le sens donné au qualificatif *réaliste*. Veut-on dire enseignement réaliste parce que conforme au cadre théorique adopté en département, ou encore réaliste parce qu'adapté au vécu des unités de soins? Cette question a suscité de nombreux commentaires. Les répondantes ont manifesté le désir de se rapprocher davantage des réalités du milieu clinique dans leur enseignement tout en ne négligeant pas l'aspect théorique de la démarche.

Pour ces personnes, si l'on compare ce qui s'enseigne présentement et ce qui se fait dans les unités de soins concernant la démarche clinique, il y a, selon leurs dires, une très grande marge. Les répondantes soulèvent le problème des conditions de travail des infirmières qui se prêtent peu à la planification écrite, de même que les exigences de toutes sortes qui leur sont imposées. Par contre, elles relèvent l'intérêt que plusieurs infirmières de chevet portent aux plans de soins rédigés par les étudiantes, ce qui suscite une collaboration des plus intéressantes.

Deux répondantes s'interrogent sur la pertinence de la planification écrite et elles posent la question: l'important est-il d'écrire la planification de soins ou d'appliquer les soins? Selon ces deux répondantes, les étudiantes voient cette planification comme un travail scolaire de plus. Ces deux enseignantes s'interrogent aussi sur la pertinence d'enseigner la planification écrite en première année alors que les étudiantes ont peu de connaissances des pathologies.

Bon nombre des 15 répondantes qui jugent l'enseignement de la démarche irréaliste considèrent qu'une trop grande importance est accordée aux notions théoriques. Deux d'entre elles, souhaitent des plans de soins standardisés qui seraient par la suite adaptés aux clients. Toujours parmi ces 15 répondantes, 4 d'entre elles s'interrogent sur une pratique qui consiste à faire faire aux étudiantes des collectes de données laborieuses et des plans de soins qui sont complétés à domicile. Certes, les étudiantes sont en apprentissage, disent-elles, mais quand on voit les infirmières incapables de trouver le temps de faire des plans de soins en milieu clinique, doit-on demander aux étudiantes de les faire à l'extérieur du milieu de stage? Une fois diplômées, feront-

elles les plans de soins chez elles ou abandonneront-elles cette pratique par manque de temps? Trois répondantes déplorent qu'une fois la formation des étudiantes infirmières terminée, la démarche de soins ne fait plus partie de leurs préoccupations. Cela n'empêche pas, disent-elles, les étudiantes de devenir d'excellentes exécutantes.

D'après les propos recueillis, il semble qu'un consensus sur l'enseignement et l'application de la démarche ne soit pas facile parce qu'il y aurait trop de divergences d'opinions entre les enseignantes, certaines étant qualifiées de praticiennes, d'autres de théoriciennes. Beaucoup de répondantes affirment qu'un consensus serait possible si on simplifiait la notion et l'application du diagnostic infirmier.

Certaines estiment que notre enseignement de la démarche devrait développer davantage la créativité chez nos étudiantes. Selon leur avis, la planification écrite exigée des enseignantes est trop rigide. Certaines déplorent aussi que la démarche clinique ne soit pas connue ni valorisée par les autres professionnels de la santé, tels les médecins, les inhalothérapeutes et les travailleurs sociaux pour ne nommer que ceux-là.

Enfin, 10 enseignantes (35,71%) se disent d'accord avec le type d'enseignement de la démarche de soins au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et la jugent réaliste. D'après ces répondantes, les enseignantes se sont beaucoup impliquées ces dernières années afin d'harmoniser les guides de collecte de données avec ceux des milieux cliniques et de trouver une façon de faire qui permettent aux étudiantes de compléter les plans de soins durant les heures de clinique. Les exigences concernant les planifications écrites demandées aux étudiantes ont diminué puisqu'on leur demande désormais de ne noter que les diagnostics infirmiers prioritaires de leur(s) client(s), ce qui rend les plans de soins moins laborieux. Avec les années, des efforts ont été faits pour assurer une continuité entre l'enseignement de la démarche au C.A.T. et son application dans les milieux cliniques. Depuis quelques années, des enseignantes ont assisté le personnel infirmier soit en animant des ateliers de formation sur la démarche clinique soit en créant des outils pour en faciliter l'application.

Toutefois ces 10 répondantes qui ont affirmé que l'enseignement de la démarche clinique est réaliste constatent que la rédaction du plan de soins est devenue plus compliquée au cours des dernières années, les distinctions entre diagnostics infirmiers, problèmes communs (PC)¹ et complications potentielles (CP)² ne sont pas toujours évidentes. Elles constatent aussi que toute cette évolution de la démarche requiert une recherche constante de leur part, ce qui ne les intéresse

¹ Les problèmes communs ou conjoints sont les problèmes qui font intervenir le rôle interdépendant de l'infirmière. Ils sont en fait des complications que l'infirmière traite en collaboration avec le médecin ou un autre professionnel de la santé.

² Une complication potentielle est un *risque* de complication physiologique qui peut survenir dans le processus de la maladie en cours ou suite à un traitement.

pas toutes au même point. Déjà, les réponses à ces questions d'introduction démontrent que de façon générale, le modèle utilisé même s'il a été adopté en département est loin de faire consensus.

En conclusion, à cette première partie, il se dégage que la démarche est jugée importante mais la nécessité de trouver des moyens pour simplifier son application et la rendre réaliste s'impose. De plus, le fait que 15 (53,57%) répondantes estiment que l'enseignement de la démarche est irréaliste, constitue un facteur important qui justifie l'exploration plus poussée présentée dans les sections suivantes.

4.2 Les perceptions des enseignantes concernant l'enseignement de la démarche clinique pour chacun des thèmes

Après avoir dressé le profil des enseignantes, nous présentons leurs perceptions des éléments généraux de la démarche clinique et de ses cinq composantes, ce qui correspond aux 6 thèmes suivants:

- 1- les éléments généraux de la démarche,
- 2- l'évaluation initiale,
- 3- le diagnostic,
- 4- la planification,
- 5- la mise en application,
- 6- l'évaluation.

Pour chacun des thèmes, les résultats comprennent:

- 1- la catégorisation de Hershkowitz,
- 2- la mise en priorité des écarts,
- 3- la mise en priorité des cotes les plus élevées et les plus basses.

4.2.1 Thème 1: éléments généraux de la démarche clinique

Comme le dit le titre de ce thème, nous retrouvons ici des éléments généraux et des notions de base sur la démarche. Les enseignantes ont été interrogées sur les grands principes de la démarche. C'est dans cette section qu'elles ont eu à se prononcer sur le choix du cadre théorique adopté en département en mai 1988 et sur leur conception de la démarche. Les éléments abordés dans cette section sont (les chiffres à l'intérieur des parenthèses renvoient au numéro de l'énoncé du questionnaire):

- l'utilisation conjointe du modèle de Henderson et de la démarche de Carpenito (1),
- l'utilité d'un modèle comme cadre de référence (5),
- la conception de la démarche clinique (2,3,13,14,15,16),
- l'utilité de la démarche (6,7,8,9,10,11,12,21),

- l'utilité de la planification écrite (19,20),
- l'importance du diagnostic infirmier à l'intérieur de la démarche (17,18),
- la distinction entre le diagnostic infirmier et l'acte de diagnostiquer (22),
- la distinction entre la démarche clinique de l'infirmière et celle du médecin (4).

4.2.1.1 Catégorisation de Hershkowitz

Nous présentons à l'annexe VI les résultats pour les énoncés qui s'appliquent aux éléments généraux de la démarche clinique, en donnant pour chaque énoncé les moyennes générales pour les situations souhaitées et actuelles et les écarts absolus (souhait moins réalité). La moyenne générale de l'agir (axe AY) est de 3,43 et celle du souhait (axe AX) est de 4,36. La catégorisation de ces énoncés selon le modèle de Hershkowitz apparaît au tableau II. En comparant l'annexe VI et le tableau II, l'on constate que pour la présentation de l'approche graphique ou de la catégorisation des énoncés, les moyennes de l'agir et du désir ont été arrondies. Il en sera ainsi pour les autres thèmes.

Les énoncés dont l'agir est fort (catégories 1 et 3) sont au nombre de 12, soit 54,5% de l'ensemble; ceux dont l'agir est considéré comme faible (catégories 2 et 4) sont au nombre de 10 (45,45%). Pour ce qui est du souhait, le nombre d'énoncés ayant un désir faible (catégories 3 et 4) est égal au nombre ayant un désir fort (catégories 1 et 2). En résumé, les énoncés se répartissent ainsi:

- **catégorie 1** (agir fort, désir fort),
conception de la démarche clinique :
 - . processus de résolution de problème (2),
 - . démarche systématique (3),*utilité de la démarche:*
 - . outil de planification (8),
 - . outil d'individualisation (9),
 - . outil de continuité (12),
 - . exercice de jugement (21),*utilité d'un modèle comme cadre de référence* (5),
importance du diagnostic infirmier à l'intérieur de la démarche (17);

Tableau II Éléments généraux de la démarche selon le modèle de Hershkowitz

SITUATION ACTUELLE	5.0	Y		
			Catégorie 3	Fréq.: 4
			Agir fort, désir faible	
			1 4 18 19	
				Catégorie 1
				Fréq.: 8
			Agir fort, désir fort	
			2 3 5 8 9 12 17 21	
	3.0		Catégorie 4	Fréq.: 7
			Agir faible, désir faible	
			7 10 13 15 16 20 22	
				Catégorie 2
				Fréq.: 3
			Agir faible, désir fort	
			6 11 14	
A	0.0		4.0	5.0
		X		
	0.0		4.0	5.0
			SITUATION SOUHAITÉE	

- catégorie 2 (agir faible, désir fort),

utilité de la démarche :

- . outil de communication (6),
- . instrument d'autonomie professionnelle (11),

conception de la démarche :

- . caractère dynamique (14);

- catégorie 3 (agir fort, désir faible),

utilisation conjointe du modèle de Henderson et de la démarche de Carpenito (1),

distinction entre la démarche clinique de l'infirmière et celle du médecin (4),

importance du diagnostic infirmier pour prodiguer des soins (18),

utilité de la planification écrite (19);

- catégorie 4 (agir faible, désir faible),

conception de la démarche :

- . souplesse du processus (13),
- . possibilité de créativité (15),

recours à l'intuition (16),

utilité de la démarche :

. outil de participation du client (7),

. source de satisfaction pour l'infirmière (10),

. développement des habiletés de planification écrite (20),

distinction entre le diagnostic infirmier et l'acte de diagnostiquer (22).

Les aspects de la démarche qui mettent l'accent sur les dimensions résolution de problème (7) et approche systématique (3) récoltent un agir fort et un désir fort, mais les aspects touchant la souplesse (13) la créativité (15) et l'intuition (16) se situent au niveau d'un agir faible et d'un désir faible. Selon les résultats de la catégorisation de Hershkowitz, les enseignantes accordent une grande importance, tant dans l'agir que dans le souhait, à la démarche comme outil de planification (8) d'individualisation (9) de continuité (12) et d'exercice de jugement (21) clinique mais dans l'agir, malgré un souhait fort, la démarche clinique n'est pas utilisée comme un outil de communication pour le personnel infirmier (6), ni comme un outil de participation du client à ses soins (7). A noter toutefois que la démarche comme instrument d'autonomie professionnelle obtient un agir faible mais un désir fort.

Cette catégorisation indique aussi que les enseignantes considèrent utile et désirent un cadre de référence (5). Les répondantes appliquent le cadre de référence choisi en département, mais selon l'annexe VI, la cote de l'énoncé qui s'y réfère (1), obtient au niveau du souhait une moyenne très légèrement inférieure à la moyenne. Cette remarque est importante et c'est pourquoi nous devons toujours comparer les résultats en tenant compte de la catégorisation des énoncés selon Hershkowitz et des moyennes générales de l'agir et du souhait. C'est ce qui explique aussi, comme nous l'avons déjà mentionné, notre intérêt à déborder du modèle de Hershkowitz et à relever les cotes les plus élevées et les plus basses pour chaque thème (tableaux III,V,VII,IX,XI,XII).

Selon la catégorisation des énoncés, les enseignantes reconnaissent l'importance du diagnostic infirmier à l'intérieur de la démarche clinique (17), mais selon les résultats du souhait, il le serait moins pour prodiguer des soins (18).

Tout comme les résultats démontraient un faible désir pour faire de la démarche clinique un outil de communication pour le personnel (6), il en est de même pour la planification écrite des soins (20). De plus, l'énoncé numéro 10 indique que la démarche n'est pas considérée comme un outil de satisfaction pour l'infirmière dans son travail. Enfin, notons les faibles cotes pour l'énoncé 22 qui met l'accent sur la différence entre le diagnostic infirmier et le processus de diagnostiquer. Au moment où notre recherche fut effectuée, la distinction ne faisait pas partie des pratiques des enseignantes.

4.2.1.2 Mise en priorité des écarts

Dans l'annexe VI, les énoncés sont ordonnés selon l'importance de l'écart entre le souhait et l'agir. Plus l'écart est élevé, plus le besoin est grand. Les énoncés dont l'écart est le plus grand sont les suivants:

- 16 (1,78) reconnaître l'utilité de l'intuition dans le processus de la démarche clinique,
- 10 (1,55) considérer la démarche clinique comme source de satisfaction pour l'infirmière dans son travail,
- 15 (1,53) considérer la possibilité d'utiliser sa créativité dans l'application de la démarche clinique,
- 22 (1,52) établir une distinction entre le diagnostic infirmier et l'acte de diagnostiquer.

Ces quatre énoncés correspondent, selon notre modèle d'étude, à des besoins. Or, cela ne signifie pas que dans tous les cas les enseignantes manifestent le désir d'atteindre ces objectifs. À preuve, tous ces énoncés reçoivent une cote de souhait sous la moyenne, sauf le numéro 15 dont la moyenne (4,36) est égale à la moyenne du souhait (voir annexe VI). À noter cependant que le traitement informatique des données a classé cet énoncé dans la catégorie 4 alors que la moyenne arrondie fournie par le logiciel est de 4. Ceci est hors de notre contrôle mais nous tenons à le souligner dans le but de rendre justice aux répondantes.

Enfin, notons que le besoin est déterminé d'après l'écart entre le désir et la réalité. Ceci indique qu'étant donné la grandeur de l'écart, nous devrions, si nous voulions satisfaire les attentes des enseignantes, porter notre attention à ces éléments particuliers.

4.2.1.3 Mise en priorité des cotes les plus élevées et les plus basses

Nous présentons, dans le tableau qui suit (tableau III), les énoncés qui ont récolté les cotes les plus significatives, c'est-à-dire les plus élevées et les plus basses, tant pour l'agir que pour la situation souhaitée.

Le premier constat est que les énoncés récoltant les cotes les plus basses dans l'agir sont les mêmes que ceux qui ont obtenu les plus grands écarts (voir mise en priorité des écarts).

Ces résultats nous permettent aussi de constater la concordance et la complémentarité des éléments de ce tableau avec ceux de la catégorisation de Hershkowitz (tableau II). Ainsi, même si l'on dit accorder une grande importance au diagnostic infirmier à l'intérieur de la démarche clinique (17, Agir 4,14), on accorde peu d'importance à la nécessité d'établir une distinction entre le diagnostic infirmier et l'acte de diagnostiquer (22, Agir 2,30). De plus, on ne considère pas la démarche comme un outil de participation du client à ses soins mais on la considère utile pour individualiser les soins.

Tableau III Éléments généraux de la démarche clinique: cotes significatives

AGIR (Moy.: 3,43)					
Cotes les plus élevées			Cotes les plus basses		
no	cote	énoncé	no	cote	énoncé
1	4,11	utiliser conjointement les notions du modèle de V. Henderson et de la démarche de L. J. Carpenito	10	2,59	considérer la démarche clinique comme source de satisfaction pour l'infirmière dans son travail
2	4,04	comprendre que la démarche clinique de l'infirmière est un processus d'identification et de résolution de problèmes	15	2,82	considérer la possibilité d'utiliser sa créativité
9	4,14	utiliser la démarche clinique comme outil d'individualisation des soins	16	2,32	reconnaître l'utilité de l'intuition dans le processus de la démarche clinique
17	4,14	reconnaître l'importance du diagnostic infirmier à l'intérieur de la démarche clinique	22	2,30	établir une distinction entre le diagnostic infirmier et l'acte de diagnostiquer

SOUHAIT (Moy.: 4,36)					
Cotes les plus élevées			Cotes les plus basses		
no	cote	énoncé	no	cote	énoncé
2	4,68	comprendre que la démarche clinique de l'infirmière est un processus d'identification et de résolution de problèmes	4	4,07	établir une distinction entre la démarche clinique de l'infirmière et celle du médecin.
9	4,71	utiliser la démarche clinique comme outil d'individualisation des soins	16	4,11	reconnaître l'utilité de l'intuition dans le processus de la démarche clinique
12	4,64	utiliser la démarche clinique comme élément favorisant la continuité des soins	20	4,00	utiliser le plan de soins pour développer les habiletés de communication écrite
21	4,68	utiliser sa capacité de jugement dans l'application de la démarche clinique	22	3,83	établir une distinction entre le diagnostic infirmier et l'acte de diagnostiquer

Nous avons vu qu'à l'intérieur du programme provincial en soins infirmiers le diagnostic infirmier figure sous deux aspects, soit celui du processus pour en arriver à diagnostiquer, lequel fait partie de la démarche clinique de l'infirmière, et celui de la classification. Or, le numéro 22 qui correspond à un objectif du programme reçoit la cote la plus faible tant dans l'agir que dans le souhait. Par contre, l'aspect résolution de problème (2) obtient une cote très élevée pour le souhait (4,68).

Les données du tableau III rejoignent les propos de McHugh et Gravelle-Farmer, cités dans notre recension des écrits, qui regrettent que l'intuition et la créativité ne soient pas davantage considérées dans les milieux des soins infirmiers. Dans notre étude, la créativité et l'intuition n'obtiennent que 2,82 et 2,32 au niveau de l'agir. Cependant, si on consulte l'annexe VI nous constatons que les enseignantes ont donné une cote de 4,36 au niveau du souhait à l'énoncé ayant trait à la créativité (15) et 4,11 à l'intuition (16).

Dans leurs commentaires, les répondantes ont noté que, présentement, il était très difficile de faire des planifications écrites compte tenu de la lourdeur de la tâche et du travail exigé. Dans ces conditions, on peut comprendre pourquoi l'énoncé qui a trait à la démarche comme source de satisfaction professionnelle (10) reçoive la cote la plus basse, soit 2,59.

Si nous comparons la mise en priorité des cotes les plus élevées et celle des plus basses (tableau III) avec la catégorisation selon le modèle de Hershkowitz (tableau II), nous constatons que les énoncés recevant les cotes les plus élevées se retrouvent dans la catégorie 1, conformément à la place qu'ils occupent dans le cadre théorique; ils sont souhaités et réalisés. Une exception cependant, l'énoncé numéro 1, l'utilisation conjointe du modèle d'Henderson et de la démarche de

soins de Carpenito, qui concerne le cadre théorique adopté en département. Cet énoncé reçoit une cote élevée dans l'agir (4,11) mais se retrouve dans la catégorie 3, c'est-à-dire qu'il est peu souhaité. Toutefois, il est important de nuancer ce résultat car sa cote de 4,33 au niveau du souhait voisine de très près la moyenne qui se situe à 4,36. Il faut quand même garder présent à l'esprit ce résultat afin de faire des liens avec les données ultérieures qui apporteront des précisions quant à cette cote.

La comparaison des tableaux II et III indique aussi que les énoncés les plus bas appartiennent à la catégorie 4 (faible dans l'agir et le souhait), sauf pour le numéro 4 (établir une distinction entre la démarche clinique de l'infirmière et celle du médecin). Ce dernier énoncé se situe dans la catégorie 3, c'est-à-dire qu'il est réalisé mais peu souhaité.

Enfin, la mise en priorité présentée au tableau III signale l'importance accordée tant dans l'agir que dans le désir à l'utilisation de la démarche clinique comme outil d'individualisation des soins (9) et à la compréhension de la démarche en tant que processus de résolution de problèmes (2). De plus, les résultats obtenus pour l'énoncé 10 rejoignent les commentaires des étudiantes recueillis en 1987 et ceux de Lambert et de Fortier Havelka, cités antérieurement, à savoir qu'une fois les trois années de formation terminées, la planification écrite des soins ne figure plus parmi les priorités des nouvelles diplômées. À cet effet, les enseignantes sont confrontées à relever un défi de taille et ce, depuis le début de l'enseignement de la démarche clinique.

4.2.2 Thème 2: évaluation Initiale

L'évaluation initiale est la première étape de la démarche clinique. Lorsqu'utilisée avec le modèle de Virginia Henderson, elle consiste à recueillir des données auprès du client pour connaître ses habitudes de vie concernant ses 14 besoins fondamentaux. La collecte des données se fait, entre autres, par l'observation de l'infirmière et par une entrevue où, à l'aide d'un questionnaire, l'infirmière pose des questions au client reliés à la satisfaction de ses besoins fondamentaux. Un examen physique infirmier peut, selon le cas, compléter la collecte de données.

Les éléments de l'évaluation initiale sur lesquels les enseignantes ont été interrogées sont les suivants:

- le type de données à recueillir (23,28,34,36),
- la façon de recueillir les données (24,25,26,27,29,35),
- la validation des données recueillies (31),
- la classification des données (32,33),
- émergence du profil (37,38,39),
- la communication des données (30,40).

4.2.2.1 Catégorisation de Hershkowitz

L'annexe VII présente les moyennes générales pour les situations souhaitées et actuelles et les écarts absolus pour l'ensemble des énoncés du thème 2, soit l'évaluation initiale. La moyenne de l'agir est de 3,51 et celle du souhait de 4,34. Nous retrouvons la catégorisation des énoncés selon Hershkowitz au tableau IV. Les énoncés dont l'agir est fort (catégories 1 et 3) sont au nombre de 9, soit 50% et il en est de même pour ceux dont l'agir est faible (catégories 2 et 4). Onze énoncés (61,1%) se retrouvent dans les catégories 1 et 2 où le souhait est fort et 7 énoncés (38,8%) récoltent un souhait faible (catégories 3 et 4). Les énoncés souhaités sont donc majoritaires.

Tableau IV Évaluation initiale selon le modèle de Hershkowitz

SITUATION ACTUELLE	Y	5.0	
		Catégorie 3	Fréq.: 3
		Agir fort, désir faible	
		24	23
		33	25
		35	26
			27
			30
		40	
3.0			
		Catégorie 1	Fréq.: 6
		Agir fort, désir fort	
		Catégorie 4	Fréq.: 4
		Agir faible, désir faible	
		34	28
		36	29
		38	31
		39	32
			37
A			
0.0		4.0	5.0
		SITUATION SOUHAITÉE	

Selon les catégories, les énoncés se répartissent ainsi:

- **catégorie 1** (agir fort, désir fort),

le type de données (ensemble de ce qui est disponible) (23),

la façon de recueillir les données (référence au client et à sa famille) (25,26,27),

la communication des données:

. les données écrites claires et concises (30),

. la communication des données à une personne plus qualifiée, au besoin (40);

- **catégorie 2** (agir faible, désir fort),
le type de données (globalité) (28),
la façon de recueillir les données (orientation de l'entrevue) (29),
la validation des données (31),
la classification des données (32),
l'émergence du profil du client (37);

- **catégorie 3** (agir fort, désir faible),
la façon de recueillir les données :
 . l'utilisation d'un guide (24),
 . la distinction entre données subjectives et objectives (35),
la classification des données selon Henderson (33);

- **catégorie 4** (agir faible, désir faible)
type de données :
 . l'examen physique (34),
 . la recherche de données additionnelles (36)
le profil du client:
 . la première impression à partir des informations recueillies (38),
 . les modes de comportement du client (39).

Les informations fournies par cette catégorisation démontrent que les enseignantes désirent se référer davantage au client et à sa famille (25,26) pour recueillir les données et au besoin, les communiquer à un personnel plus spécialisé (40). À noter que la cote forte de ces énoncés indiquent à la fois que cela se fait et qu'on aimerait améliorer cette pratique. Dans le type de données à recueillir, il ressort qu'elles devraient toucher davantage la globalité de la personne. On aimerait aussi les valider et les classer de façon à mieux reconnaître les forces et les problèmes du client. Quant à classer les données selon le modèle choisi en département (33), les résultats indiquent que cela se fait mais n'est pas désiré. D'ailleurs, l'annexe VII indique un écart négatif (-,39) quant à cet énoncé. D'après ces résultats, le modèle de Virginia Henderson est donc remis en question, il en est de même pour l'utilisation d'un guide de recueil de données (24).

Le tableau IV indique un agir et un désir faibles concernant l'examen physique infirmier (34). À noter que l'examen physique est compris dans l'énoncé 23 où il est question de tenir compte de toutes les informations mises à la disposition de l'infirmière pour procéder à une première évaluation du client. Or, selon les perceptions des répondantes, cet examen n'est ni fait ni souhaité. Pourtant, l'énoncé 23 récolte un agir fort et un désir fort. Il importe donc d'avoir plus de précisions sur les données dont les répondantes ont besoin pour faire une première évaluation du client.

Malgré le fait que l'énoncé 36 (obtenir au besoin des données additionnelles) soit dans la catégorie 4 (agir et souhait faibles), sa cote pour le désir égale presque la moyenne (voir annexe VII). Nous le considérons donc comme peu représentatif de cette catégorie.

4.2.2.2 Mise en priorité des écarts

L'annexe VII donne les énoncés triés selon l'importance de l'écart. En ce qui a trait à l'évaluation initiale, les priorités vont aux 4 énoncés suivants:

34	(1,89)	compléter l'entrevue par un examen physique,
39	(1,54)	reconnaître les modes de comportement qui émergent et recueillir les informations manquantes à leur identification,
29	(1,35)	orienter l'entrevue en fonction des indices jugés significatifs,
32	(1,11)	classifier les données de façon à permettre l'identification des forces et des problèmes actuels et potentiels du client.

Ces quatre énoncés correspondent, selon notre modèle d'étude, à des besoins, c'est-à-dire, à des pratiques à améliorer en fonction de notre cadre théorique. L'écart le plus grand correspond à l'énoncé touchant l'examen physique infirmier. Notons que celui-ci fait l'objet de discussions dans de nombreux cégeps. Selon Carpenito et Alfaro, cet examen exige la palpation, l'auscultation, l'observation et la percussion de certaines régions du corps. Il comprend l'examen des états respiratoire, circulatoire, de la peau, et des autres systèmes biologiques. Cependant, l'infirmière n'a pas à refaire un examen immédiatement après que le médecin ait fait un examen médical. L'examen physique infirmier ne doit pas conduire à faire un diagnostic médical mais bien un diagnostic infirmier. Les numéros 29 et 32 correspondent à des besoins et comme nous l'avons vu antérieurement, au désir des enseignantes.

4.2.2.3 Mise en priorité des cotes les plus élevées et les plus basses

Le tableau V présente les énoncés qui ont récolté les cotes les plus significatives, c'est-à-dire les plus élevées et les plus faibles tant au niveau de l'agir que du désir.

Tableau V Évaluation initiale: cotes significatives

AGIR (Moy.: 3,51)					
Cotes les plus élevées			Cotes les plus basses		
no	cote	énoncé	no	cote	énoncé
24	4,07	utiliser un guide pour recueillir les données auprès du client	32	3,30	classer les données de façon à permettre l'identification des forces et des problèmes actuels et potentiels du client
25	4,14	se référer au client comme première source d'informations	34	1,82	compléter l'entrevue par un examen physique
27	4,18	réaliser une entrevue avec le client	38	3,12	se faire une première impression à partir des informations recueillies, validées et classifiées
33	4,15	classifier les données selon le modèle Virginia Henderson	39	2,67	reconnaître les modes de comportement qui émergent et recueillir les informations manquantes à leur identification

SOUHAIT (Moy.: 4,34)					
Cotes les plus élevées			Cotes les plus basses		
no	cote	énoncé	no	cote	énoncé
23	4,54	tenir compte de toutes les informations disponibles au sujet du client	24	3,96	utiliser un guide pour recueillir les données auprès du client
25	4,57	se référer au client comme première source d'informations	33	3,77	classer les données selon le modèle Henderson
29	4,75	orienter l'entrevue en fonction des indices jugés significatifs	34	3,71	compléter l'entrevue par un examen physique
30	4,57	écrire de façon claire et concise les données jugées significatives	38	4,15	se faire une première impression à partir des informations recueillies, validées et classifiées

Une première lecture de ce tableau nous indique que les répondantes accordent une grande importance tant dans l'agir que dans le désir à l'énoncé 25 (se référer au client comme première source d'informations). Rappelons que la participation du client à ses soins (no 7) récoltait cependant des cotes sous les moyennes de l'agir et du désir.

Les énoncés 33 (classification des données selon Henderson) et 24 (utilisation d'un guide) indiquent un désir de changement. En effet, pour ces 2 énoncés, le désir est plus faible que l'agir. Cela correspond aux résultats obtenus avec la grille d'Hershkowitz et suggère une remise en question des pratiques courantes. Ces données ne font que renforcer les résultats obtenus dans la première section, à savoir que l'utilisation conjointe du modèle d'Henderson et de la démarche de Carpenito est peu souhaitée.

Quand on regarde les moyennes obtenues par l'énoncé 34, il est clair que selon les perceptions des répondantes, l'examen physique infirmier est très peu pratiqué et est peu souhaité. Cet énoncé reçoit dans l'agir la cote la plus faible des 144 énoncés du questionnaire.

Nous remarquons que l'énoncé 32 comprend deux éléments: 1-l'identification des forces et 2-l'identification des problèmes actuels et potentiels (à risque) du client. Il serait intéressant de savoir si les enseignantes ont vraiment répondu en considérant l'énoncé comme un tout, ce que nous désirions. Mais, dans le cas où elles ne seraient pas d'accord avec l'un ou l'autre de ces éléments, les résultats de l'énoncé peuvent être affectés sans que nous sachions dans quel sens.

Avec l'énoncé no 38, celui qui a trait à la première impression de l'infirmière concernant les données recueillies, la mise en priorité des cotes les plus élevées et les plus basses démontre une des limites de la grille d'Hershkowitz. Dans cette grille, cet énoncé se retrouve dans la catégorie 4, c'est-à-dire qu'il n'est pas réalisé et peu souhaité. Toutefois, lorsque nous examinons le résultat brut de cet énoncé, nous remarquons qu'au niveau du souhait il obtient quand même la cote de 4,15. De plus, le tableau V nous amène à remarquer que les énoncés touchant davantage l'aspect concret (24,25,27,33) récoltent de meilleurs scores que ceux relatifs au processus de pensée menant à l'identification du diagnostic infirmier (32,38,39). Ces observations sont pertinentes car la première partie du diagnostic infirmier se retrouve dans l'évaluation initiale au moment où l'on commence à se faire une première impression du problème du client.

4.2.3 Thème 3: diagnostic

Comme nous l'avons vu antérieurement, le diagnostic infirmier est à la fois un processus (l'acte de diagnostiquer) et un énoncé qui traduit le jugement de l'infirmière en regard des réactions d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité à un problème de santé ou à un processus de vie. Dans ce thème, les enseignantes ont été interrogées sur les éléments suivants:

- les éléments du processus du diagnostic infirmier (41,42,43,45,46,47,48,49,50,53,66,73,74),
- la formulation et la rédaction de l'énoncé de diagnostic (51,59,60,61,62,72),
- la distinction entre un problème actuel, un problème potentiel et un problème commun (52,54,55,56),
- l'utilisation d'une catégorie de diagnostics (44,57,58),
- la connaissance des limites de sa compétence diagnostique (63,64,65),
- la connaissance de la terminologie propre au diagnostic (52,67),
- la pertinence du diagnostic infirmier (68,70,71),
- la conception d'un diagnostic infirmier (69,73,74),
- l'importance de la collaboration avec d'autres professionnels de la santé pour le traitement d'un problème commun (75).

4.2.3.1 Catégorisation de Hershkowitz

L'annexe VIII présente les moyennes générales de l'agir et du souhait et les écarts absolus des 35 énoncés qui se rapportent au thème diagnostic. La moyenne pour l'agir (axe AY) est de 3,40 et celle du souhait (axe AX) est de 4,19. Au tableau VI, nous retrouvons les énoncés de ce thème classés selon le modèle de Hershkowitz.

Tableau VI Diagnostic selon le modèle de Hershkowitz

Y: 5.0

SITUATION ACTUELLE	Catégorie 3 Fréq.: 5		Catégorie 1 Fréq.: 13	
	Agir fort, désir faible		Agir fort, désir fort	
	57		41 63	
	58		42 66	
3.0	59		45 68	
	60		46 73	
	70		49 75	
			50	
A			51	
			52	
	Catégorie 4 Fréq.: 14		Catégorie 2 Fréq.: 3	
	Agir faible, désir faible		Agir faible, désir fort	
	44 67		43	
	48 69		47	
	53 71		65	
	54 72			
	55 74			
	56			
X	61			
	62			
	64			
	0.0	4.0	5.0	
	SITUATION SOUHAITEE			

Les énoncés dont l'agir est fort (catégories 1 et 3) sont au nombre de 18 soit 51,43%. Ceux dont l'agir est faible (catégories 2 et 4) sont au nombre de 17 (48,57%). Les catégories 3 et 4 (souhait faible) contiennent 19 énoncés (54,28%) et enfin les catégories 1 et 2 (souhait fort) regroupent 16 énoncés (45,71%).

Les énoncés de ce thème se répartissent ainsi:

- **catégorie 1** (agir fort, désir fort),
les éléments du processus du diagnostic infirmier
 - . le regroupement des indices (41),
 - . l'analyse des données (42),
 - . la détermination de ce qui est propre aux soins infirmiers (45),
 - . la détermination de ce qui est propre à la médecine (46),
 - . l'identification du problème et de sa cause (49,50),
 - . la distinction entre ce qui est normal et anormal (66),
- la conception du diagnostic infirmier: processus logique* (73),
- la formulation de l'énoncé diagnostique* (51),
- la distinction entre problème actuel et potentiel* (52),

*la reconnaissance des limites de sa capacité diagnostique (63),
la pertinence du diagnostic comme base d'intervention (68),
l'importance de la collaboration avec d'autres professionnels de la santé pour le traitement d'un problème commun (75);*

- **catégorie 2** (agir faible, désir fort),
le processus du diagnostic infirmier:
 - . la validation des données(43),
 - . l'utilisation d'hypothèses (47),*la reconnaissance de ses limites:*
 - . la consultation de personnes ressources au besoin (65);

catégorie 3 (agir fort, désir faible)
*l'utilisation de la catégorisation de l'ANADI (57),
l'utilisation correcte de la terminologie 58),
la façon d'écrire un diagnostic infirmier (59),
la façon d'écrire un diagnostic potentiel (60),
la reconnaissance du diagnostic infirmier comme base de la planification écrite (70);*

- **catégorie 4** (agir faible, désir faible),
les éléments du processus du diagnostic infirmier:
 - . la comparaison des caractéristiques déterminantes avec celles du client (48),
 - . la recherche de données additionnelles (53),*l'utilisation d'une liste de problèmes généraux (44),
la distinction entre diagnostic infirmier et problème commun (54,55,56),
la conception du diagnostic infirmier: processus intuitif (69,74),
la rédaction d'un problème commun (61,62),
la reconnaissance de ses capacités et de ses limites (64),
la connaissance de la terminologie diagnostique (67),
la pertinence du diagnostic infirmier comme cadre de référence commun (71).*

Au total, nous pouvons compter 11 énoncés qui relèvent de la formulation et de la rédaction de l'énoncé diagnostique (44,51,54,55,56,57,58,59,60,61,62). L'énoncé 51 qui affirme la nécessité d'énoncer le problème et son étiologie est le seul qui recueille un désir fort et un agir fort. Tous les autres qui, d'une certaine façon, en précisent les modalités ont un désir faible. Par contre, bon nombre des éléments du processus diagnostique recueillent un désir fort (41,42,43,45,46,47,49,50,66,73). Les éléments du processus dont le désir et l'agir sont faibles sont ceux qui touchent le raffinement de l'hypothèse (48,53) et l'utilisation de l'intuition (69,74). À la lumière de ces résultats, il ressort que les répondantes s'intéressent au processus diagnostique. Cette précision est importante car elle aura des conséquences sur un éventuel plan d'action.

Une grande importance semble être accordée à l'analyse des données qui découlent de l'identification des forces du client et de ses problèmes (42: agir fort, désir fort), pourtant, dans l'agir, les résultats donnent une faible cote à l'identification des forces du client. Toutefois dans la section du questionnaire qui portait sur l'évaluation initiale, la classification des données qui permettrait l'identification des forces et des problèmes du client se situait au niveau du désir fort et de l'agir faible. Cette données est intéressante; elle pourrait signifier que dans leur analyse, les enseignantes utilisent un processus plus intuitif qu'analytique et cela en dépit du fait qu'elles semblent dire que l'intuition se situe au niveau du désir faible.

Le tableau VI indique également que le nombre d'énoncés dans la catégorie 1 (agir et désir forts) est égal au nombre retenu dans la catégorie 4 (agir et désir faibles). La différence au niveau des énoncés est que, dans la catégorie 1 (agir et désir forts), les énoncés se rapportent davantage à ce que les enseignantes font déjà dans leur pratique. Les énoncés sont concrets, tels l'identification d'un problème et de sa cause (41,50,51), la distinction entre un problème actuel et potentiel (52), l'importance des connaissances et de l'expérience en soins infirmiers (63), la distinction des données normales et anormales (66), le diagnostic comme processus logique (no 73) et la collaboration avec les autres professionnels de la santé (75). Ceux de la catégorie 4 (agir et désir faibles) reflètent bien ce que les enseignantes ont noté dans leurs commentaires à savoir que l'ajout de la notion de problèmes communs complique l'enseignement du diagnostic infirmier. Quelques enseignantes avaient d'ailleurs noté qu'elles ne travaillaient pas cette notion avec les étudiantes, préférant insister sur les problèmes intitulés problèmes actuels et potentiels. D'après les commentaires des enseignantes, il n'y a pas de consensus sur la façon d'élaborer un diagnostic lorsque celui-ci n'est pas inclus dans la catégorisation de l'ANADI (62). En ce qui concerne l'énoncé 71, quelques enseignantes ont noté dans leurs commentaires qu'elles s'interrogeaient sur la raison pour laquelle on considérerait le diagnostic infirmier comme cadre de référence commun aux infirmières alors qu'il est si complexe et peu utilisé dans les milieux cliniques.

4.2.3.2 Mise en priorité des écarts

Les quatre plus grands écarts (annexe VIII) du thème diagnostic sont:

69	1,50	reconnaître que l'intuition peut être une faculté utile dans l'établissement du diagnostic infirmier,
64	1,49	reconnaître ses capacités et ses limites avant de poser un diagnostic infirmier,
74	1,34	considérer le raisonnement diagnostic comme un processus intuitif,
62	1,31	élaborer un diagnostic infirmier en suivant le modèle PES (problème étiologie symptôme) dans le

cas ou le diagnostic identifié ne figure pas sur la liste de l'ANADI.

Selon notre modèle d'analyse, ces énoncés correspondent à des besoins mais leur cote de souhait (annexe VIII) est inférieure à la moyenne, ce qui signifie qu'ils ne sont pas vraiment souhaités. Comme plusieurs énoncés du questionnaire se retrouvent dans cette situation, il importe de connaître les conceptions individuelles des répondantes face au diagnostic et notre questionnaire ne nous permet pas de le faire.

4.2.3.3 Mise en priorité des cotes les plus élevées et les plus basses

Dans le tableau VII qui suit, nous présentons les cotes les plus élevées et les plus basses des énoncés qui relèvent du thème diagnostic.

Tableau VII Diagnostic: cotes significatives

AGIR (Moy.: 3,40)					
Cotes les plus élevées			Cotes les plus basses		
no	cote	énoncé	no	cote	énoncé
49	4,29	identifier un problème de santé	64	2,58	reconnaître ses capacités et ses limites avant de poser un diagnostic infirmier
50	4,04	déterminer la cause du problème	69	2,61	reconnaître que l'intuition peut-être une faculté utile dans l'établissement du diagnostic infirmier
51	4,00	énoncer le problème et son étiologie	72	2,63	consigner dans le diagnostic infirmier les réactions de l'individu à son ou ses problèmes de santé
58	3,96	utiliser correctement la terminologie propre aux diagnostics infirmiers	74	2,08	considérer le raisonnement diagnostic comme un processus intuitif

SOHAIT (Moy.: 4,19)					
Cotes les plus élevées			Cotes les plus basses		
no	cote	énoncé	no	cote	énoncé
41	4,61	regrouper les indices favorisant l'identification du problème	44	3,44	utiliser une liste de problèmes, généraux les plus souvent rencontrés chez les clients
42	4,61	analyser les données afin d'identifier les forces et les problèmes actuels et potentiels du client	61	3,79	Ecrire le problème commun en utilisant les lettres PC devant le problème identifié
43	4,56	recueillir au besoin des données additionnelles concernant tous signes ou symptômes identifiés chez le client afin de mieux cerner le problème	72	3,46	consigner dans le diagnostic infirmier les réactions d'un individu à son ou ses problèmes de santé
49	4,71	identifier le problème	74	3,42	considérer le raisonnement diagnostic comme un processus intuitif
50	4,61	Déterminer la cause du problème identifié			

Les résultats présentés dans le tableau VII sont concordants avec ceux que nous offre le modèle de Hershkowitz (voir aussi le tableau VI). Toutefois, il offre plus de discrimination. Ainsi, pour l'agir fort, seuls les énoncés 49 (identifier le problème), 50 (déterminer sa cause) et 51 (énoncer le problème et son étiologie) obtiennent un score supérieur à 4. Le tableau VII permet également de voir que le souhait pour les énoncés 42 et 43 touchant le processus du diagnostic est relativement élevé. Ce tableau met également en évidence le fait que la place de l'intuition à l'intérieur du raisonnement diagnostique n'est pas très reconnue.

Enfin, les résultats de l'énoncé 64 peuvent surprendre car lorsque l'on pose un diagnostic infirmier, il est important de reconnaître nos capacités et nos limites. Nos stages en entreprise nous ont démontré que les facteurs temps, ressources et organisation de la tâche sont des limites pour l'infirmière dans la planification écrite des soins, dont il importe de tenir compte.

4.2.4 Thème 4: planification

Ce thème constitue la troisième étape de la démarche clinique. Après avoir identifié les diagnostics infirmiers à l'étape 2, il s'agit de déterminer comment soigner le malade de façon organisée et individualisée, tout en considérant les ordonnances et les restrictions médicales, en établissant des priorités, en déterminant des objectifs ou résultats attendus du client et en décidant des actions infirmières à entreprendre. Cela constitue le plan de soins. Les enseignantes ont été interrogées sur les points suivants:

- les conditions préalables (77,78,103),
- la considération des priorités (76,79,104,105,106),
- les aspects ayant trait aux objectifs (80,81, 82,83,84,85,85,86,87,88,89),
- les aspects ayant trait au choix des interventions (90,91,93,94,95,96,97,98,100,101),
- l'identification des forces du client qui l'encourageront à participer à la résolution de son problème (92),
- la participation du client (92,102).

4.2.4.1 Catégorisation de Hershkowitz

Ce thème comprend 32 énoncés et selon l'annexe IX, il a récolté des moyennes de 3,52 dans l'agir (axe AY) et de 4,33 au niveau du désir (axe AX). Le tableau VIII présente les énoncés selon la catégorisation de Hershkowitz. Ce tableau indique qu'il y a 16 énoncés (50%) récoltant un agir fort (catégories 1 et 3) et 16 énoncés (50%) qui ont obtenu un agir faible. Du côté du souhait, 21 énoncés (65,62%) sont au-dessus de la moyenne (catégories 1 et 2) contre 11 énoncés (34,37%) sous la moyenne générale. La catégorie 1 récolte le plus grand nombre d'énoncés.

Selon le modèle de Hershkowitz, les énoncés se répartissent ainsi:

- catégorie 1 (agir fort, désir fort),

la considération des priorités:

- . l'urgence de la situation (76),
- . les aspects bio-psycho-sociaux (104),

la formulation des objectifs qui sous-tendent les interventions choisies :

- . les objectifs en fonction des diagnostics infirmiers (80),
- . les objectifs qui orientent les interventions (81),
- . les objectifs réalistes (82),
- . les objectifs centrés sur le client (83),

- . les objectifs précis et mesurables (84),
- . l'utilisation de verbes qui décrivent le comportement du client (85),
- . les objectifs: buts à atteindre après traitement (86),

les aspects ayant trait aux interventions:

- . la connaissance des principes scientifiques (91),
- . les liens avec diagnostic et objectif (94),
- . la capacité d'enrayer la cause (95),
- . les interventions reliées à l'enseignement (97),
- . la connaissance des principes scientifiques (91),

le contenu du plan de soins (107);

Tableau VIII Planification selon le modèle de Hershkowitz

SITUATION ACTUELLE	Y	5.0	
		Catégorie 3	Fréq.: 2
		Agir fort, désir faible	
		77	
		100	
		5.0	
		Catégorie 1	Fréq.: 14
		Agir fort, désir fort	
		76	91
		80	94
		81	95
		82	97
		83	104
		84	107
		85	
		86	
3.0			
		Catégorie 4	Fréq.: 9
		Agir faible, désir faible	
		78	
		79	
		87	
		88	
		89	
		98	
		99	
		103	
		105	
		Catégorie 2	Fréq.: 7
		Agir faible, désir fort	
		90	
		92	
		93	
		96	
		101	
		102	
		106	
A			
		0.0	5.0
		SITUATION SOUHAITEE	

- catégorie 2 (agir faible, désir fort),

le choix des interventions

- . la participation du client dans la planification des soins (90),
- . l'utilisation de la créativité de l'infirmière (93),
- . interventions réalistes de soins (96),

. les interventions d'assistance conduisant le client à être autonome (101),

la participation du client (92,102),

la considération des priorités:

. vision globale du client (106);

-catégorie 3 (agir fort, désir faible),

les considérations préalables:

. la distinction entre les diagnostics infirmiers et les problèmes communs (77),

le choix des interventions:

. la capacité d'enrayer le problème ou de le diminuer (100);

- catégorie 4 (agir faible, désir faible),

les conditions préalables:

. la détermination des problèmes communs (78),

. le plan de traitement médical (103),

les particularités:

. le type de diagnostic retenu (79),

la référence à d'autres professionnels (99),

la classification des objectifs (87),

la distinction des objectifs à court, moyen et long terme (88),

l'importance de dater les objectifs (89),

la considération des priorités (103),

la considération des problèmes potentiels (105),

les interventions visant l'autonomie (98).

Cette répartition des énoncés nous indique encore une fois que les enseignantes accordent de l'importance aux objectifs qui font appel à des gestes concrets, par exemple, la détermination des problèmes du client qui demandent une action immédiate (76), l'élaboration d'objectifs en fonction des diagnostics, l'importance d'élaborer des objectifs réalistes, mesurables, centrés sur les besoins du client et basés sur des connaissances scientifiques (80,82,83,84,91). Les répondantes accordent une grande importance aux interventions de soins devant réduire ou éliminer la cause du problème du client (95), aux interventions d'enseignement (97) et à la considération des niveaux biologique, sociologique et psychologique de l'individu (104). Enfin, on veut inclure au plan de soins les diagnostics infirmiers, les objectifs, les interventions spécifiques et l'évaluation des progrès du client (107).

Dans la section du diagnostic, nous avons vu que la distinction des termes obtenait des cotes basses. La tendance se poursuit dans cette section. Dans la catégorie 3 (agir fort, désir faible), on note que les enseignantes font la distinction entre le diagnostic infirmier et les problèmes communs, mais cette pratique est peu souhaitée (77). Une répondante soulignait dans ses commentaires que

cette pratique devrait se faire à l'université et qu'au cégep, on devrait s'en tenir à consolider la notion du diagnostic infirmier. Dans la catégorie 1 (agir et désir forts), on inscrit et on désire inscrire les diagnostics infirmiers au plan de soins, mais dans la catégorie 4, on octroie une faible cote à ne mettre au plan de soins que les diagnostics très particuliers du client. À noter qu'Alfaro conseille cette méthode dans le but d'éviter de faire de longs plans de soins qui risqueraient alors de ne pas être lus, donc inutilisés. Elle recommande donc de n'écrire au plan de soins que les diagnostics très particuliers dans un but de concision et de clarté. Ce qui relève de la routine des soins ne devrait pas, selon elle, s'y retrouver.

4.2.4.2 Mise en priorité des écarts

Les quatre besoins les plus manifestes (voir annexe IX) du thème planification concernent les énoncés suivants:

92	(1.53)	Identifier les forces du client qui l'encourageront à participer à la résolution de son problème
102	(1.50)	Tenir compte de la perception du client dans l'établissement des priorités de soins
90	(1.39)	Encourager la participation du client dans la planification des soins.
93	(1,38)	Utiliser sa créativité dans le choix des interventions de soins.

Il est intéressant de noter que les pratiques qui sous-tendent ces 4 énoncés ne sont pas courantes en milieu clinique. Nous pourrions nous demander si ce fait peut expliquer les écarts significatifs entre l'agir et le désir. Et en ce sens, nous serions en mesure de constater que les pratiques du milieu clinique influencent parfois celles des étudiantes et des enseignantes. Nous aurions ici quatre exemples qui illustrent ce fait. Effectivement, de façon générale, la collecte de données est orientée davantage vers les problèmes du client et l'infirmière est souvent portée à mettre de côté les ressources du client, lesquelles peuvent pourtant être utilisées. Étant donné que la planification écrite est peu appliquée, il est rare de voir une infirmière vérifier la perception du client dans l'établissement des priorités de soins. Il est rare également qu'on la voit demander la participation du client dans la planification de ses soins. Dans la pratique, les interventions de soins face à un problème spécifique du client sont souvent les mêmes qui se répètent pour tous les clients présentant un même problème. Les résultats de l'annexe IX indiquent cependant un désir de changement puisque le désir concernant les quatre énoncés précédemment cités récoltent des cotes élevées.

4.2.4.3 Mise en priorité des cotes les plus élevées et les plus basses

Nous présentons au tableau IX la mise en priorité des cotes les plus élevées et les plus basses du thème planification.

Tableau IX Planification: cotes significatives

AGIR (Moy.: 3,52)					
Cotes les plus élevées			Cotes les plus basses		
no	cote	énoncé	no	cote	énoncé
81	4,30	écrire les objectifs qui orienteront les interventions	79	2,17	n'inclure au plan de soins que les diagnostics complexes et peu communs
83	4,39	écrire les objectifs centrés sur le client	87	2,17	classer les objectifs du plan de soins selon les domaines cognitif, psycho-moteur et affectif
84	4,32	écrire en termes précis des objectifs mesurables	98	2,65	inclure dans sa planification écrite des interventions de conseils au client
94	4,18	inclure dans sa planification écrite des interventions de soins en fonction des diagnostics infirmiers et de leurs objectifs respectifs	99	2,50	inclure, au besoin, dans sa planification écrite des références à d'autres professionnels de la santé afin de faire des interventions appropriées

SOUHAIT (Moy.: 4,33)					
Cotes les plus élevées			Cotes les plus basses		
no	cote	énoncé	no	cote	énoncé
76	4,73	déterminer problèmes qui demandent une attention immédiate et prendre les mesures appropriées	79	3,08	n'inclure au plan de soins que les diagnostics complexes et peu communs
82	4,71	écrire des objectifs réalistes	87	3,13	classer les objectifs du plan de soins selon les domaines cognitif, psycho-moteur et affectif
83	4,75	écrire des objectifs centrés sur le client	98	3,85	inclure dans sa planification écrite des interventions de conseils au client
91	4,68	connaître les principes scientifiques qui sous-tendent le choix des interventions de soins	99	3,79	inclure, au besoin, dans sa planification écrite des références à d'autres professionnels de la santé afin de faire des interventions appropriées
94	4,68	inclure dans sa planification écrite des interventions de soins en fonction des diagnostics infirmiers et de leurs objectifs respectifs			

Dans ce tableau, 5 énoncés récoltant des scores élevés au niveau du souhait ont été retenus en raison des résultats identiques de 2 d'entre eux.

Notons l'importance accordée tant dans le désir que dans l'agir à l'inclusion dans le plan de soins d'objectifs centrés sur le client (83) et d'interventions de soins liées aux diagnostics infirmiers et à leurs objectifs respectifs (94). De plus, la mise en priorité des cotes les plus élevées et les plus basses semblent confirmer l'intérêt des répondantes pour les aspects concrets de la planification.

Il importe de souligner, que tous les énoncés ayant une cote faible dans l'agir sont aussi peu souhaités. Ainsi, les éléments de contenu du plan de soins concernant les types de diagnostics à inclure, les références à d'autres professionnels et les interventions de conseils sont perçus comme moins importants. Pourtant, les enseignantes ont signifié qu'elles accordaient une grande importance à référer, au besoin, à d'autres professionnels de la santé. Ce qui diffère ici, c'est qu'il semble qu'elles ne désirent pas inscrire ces références dans le plan de soins. Des précisions s'imposent quant à cette donnée.

La faible cote obtenue pour les interventions de conseils (98) peut surprendre car le modèle de soins choisi en département favorise la prise en charge de l'individu, cela est d'autant plus surprenant que les interventions d'enseignement (97) obtiennent une cote relativement élevée. De plus, selon nos observations, l'enseignement au bénéficiaire a toujours fait partie des préoccupations des enseignantes. D'ailleurs, un travail sur l'enseignement au client est présentement en cours au département.

4.2.5 Thème 5: mise en application

La mise en application est la quatrième étape de la démarche clinique qui consiste à appliquer ou encore à réaliser le plan de soins. Ainsi, il faut continuer à recueillir des données et à tenir compte des priorités car il faut s'adapter à la situation du jour, faire les interventions de soins, enregistrer des notes au dossier, transmettre les données du plan de soins et le mettre à jour quotidiennement. Une partie de la mise en application comprend l'évaluation continue du client et les interventions de soins de l'infirmière.

Dans ce thème, les enseignantes ont été interrogées sur les points suivants:

- l'évaluation continue de la situation du client (108,109,110,11,113),
- la transmission des informations (112,120),
- la détermination des tâches que le client peut faire seul (114),
- les priorités de chaque client dans l'application des soins(115),
- les interventions à accomplir (116,117,118,119),
- le respect des principes scientifiques (120),
- la transmission des notes au dossier (121),
- la référence au plan de soins (122,123).

4.2.5.1 Catégorisation de Hershkowitz

Nous présentons à l'annexe X les moyennes générales des énoncés de ce thème tant pour l'agir que pour le souhait. Ainsi, l'agir récolte une moyenne de 3,64 et le souhait de 4,48. Le tableau X présente la catégorisation des énoncés selon le modèle de Hershkowitz.

Tableau X Mise en application selon le modèle de Hershkowitz

SITUATION ACTUELLE	Y	5.0		
		Catégorie 3	Fréq.: 1	
		Agir fort, désir faible		
		122		
SITUATION ACTUELLE	Y	5.0		
		Catégorie 1	Fréq.: 7	
		Agir fort, désir fort		
		112 114 115 118 119 120 121		
SITUATION ACTUELLE	Y	3.0		
		Catégorie 4	Fréq.: 5	
		Agir faible, désir faible		
		110 111 116 117 123		
SITUATION ACTUELLE	Y	3.0		
		Catégorie 2	Fréq.: 3	
		Agir faible, désir fort		
		108 109 113		
A		0.0		
		4.0		
		5.0		
		X		
SITUATION SOUHAITEE				

À la lecture de ce tableau, nous constatons qu'un nombre égal d'énoncés (8 sur 16) se retrouvent au-dessous et en dessous de la moyenne de l'agir. Les cotes du souhait se répartissent plus inégalement. En effet, 10 énoncés (62,5%) sont cotés fort contre 6 énoncés (37,5%) cotés faible.

Selon la catégorisation de Hershkowitz, les énoncés se répartissent ainsi:

- **catégorie 1** (agir fort, désir fort),

la transmission des informations:

. la transmission verbale (112),

. la transmission au dossier (121),

la détermination des tâches que le client peut faire seul (114),

la considération des priorités de chaque client (115),

les interventions à accomplir :

. la surveillance du client (118),

. la prévision d'un environnement sécuritaire (119),

le respect des principes scientifiques (120);

- **catégorie 2** (agir faible, désir fort),

l'évaluation continue de la situation du client :

- . le recueil d'informations de façon continue (108),
- . la réévaluation constante de la réponse du client (109,113);

- **catégorie 3** (agir fort, désir faible),

la référence au plan de soins:

- . la nécessité de recourir au plan de soins (122);

- **catégorie 4** (agir faible, désir faible),

l'évaluation de la situation du client:

- . l'évaluation continue des données en fonction des priorités de soins (110),
- . la révision quotidienne des diagnostics infirmiers (111),

les interventions à accomplir:

- . la détermination des tâches en fonction du plan de soins, des routines et des protocoles de soins (116),
- . la supervision du client (117),

la référence au plan de soins:

- . la révision du plan de soins (123).

Cinq énoncés se retrouvent dans la catégorie 4 (agir et désir faibles) dont 3, entre autres qui sont reliés à la notion d'évaluation continue (110,111) et à la révision subséquente du plan de soins (123). Cela soulève des questions car ces aspects sont au coeur de la démarche de soins. De plus, la réponse à la question 116 étonne car la détermination des tâches à accomplir semble être une pratique courante.

Une attention particulière doit être portée à l'énoncé 114 de la catégorie 1 (agir et désir forts). Selon les perceptions des répondantes, celles-ci accordent une grande importance à la détermination des tâches que le client peut faire seul. Pourtant, l'énoncé 7 concernant la participation du client à l'application de la démarche clinique recevait une cote faible. Des précisions sont donc à obtenir au sujet de ces deux énoncés. La reconnaissance des priorités de chaque client, leur surveillance constante, la référence aux principes scientifiques pour toutes interventions de soins et l'écriture au dossier des réactions du client aux interventions de soins sont des aspects forts tant au niveau de l'agir que du souhait.

4.2.5.2 Mise en priorité des écarts

Selon l'annexe X, les énoncés dont les écarts sont les plus significatifs rejoignent ceux qui seront présentés au tableau XI (cotes les plus significatives). Entre autres, nous pouvons identifier les énoncés suivants:

- 111 (1,37) revoir quotidiennement la liste des diagnostics infirmiers et des problèmes communs,
- 110 (1,25) identifier quotidiennement les données qui ont des incidences sur les priorités des soins,
- 113 (1,24) réévaluer constamment la réponse du client à ses soins,
- 108 (1,10) recueillir de façon continue les données du client.

Nos commentaires ici sont du même ordre que ceux exposés auparavant, à savoir qu'il est difficile de pratiquer ce qui ne se fait pas dans les unités de soins. À cela, nous ajoutons cependant que notre expérience d'enseignante nous a montré que les enseignantes consultent et vérifient les plans de soins de leurs étudiantes durant les stages et qu'elles leur apportent l'aide nécessaire pour y consigner les corrections nécessaires. De plus, les résultats de l'énoncé 113, lequel arrive au premier rang du souhait, indiquent que la réévaluation constante des réactions du client à ses soins figure parmi les préoccupations premières des enseignantes.

4.2.5.3 Mise en priorité des cotes les plus élevées et les plus basses

Le tableau XI qui suit présente la mise en priorité des cotes les plus élevées et les plus basses du thème mise en application.

Tableau XI Mise en application: cotes significatives

AGIR			(Moy.: 3,64)		
Cotes les plus élevées			Cotes les plus basses		
no	cote	énoncé	no	cote	énoncé
112	4,46	transmettre verbalement au personnel infirmier les informations concernant le client	110	3,11	identifier quotidiennement les données qui ont des incidences sur les priorités de soins
118	4,04	assurer une surveillance constante du client dont l'état présente des complications potentielles	111	2,83	revoir quotidiennement la liste des diagnostics infirmiers et des PC
119	3,93	accomplir les interventions de soins dans un environnement sécuritaire	116	3,44	déterminer quotidiennement les tâches à faire dans l'équipe de soins selon le plan de soins, les routines et les protocoles de soins
121	3,93	écrire au dossier du client la façon dont il répond aux interventions de soins	123	3,33	réviser le plan de soins afin de s'assurer que les données sont à jour

SOUHAI			(Moy.: 4,48)		
Cotes les plus élevées			Cotes les plus basses		
no	cote	énoncé	no	cote	énoncé
108	4,61	Recueillir de façon continue les données du client		4,00	revoir quotidiennement la liste des diagnostics infirmiers et des problèmes communs et évaluer leur importance
112	4,68	transmettre verbalement au personnel infirmier les informations concernant le client	116	4,32	déterminer quotidiennement les tâches à faire dans l'équipe de soins selon le plan de soins, les routines et les protocoles
113	4,68	réévaluer constamment la réponse du client à ses soins	117	3,63	superviser le client quand il exécute lui-même une activité de soins
115	4,61	tenir compte des priorités de chaque client lors de l'application des soins	123	4,33	réviser le plan de soins afin de s'assurer que les données soient à jour
121	4,64	écrire au dossier du client la façon dont il répond aux interventions de soins			

Ce tableau indique que les répondantes accordent une grande importance dans leur agir à accomplir les interventions de soins qui se font en milieu clinique, c'est-à-dire: communiquer les informations concernant le client au personnel infirmier (112), assurer une surveillance constante

(118) et rédiger le dossier (21). En plus de continuer les mêmes pratiques, elles souhaitent fortement réévaluer constamment la réponse du client à ses soins et tenir compte des priorités de chacun.

Par contre, les énoncés touchant le plan de soins, la révision des diagnostics et des problèmes communs sont peu populaires dans l'agir et le désir, ce qui confirme encore une fois la catégorisation des énoncés selon le modèle de Hershkowitz.

4.2.6 Thème 6: évaluation

Ce thème constitue la dernière partie de la démarche clinique. Elle consiste en la détermination du degré d'efficacité du plan de soins par l'infirmière, ce qui a pour conséquence, nous dit Alfaro (1990), que l'infirmière modifie le plan de soins ou met un terme aux soins. En fait, l'évaluation commence plus tôt, dès le moment où l'infirmière surveille et évalue les réponses du client aux interventions infirmières pour ajuster le plan de soins à ses réactions.

Les enseignantes ont été interrogées sur les points suivants:

- les critères pour l'évaluation de l'atteinte des objectifs (124),
- la vérification auprès du client de la résolution de son problème de santé et de l'atteinte des objectifs de soins (125,129),
- les vérifications des objectifs (126,127,128,130,140),
- le processus de planification (131,132,133,134,135,136,138,139,141,142,144)
- l'analyse du processus de planification (137,143).

4.2.6.1 Catégorisation de Hershkowitz

L'annexe XI présente les moyennes générales de l'agir et du souhait des 21 énoncés de ce thème. La moyenne de l'agir est de 3,50 et celle du souhait de 4,31. La catégorisation des énoncés selon le modèle de Hershkowitz est présentée au tableau XII.

Le tableau XII indique que dans l'agir, 12 énoncés sont au-dessus de la moyenne (catégories 1 et 3) soit 57,14% et 9 énoncés (42,85%) sont au-dessous (catégories 2 et 4). Au niveau du souhait, 10 énoncés (47,61%) se situent au-dessus de la moyenne (catégories 1 et 2) contre 11 énoncés (52,38%) qui se retrouvent sous la moyenne (catégories 3 et 4). La catégorie 1 (agir et désir forts) récolte le plus grand nombre d'énoncés (8), suivi de très près de la catégorie 4 (agir et désir faibles) qui contient 7 énoncés.

Tableau XII Évaluation selon le modèle de Hershkowitz

SITUATION ACTUELLE	Y	5.0			
		Catégorie 3	Fréq.: 4	Catégorie 1	Fréq.: 8
		Agir fort, désir faible		Agir fort, désir fort	
		127		125	
		131		132	
		133		136	
		135		138	
				139	
				140	
				141	
				142	
	3.0				
		Catégorie 4	Fréq.: 7	Catégorie 2	Fréq.: 2
		Agir faible, désir faible		Agir faible, désir fort	
		124		126	
		129		128	
		130			
		134			
		137			
		143			
		144			
	A				
		0.0	4.0	5.0	X
SITUATION SOUHAITÉE					

Selon les catégories, les énoncés se répartissent ainsi:

- **catégorie 1** (agir fort, désir fort),

la vérification auprès du client:

. la nature de ses problèmes (125),

le retour sur le processus de planification :

. la modification du plan de soins (132),

. l'établissement de nouvelles priorités au besoin (136),

. le changement d'objectifs au besoin (138,139)

. modifications des interventions au besoin (141,142),

la vérification des objectifs:

. en regard des interventions (140);

- **catégorie 2** (agir faible,désir fort),

la vérification des objectifs:

. en fonction des capacités du client (126),

. en fonction des conditions établies (128);

- **catégorie 3** (agir fort, désir faible),

la vérification des objectifs:

. en fonction du niveau d'atteinte (127),

le retour sur le processus:

. le recueil de nouvelles données (131),

la pertinence des diagnostics infirmiers et des problèmes communs (133),

. l'ajout de nouveaux diagnostics et problèmes communs (135);

- **catégorie 4** (agir faible, désir faible),

l'établissement de critères pour l'évaluation de l'atteinte des objectifs (124),

la vérification auprès du client:

. la verbalisation sur l'atteinte des objectifs (129),

la vérification des objectifs:

. en fonction des variables qui affectent l'atteinte des objectifs (130),

le retour sur le processus de planification:

. l'élimination des diagnostics infirmiers et des problèmes conjoints non appropriés (134),

. l'établissement d'une nouvelle date pour une réévaluation (144),

l'analyse du processus de planification:

. l'analyse des motifs qui font que les objectifs du client ne sont pas atteints (137),

. l'identification des facteurs qui contribuent au succès ou à l'échec de l'atteinte des objectifs (143).

Nous nous retrouvons face à des résultats qui mettent en évidence des aspects théoriques (catégorie 4) et des aspects concrets (catégorie 1) de la démarche clinique. Ainsi, nous remarquons que ce qui se fait de façon régulière dans les unités de soins par exemple, la vérification auprès du client de la résolution de ses problèmes, (énoncé 125) est coté fort. Toutefois les énoncés concernant l'analyse, l'identification de critères et de facteurs pour l'évaluation de l'atteinte des objectifs, reçoivent des cotes moins élevées.

Selon Alfaro (1990), les critères d'évaluation des objectifs du client devraient être les objectifs que l'on retrouve au plan de soins. Il importe aussi de connaître la raison qui contribue à l'atteinte ou à l'échec des objectifs afin de pouvoir les modifier en considérant la situation que vit le client. Celui-ci perçoit-il les objectifs comme importants? Enfin, l'établissement d'une nouvelle date pour réévaluer le plan de soins permet à l'infirmière d'avoir en mains un plan de soins qui est à jour.

4.2.6.2 Mise en priorité des écarts

Les écarts les plus significatifs (voir annexe XI) correspondent aux points suivants:

129	(1,33)	encourager le client à verbaliser ses ressentis au sujet de l'atteinte des objectifs,
-----	--------	---

- 126 (1,25) évaluer les capacités du client par rapport aux objectifs établis en phase de planification,
- 124 (1,23) établir les critères pour l'évaluation de l'atteinte des objectifs,
- 137 (1,12) analyser les motifs qui font que les objectifs du client ne sont pas atteints.

Nous avons vu dans la présentation des énoncés selon le modèle de Hershkowitz que les enseignantes désirent fortement évaluer les capacités du client (126) malgré que présentement, dans l'agir, on accorde moins d'importance à cet objectif. Les résultats nous permettent de faire un exercice intéressant avec cet énoncé qui, comme nous l'avons vu à l'annexe XI a récolté une cote de 3,13 dans l'agir et se situe sous la moyenne. On a vu aussi que l'énoncé 139 (refaire de nouveaux objectifs en fonction des nouveaux problèmes identifiés) récoltait une forte cote dans l'agir et le souhait. Or, pour refaire de nouveaux objectifs, il faut évaluer les capacités du client. Le souhait de l'énoncé 126 (4,38) indique donc qu'il y a réellement un besoin à ce niveau.

4.2.6.3 Mise en priorité des cotes les plus élevées et les plus basses

Dans le tableau XIII, nous retrouvons les cotes les plus élevées et les plus basses du thème évaluation.

Tableau XIII Évaluation: cotes significatives

AGIR (Moy.: 3,50)					
Cotes les plus élevées			Cotes les plus basses		
no	cote	énoncé	no	cote	énoncé
138	3,78	changer les objectifs s'ils sont irréalistes	124	2,96	établir des critères pour l'évaluation de l'atteinte des objectifs
139	4,00	refaire de nouveaux objectifs en fonction des nouveaux problèmes identifiés	126	3,13	évaluer les capacités du client par rapport aux objectifs établis
140	3,96	examiner les interventions de soins pour chacun des objectifs	129	2,67	encourager le client à verbaliser ses ressentis au sujet de l'atteinte des objectifs
142	3,96	ajouter les interventions appropriées	144	3,12	établir une nouvelle date pour une réévaluation

SOHAIT (Moy.: 4,31)					
Cotes les plus élevées			Cotes les plus basses		
no	cote	énoncé	no	cote	énoncé
132	4,54	modifier, au besoin, le plan de soins	124	4,20	établir des critères pour l'évaluation de l'atteinte des objectifs
138	4,48	changer les objectifs s'ils sont irréalistes	129	4,00	encourager le client à verbaliser ce qu'il ressent au sujet de l'atteinte des objectifs
139	4,50	refaire de nouveaux objectifs en fonction des nouveaux problèmes identifiés	134	4,00	supprimer les diagnostics infirmiers et les PC non appropriés
140	4,50	examiner les interventions de soins pour chacun des objectifs	135	4,13	ajouter les nouveaux diagnostics et les nouveaux PC
			144	4,20	établir une nouvelle date pour une réévaluation

Dans ce tableau, 3 des 4 énoncés qui sont forts dans l'agir et le désir concernent les objectifs de soins et les interventions qui en découlent. Rappelons que les énoncés relatifs aux objectifs obtenaient de fortes cotes dans le thème planification. On remarque aussi que 2 énoncés touchant le diagnostic et les problèmes communs sont parmi les moins souhaités. Les ressentis du client face

à l'atteinte des objectifs (129), n'ont pas été retenus tant dans l'agir que dans le désir. Ces résultats correspondent à ceux de la catégorisation du modèle de Hershkowitz et à ceux de la mise en priorité des écarts déjà cités.

Les résultats de l'énoncé 135 (ajouter les nouveaux diagnostics et les nouveaux PC) confirment à notre avis la faible importance accordée aux problèmes communs puisque l'énoncé 139 (refaire de nouveaux objectifs en fonction des nouveaux problèmes identifiés) obtient des cotes fortes. On veut donc, dans un processus d'évaluation du plan de soins, refaire de nouveaux objectifs mais il ne nous semble pas qu'il en soit de même pour les problèmes communs. Un éclaircissement auprès des enseignantes est à faire ici afin d'éviter une mauvaise interprétation. Rappelons que les remarques des répondantes étaient partagées quant à l'utilisation des problèmes communs, car quelques enseignantes disaient que la notion des problèmes communs était complexe et elles s'interrogeaient sur la nécessité de les inclure au plan de soins.

Dans l'agir, l'énoncé 144 (établir une nouvelle date pour une réévaluation) est jugé peu important et pourtant, comme nous l'affirmions antérieurement, lors des stages, les enseignantes vérifient de façon constante les planifications écrites des étudiantes. D'ailleurs, les résultats des énoncés 139, 140 et 142 expriment bien cette pratique. Il s'agit donc de discuter en département l'importance de noter par écrit la date où le plan de soins a été évalué. Ceci comprend l'évaluation du progrès du client en fonction des objectifs établis.

4.3 Perceptions des enseignantes concernant l'enseignement de la démarche clinique: classement des thèmes

Après avoir jeté un regard sur les résultats des énoncés de chacun des thèmes, nous présentons maintenant le classement des thèmes avec leur moyenne respective dans l'agir et le désir. Le tableau XIV indique ces résultats.

Le classement des données indique que dans l'agir l'ordre d'importance des thèmes en partant de la cote la plus forte est le suivant:

- 1- mise en application
- 2- planification
- 3- évaluation initiale
- 4- évaluation
- 5- éléments généraux de la démarche
- 6- diagnostic.

Tableau XIV: Moyennes générales selon les situations souhaitées et actuelles pour l'ensemble des thèmes

	Situation souhaitée	Situation actuelle
Thème	Moyenne	Moyenne
Éléments généraux	4.36	3.43
Évaluation initiale	4.34	3.51
Diagnostic	4.19	3.40
Planification	4.33	3.52
Mise en application	4.48	3.64
Évaluation	4.31	3.50

Toujours selon les mêmes paramètres, le classement concernant le souhait est:

- 1- mise en application
- 2- éléments généraux de la démarche
- 3- évaluation initiale
- 4- planification
- 5- évaluation
- 6- diagnostic.

Dans les 2 cas, ces résultats démontrent que les enseignantes privilégient d'abord les aspects qui touchent la mise en application du processus de planification. Ceci va à l'encontre des commentaires que parfois les enseignantes reçoivent des infirmières de chevet à savoir que les enseignantes ont plutôt des préoccupations d'ordre théorique que pratique. En effet, le diagnostic infirmier arrive au dernier rang dans les 2 cas. Le fait que les nouvelles enseignantes sont moins familières avec le concept du diagnostic infirmier peut expliquer nos résultats. Rappelons que ce concept est relativement nouveau et son utilisation n'est pas encore universelle. À ce sujet, Michel Fontaine, alors directeur des soins infirmiers à l'Hôtel-Dieu de Québec déclarait:

«Encore aujourd'hui, tous les avantages décrits dans la littérature concernant le diagnostic infirmier, tant à l'égard du malade que de l'infirmière et de la profession, ne suffisent pas à rendre son utilisation universelle. Un tel paradoxe est attribuable entre autres au fait que l'infirmière, à travers toutes ses tâches quotidiennes, n'a pas toujours le temps de dépouiller la littérature spécialisée et souvent complexe qui pourrait l'aider à éliminer les difficultés qu'elle rencontre pour émettre et formuler le diagnostic infirmier de son client» (cité dans Grondin, Lussier, Phaneuf, Riopelle, 1990, p.III).

Il ne suffit pas uniquement de dépouiller la littérature spécialisée concernant le diagnostic, il faut aussi choisir les approches qui nous conviennent. Par exemple, pour la formulation du diagnostic infirmier, le groupe de Grondin, Riopelle, Lussier, Phaneuf (1990) propose des règles différentes de celles de Carpenito et Alfaro. Bien que toutes ces auteures affirment que le diagnostic infirmier

repose fondamentalement sur le P.E.S. (problème, étiologie et symptôme), par esprit de concision, l'équipe de Grondin préfère ne pas inclure dans l'énoncé du diagnostic infirmier les manifestations du problème de santé du client. A leur point de vue, il n'est pas nécessaire d'allonger l'énoncé de diagnostic. Ces auteures considèrent que les manifestations du problème du client servent au processus d'analyse plutôt qu'à la formulation du diagnostic.(Grondin et al, 1990, p. 3).

Par contre, pour Carpenito et Alfaro, il est nécessaire que l'énoncé de diagnostic comprennent les manifestations du problème ou encore les caractéristiques déterminantes, lesquelles justifient les hypothèses mises de l'avant.

«L'inclusion des signes et des symptômes dans l'intitulé justifie le choix de ce diagnostic précis. Cette façon de faire permet de présenter un tableau clair de la raison pour laquelle l'infirmière a choisi ce diagnostic particulier» (Alfaro, version française, 1990, p.87).

Enfin, la formulation du diagnostic en trois parties aide l'infirmière lors de la révision et de l'évaluation du plan de soins. Une fois les symptômes disparus, le client a de fortes chances de ne plus avoir ce diagnostic, à moins que d'autres manifestations liées au même problème se soient présentées. Dans ce cas, l'inclusion des nouvelles manifestations devient un nouveau point de surveillance pour l'infirmière.

4.3.1 Catégorisation selon le modèle de Hershkowitz

Le tableau XV illustre la place qu'occupe chacun des thèmes selon la catégorisation du modèle de Hershkowitz. Ainsi, selon les catégories 1 à 4, les thèmes sont distribués de la façon suivante:

- **catégorie 1** (agir fort, désir fort)

thème 2 : évaluation initiale,

thème 4: planification),

thème 5 : mise en application;

- **catégorie 2** (agir faible, désir fort)

thème 1: éléments généraux;

- **catégorie 3** (agir fort, désir faible)

thème 6: évaluation;

- **catégorie 4** (agir faible, désir faible)

thème 3: diagnostic.

Tableau XV Distribution des thèmes selon le modèle de Hershkowitz

SITUATION ACTUELLE	5.0 Y	Catégorie 3	Fréq.: 1	Catégorie 1	Fréq.: 3
		Agir fort, désir faible		Agir fort, désir fort	
		6 (évaluation)		2 (évaluation initiale) 4 (planification) 5 (mise en application)	
	3.0	Catégorie 4	Fréq.: 1	Catégorie 2	Fréq.: 1
		Agir faible, désir faible		Agir faible, désir fort	
		3 (diagnostic)		1 (éléments généraux)	
	A	0.0	4.0	5.0	X
SITUATION SOUHAITÉE					

Ces résultats indiquent que dans l'agir, les énoncés recueillant une cote supérieure à la moyenne (3,5), concernent l'évaluation initiale, la planification, la mise en application et l'évaluation. Seuls les énoncés se rapportant au diagnostic et aux éléments généraux de la démarche clinique recueillent une cote sous la moyenne générale, donc sont considérés comme peu importants. À noter que le thème « les éléments généraux de la démarche » contient des questions sur le diagnostic.

Quant au souhait, les thèmes évaluation initiale, planification, mise en application et éléments généraux ont une cote au-dessus de la moyenne (4,3) et seuls les thèmes diagnostic et évaluation ont une cote inférieure. Le thème diagnostic sur l'axe AY et AX dans la catégorie 4 indique qu'il est le moins appliqué et le moins souhaité.

La distribution des thèmes selon le modèle de Hershkowitz, montre qu'au niveau de l'agir, 4 thèmes (66,6%) récoltent une forte cote. Il en est de même au niveau du désir.

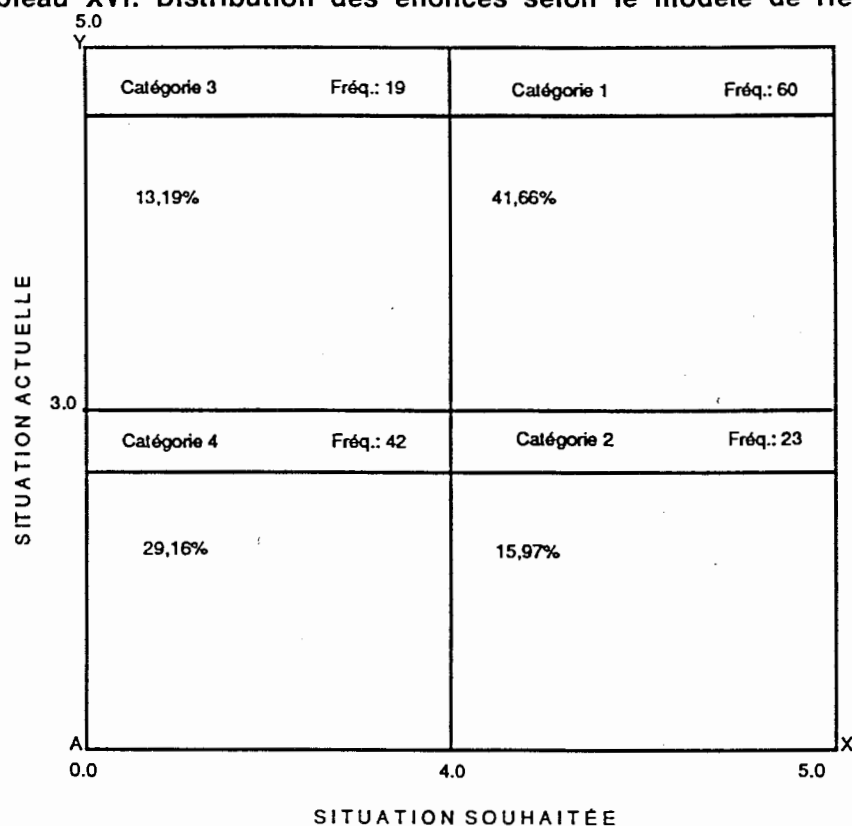
4.4 Portrait global des perceptions des enseignantes concernant leur enseignement de la démarche clinique (résultats de l'ensemble des 144 énoncés)

L'annexe XII présente les écarts absolus de même que les moyennes générales tant dans l'agir et le désir des 144 énoncés du questionnaire. Dans l'agir, la moyenne se situe à 3,49 et dans le désir elle est à 4,32.

4.4.1 Catégorisation selon le modèle de Hershkowitz

Le tableau XVI présente la distribution des énoncés selon le modèle de Hershkowitz.

Tableau XVI: Distribution des énoncés selon le modèle de Hershkowitz



Par souci de concision, nous ne présentons que le nombre d'énoncés qui se retrouvent dans chacune des catégories.

-catégorie 1 (agir fort, désir fort)

60 énoncés (41,66%),

- catégorie 2 (agir faible, désir fort)

23 énoncés (15,97%)

- **catégorie 3** (agir fort, désir faible)

19 énoncés (13,19%)

- **catégorie 4** (agir faible, désir faible)

42 énoncés (29,16%);

Ainsi, on remarque un fort pourcentage d'énoncés se situant sous la moyenne de l'agir et du souhait. Dans l'agir, 45% des énoncés (65) sont considérés peu importants et 42,36% (61) le sont au niveau du désir. Malgré que ces pourcentages soient élevés, il n'en demeure pas moins que les énoncés récoltant des cotes au-dessus des moyennes de l'agir et du désir sont en nombre supérieur.

La catégorie 1 (agir et désir forts) contient le plus grand nombre d'énoncés, c'est-à-dire 60 sur 144 (41,66%). Ces énoncés proviennent des 6 thèmes dont 14 sont reliés à la planification, 11 au diagnostic, 10 aux éléments généraux de la démarche, 10 à la mise en application, 8 à l'évaluation et enfin 7 à l'évaluation initiale.

La catégorie 4 (agir et désir faibles), suit en nombre d'énoncés la catégorie 1. Elle en contient 42 dont 17 sont reliés au diagnostic, 8 à la planification, 7 à l'évaluation, 5 aux éléments généraux, 4 à l'évaluation initiale et 1 à la mise en application. La catégorie 2 (agir faible et désir fort), vient en troisième avec 1 seul énoncé relié au diagnostic et 2 autres reliés à l'évaluation.

La catégorie 3 (agir fort et désir faible), vient au dernier rang avec 19 énoncés dont 6 reliés au diagnostic, 4 à l'évaluation initiale, 3 à l'évaluation, 3 à la planification, 2 aux éléments généraux de la démarche et 1 à la mise en application. Après avoir scruté nos données, nous procédons maintenant à l'analyse de celles-ci dans le chapitre qui suit.

Chapitre 5 Analyse des résultats

Dans ce chapitre, nous analyserons les résultats du questionnaire. Les tableaux et les annexes présentés au chapitre précédent serviront de base pour l'analyse. Comme le cadre de cette recherche est descriptif, il ne nous appartient pas d'expliquer ici les phénomènes mais plutôt de faire ressortir les besoins qui découlent des réponses obtenues.

Cependant, quelques précisions s'imposent. Soulignons que lorsque nous débordons le champ descriptif, nous débordons aussi le champ scientifique. Ainsi, sur cette voie risquée, pouvons-nous peut-être avancer que certains résultats qui nous semblent paradoxaux peuvent s'expliquer par le fait que, pour enseigner la démarche clinique, l'enseignante ne se réfère pas seulement au modèle choisi en département, mais aussi, et cela est inévitable, à ses propres valeurs et à ses acquis de formation et à son expérience clinique. Ce sont là des variables susceptibles d'expliquer pourquoi tant d'énoncés ne correspondent pas au désir des répondantes. Ainsi, quand un énoncé est jugé peu ou très peu important dans l'agir, il se peut qu'on s'y attarde peu parce qu'il ne correspond pas au schème de valeur des répondantes, cela pourrait aussi signifier qu'étant donné que les étudiantes atteignent certains objectifs de la démarche clinique, (sans difficulté), les enseignantes insistent peu sur ceux-ci et préfèrent mettre leurs efforts sur des objectifs dont l'atteinte est plus difficile.

Il faut également se rappeler que selon l'approche de Hershkowitz, quand un énoncé se retrouve sous les moyennes, même à quelques centièmes près, le logiciel le place dans une catégorie inférieure.

Notre cadre d'analyse a fait ressortir principalement 6 besoins qui correspondent aux éléments suivants:

- 1- la pertinence des cadres de référence utilisés pour l'enseignement de la démarche clinique,
- 2- la démarche clinique comme source de satisfaction pour l'infirmière,
- 3- l'insatisfaction vis-à-vis du guide de collecte de données,
- 4- l'insatisfaction à l'égard du diagnostic infirmier,
- 5- l'intuition et la créativité: le retour du balancier,
- 6- la planification écrite.

5.1 Pertinence des cadres de référence utilisés pour l'enseignement de la démarche clinique

Les répondantes considèrent qu'il est important d'utiliser un cadre de référence dans l'application de la démarche clinique. Par contre, on note que certains aspects du cadre théorique choisi en département pour l'enseignement de cette démarche ne correspondent pas à la pratique des enseignantes et, de plus, ne sont pas souhaités. Ainsi, les enseignantes accordent une grande

importance à l'utilisation de la démarche clinique comme outil d'individualisation des soins et elles reconnaissent la démarche clinique comme un processus d'identification et de résolution de problème.

Le cadre théorique adopté en département pour l'enseignement de la démarche de soins comprend une utilisation conjointe du modèle de soins de Virginia Henderson et de la démarche de Carpenito. Toutefois selon les résultats du questionnaire, si dans l'agir les répondantes accordent une grande importance à cette approche, le désir est faible. D'ailleurs, un bon nombre d'énoncés se rattachant à la démarche de Carpenito recueillent des cotes basses. Pensons aux énoncés relatifs à la façon d'écrire les diagnostics infirmiers et les problèmes communs, à la définition des problèmes communs, à la nécessité d'utiliser une catégorisation des diagnostics, à la terminologie des diagnostics, au type de diagnostics à inclure au plan de soins. Sans nécessairement y voir de l'incongruence, il y a, à notre avis, des remises en question de ces objectifs qui sont fondamentaux car la façon d'écrire les diagnostics en se référant à un modèle devrait faire partie d'un consensus afin de faciliter la continuité de l'enseignement de la démarche auprès des étudiantes.

Le choix du modèle de soins adopté par le département, celui de Henderson, mérite aussi une attention particulière parce que, même s'il obtient une forte cote dans l'agir, les répondantes ont indiqué, sous le thème *évaluation initiale*, qu'elles classaient actuellement les données du client selon le modèle choisi mais cette pratique s'avère plus ou moins souhaitée (la moyenne du souhait est sous l'agir). Il y a donc lieu de s'interroger ici. Est-ce le modèle qui est remis en question ou la façon de classer les données?

Il importe aussi de connaître la raison pour laquelle 42 % des énoncés qui traitent des aspects généraux de la démarche ne sont pas souhaités. Si ce n'est pas le modèle qui est remis en question, il peut s'agir de la méconnaissance de certains éléments du modèle. Aussi, quand on regarde les énoncés selon la catégorisation de Hershkowitz, on constate que les énoncés peu souhaités sont en nombre supérieur dans les thèmes *diagnostic* et *évaluation*. Ceci est un autre élément qui justifie à notre avis la révision des éléments du modèle adopté en département. Nous croyons que les résultats du questionnaire posent un problème important qui a trait au choix du cadre théorique de la démarche de soins adopté en département.

Le modèle choisi en département convient-il à toutes les enseignantes et est-il compris par toutes de la même manière? Sans minimiser la portée des incohérences mises à jour par notre enquête, il n'en faut pas moins relativiser les résultats obtenus. Ceci dit, incohérences il y a, tels que d'ailleurs les propos déjà cités que nous ont tenus des étudiantes finissantes et des nouvelles diplômées nous le confirmaient dans le cadre de rencontres informelles autour de la présente recherche. Nos résultats rendent donc compte d'une réalité complexe et mouvante.

Le cheminement parcouru par les enseignantes concernant l'adoption d'un cadre théorique pour l'enseignement de la démarche clinique suscite un questionnement qui touche l'enseignement théorique de la démarche de soins selon un cadre particulier. En effet, le nouveau programme demande aux enseignantes de s'approprier le contenu de 5 fils conducteurs, dont celui de la démarche de soins, lesquels sont basés sur des cadres de référence choisis ou élaborés par les enseignantes qui ont préparé le devis pédagogique. Ces cadres représentent des valeurs particulières et il arrive que celles-ci ne correspondent pas tout à fait à toutes les enseignantes. Il est donc difficile d'enseigner des notions qui correspondent à des valeurs autres que les siennes. Le travail en équipe exige aussi un certain consensus chez les enseignantes et encore là les valeurs véhiculées dans les équipes de travail doivent se retrouver dans les contenus enseignés. Étant donné que 16 des 28 enseignantes ont 5 ans et moins d'ancienneté au C.A.T., il va de soi que celles-ci n'ont pas participé aux choix des cadres conceptuels lors de la révision locale du programme d'études. Il y a donc lieu de se demander quel est l'intérêt de ces enseignantes pour un cadre théorique qu'elles n'ont pas choisi.

5.2 Démarche clinique comme source de satisfaction pour l'infirmière

Malgré l'importance reconnue du processus de la démarche clinique, celle-ci ne s'avère pas nécessairement une source de satisfaction pour l'infirmière dans son travail. Quels sont donc les éléments qui justifient cette perception des enseignantes? Encore ici, nous nous demandons jusqu'à quel point le milieu clinique peut influencer l'enseignement de la démarche. Comme les enseignantes font des stages dans un contexte où cette démarche est peu appliquée, jusqu'à quel point pouvons-nous voir l'application de la démarche? Quand l'organisation de travail en milieu clinique ne se prête pas à des activités de planification comme par exemple, revoir quotidiennement la liste des diagnostics et des problèmes communs (111) et réviser le plan de soins afin de s'assurer que les données soient à jour (113), la démarche ne peut pas être une source de satisfaction, puisque les infirmières disent ne pas être en mesure d'exercer leur métier de façon autonome. Au delà de cette question, il faut peut-être s'interroger sur la satisfaction générale qu'éprouve l'infirmière à exercer sa profession.

Dans sa forme actuelle, les enseignantes ne considèrent pas la démarche clinique comme un outil de communication entre infirmières, ni un outil pour l'autonomie professionnelle, mais elles veulent bien qu'elle le devienne. Mais pour cela, disent-elles, il faut que son application soit simplifiée. Or, il ne semble pas, selon les commentaires notés en annexe du questionnaire, que l'on soit arrivé à cette simplicité et cela semble affecter le caractère dynamique que la démarche pourrait avoir. Pour l'instant, la démarche n'est pas davantage perçue comme un outil de participation du client à ses soins (7); par contre, on utilise la démarche comme un outil d'individualisation du client (9). Or, pour individualiser la démarche, la participation du client ne s'avère-t-elle pas essentielle? Des précisions s'imposent.

5.3 Insatisfaction vis-à-vis du guide de collecte de données

Lorsque l'étudiante apprend à recueillir des données, elle le fait habituellement à partir du guide qui lui est proposé. Les résultats de notre recherche indiquent que les enseignantes accordent de l'importance à l'entrevue auprès du client mais ne souhaitent plus utiliser de guide pour recueillir ces données. Le guide de collecte de données est un instrument qui effectivement est souvent l'objet d'insatisfaction auprès des infirmières, des enseignantes et des étudiantes infirmières. D'ailleurs, quelques enseignantes s'interrogent sur le fait que la classification des données selon le modèle de soins infirmiers de Virginia Henderson utilisé depuis un certain temps ait été jumelé au cours des dernières années avec la démarche de Carpenito qui possède sa propre logique organisationnelle.

De même selon les résultats du questionnaire, il importe pour les enseignantes de classer les données recueillies (32), mais, encore une fois, la classification selon le modèle de Henderson n'est pas souhaitée. Il y a donc une insatisfaction concernant le recueil des données et ce, à 2 niveaux. Le premier se rapporte au guide pour recueillir les données et l'autre à la classification des données. Toujours selon les résultats, on ne fait, ni ne souhaite faire, des actions pour recueillir des données additionnelles dans le but de décrire plus clairement l'état du client. Ceci peut avoir des conséquences sur l'identification du diagnostic infirmier. Rappelons que les éléments de l'évaluation initiale constituent la base pour l'analyse et l'interprétation des données, donc pour l'identification du diagnostic infirmier.

La collecte de données s'effectue initialement lors d'une entrevue avec le client. Considérant la lourdeur de la tâche de l'infirmière, il est essentiel que ce guide soit concis et précis afin de permettre au client d'exprimer ses besoins et de faire part de ses problèmes de santé à l'infirmière dans un laps de temps réaliste. Ce qui n'est pas évident. Par exemple, dans une unité de chirurgie, il peut y avoir, certains jours, jusqu'à dix nouveaux clients qui s'y présentent entre 13 et 16 heures. Tout guide qui décortique les besoins de la personne de même l'identification de ses forces et de ses faiblesses risque une demande de temps qui n'est pas prévue dans l'organisation du travail de l'infirmière.

Lors de nos rencontres avec les étudiantes, elles nous ont déclaré que souvent elles s'étaient senties mal à l'aise devant le guide de collecte de données car tout en ayant un désir de concision, elles étaient préoccupées par leur évaluation et elles se sont senties obligées de poser des questions dans le but de remplir les pages du guide. Plusieurs le considèrent comme un test ou un devoir.

5.4 Insatisfaction à l'égard du diagnostic infirmier

Dans un premier temps, les répondantes affirment que le diagnostic est important dans le processus de la démarche (17), toutefois, les cotes accordées à cette composante sont faibles et le diagnostic se retrouve dans la catégorie 4, c'est-à-dire celle dont l'agir et le désir sont bas. Comment expliquer cette différence? En fait, si les enseignantes trouvent important le diagnostic infirmier dans le processus de la démarche, cette importance est diminuée de beaucoup quand il s'agit de

considérer la place du diagnostic dans la dispensation des soins (18). En effet, le souhait concernant cet énoncé obtient une cote sous la moyenne du souhait.

Toutefois, il importe de préciser que les enseignantes ont retenu un certain nombre d'énoncés (N:11, 31,4%) se rapportant au processus du diagnostic infirmier (voir tableau VI et sa description). Cependant, les étapes menant à poser des hypothèses de diagnostic n'ont pas été retenues (47). Les enseignantes ne voient pas le diagnostic infirmier comme un processus. La distinction entre le diagnostic infirmier et l'acte de diagnostiquer n'est pas clairement établie. Ce sont les connaissances en soins infirmiers et les habiletés de l'infirmière qui sont essentielles pour poser un diagnostic (63). Étant donné que «poser des hypothèses» constitue une habileté, il y a lieu de se demander si ce n'est pas le discours qui entoure la notion de diagnostic qui rebute les enseignantes.

Jusqu'à récemment, les éléments qui relèvent du diagnostic étaient nommés analyse et interprétation des données. Il va de soi que pour interpréter des données, l'infirmière doit utiliser sa capacité de jugement. Aussi faut-il voir que l'énoncé qui correspond à l'utilisation de sa capacité de jugement dans l'application de la démarche clinique (21) reçoit une cote élevée. Nous pouvons alors supposer que la composante diagnostic a reçu une cote faible parce que les énoncés du thème diagnostic ont été formulés selon le *processus* que propose Alfaro pour poser un diagnostic. D'ailleurs, l'énoncé relatif au processus du diagnostic (22) reçoit une des cotes les plus basses tant dans l'agir que dans le désir. De plus, comme signalé plus tôt, le fait que plus de la moitié des enseignantes n'ont pas pu assister à la préparation du nouveau programme en raison de leur engagement récent au département des soins infirmiers peut aussi expliquer le manque de familiarité avec le discours d'Alfaro.

Un autre fait peut être à l'origine de la faible cote accordée au processus du diagnostic infirmier. Nous pensons que les traductions françaises ne rendent pas toujours le véritable sens des mots ou des expressions. L'expression anglaise «diagnostic reasoning in nursing»¹ évoque davantage le processus qui sous-tend l'acte de diagnostiquer que certaines traductions qui s'en tiennent à «diagnostic». Pourtant, nous retrouvons la notion du processus du diagnostic infirmier non seulement dans les ouvrages d'Alfaro mais aussi dans la dernière version de *Soins infirmiers, théorie et pratique*, une traduction de *Fundamentals of Nursing: Concepts Process and Practice* de Patricia Potter (1989). D'après notre recension des écrits, le processus du diagnostic y serait décrit en français pour la première fois dans un livre de base en soins infirmiers même si cela est fait de façon sommaire.

Dans la présentation des résultats, l'énoncé relatif à la reconnaissance du diagnostic comme cadre de référence commun aux infirmières (71), reçoit des cotes basses aux niveaux de l'agir et du désir. Selon Alfaro (1990), le cadre de référence est commun quand les infirmières utilisent une

¹ Lire à cet effet: Carnevali, D.; Mitchell, P.; Woods, N.; Tanner, C., *Diagnostic Reasoning in Nursing*, J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1984.

même catégorie de diagnostics et quand elles utilisent la même terminologie pour poser le diagnostic. Or, les répondantes ont aussi accordé des cotes basses à ces éléments. À la lumière de ces résultats, il faudrait obtenir des précisions des répondantes afin d'évaluer pourquoi elles sont plus ou moins favorables à une catégorisation standardisée de problèmes de soins infirmiers. Les enseignantes partagent-elles plutôt l'opinion d'Adam (1991, p. 84 à 88) qui affirme que c'est le modèle conceptuel qui doit être le cadre de référence commun aux enseignantes?

En 1989, lors d'un congrès à Ottawa qui regroupait des infirmières de renommée internationale et qui portait sur le diagnostic infirmier et intitulé «Putting it All Together», nous avons pu constater la diversité des opinions concernant l'utilisation du diagnostic infirmier. Or, il n'est pas surprenant que sur un groupe de 28 enseignantes, il s'en trouve qui peuvent avoir une vision différente du diagnostic que celle connue à Carpenito et Alfaro. D'ailleurs, des commentaires et des insatisfactions notés par les répondantes dans le questionnaire nous le démontrent.

Comme signalé dans la recension des écrits, une classification de diagnostics infirmiers facilite la communication entre le personnel infirmier car en utilisant une classification commune, le personnel a aussi une vision commune des problèmes propres au champ d'exercice de l'infirmière. En principe, un pareil outil devrait s'avérer aidant pour l'étudiante. Toutefois, les réticences des enseignantes vis-à-vis de l'utilisation d'une catégorisation de diagnostics infirmiers est peut-être due au fait que les étudiantes sont portées à utiliser la classification de Carpenito tout comme on utiliserait un livre de recettes. Ainsi, devant un problème de santé du client, elles réfèrent parfois trop rapidement au volume pour choisir le problème du client au lieu de vérifier les données, de faire des hypothèses, de comparer les données recueillies avec les caractéristiques déterminantes notées dans le volume de Carpenito en vue de nommer le problème.

La faible popularité du diagnostic infirmier n'est pas propre au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue. Une récente parution en soins infirmiers publiée par l'Hôpital de l'Enfant-Jésus à Québec (1991) et portant sur des plans de soins types en chirurgie maxillo-faciale indique que l'élaboration des plans de soins s'est faite à partir des besoins fondamentaux des clients et non pas à partir des diagnostics infirmiers. Cette façon de procéder ne correspond pas au processus de la démarche clinique qui a comme pivot le diagnostic infirmier. L'équipe de travail de madame Louise Desbiens, coordonnatrice clinique, a volontairement écarté le diagnostic infirmier, le trouvant trop complexe¹.

5.5 Intuition et créativité: le retour du balancier

Dans notre recension des écrits, nous croyons avoir commenté suffisamment et relevé assez de citations pour avoir démontré l'importance de l'intuition et de la créativité dans le processus de la démarche clinique, mais les faits qui suivent expliquent peut-être les résultats de notre

¹ Nous tenons cette information d'un entretien téléphonique avec madame Desbiens.

questionnaire, qui eux peuvent laisser supposer que ces 2 aspects sont de moindre importance pour les enseignantes du C.A.T. Aux États-Unis, dans les années 1950, avec l'avènement de la démarche clinique, on souhaitait que les infirmières puissent agir de façon plus scientifique. On relevait alors que depuis longtemps les infirmières travaillaient en suivant leur instinct et cette façon de travailler devait être révolue. Pour certaines auteures, la démarche clinique viendrait mettre un terme à ce travail instinctif devenu inadéquat. Or, plusieurs des répondantes au questionnaire se sont fait tenir de tels propos lors de leur formation d'infirmière. «L'instinct» est donc devenu «suspect»! Et de là à confondre instinct et intuition, il n'y a qu'un pas.

Comme nous l'avons vu aussi dans notre recension des écrits, les années 1980 ont vu apparaître des affirmations d'infirmières qui s'opposent au rejet des dimensions intuitives du jugement dans le processus de la démarche clinique. L'intuition est le troisième oeil de l'infirmière ou encore son sixième sens et elle ne mène pas nécessairement à des interventions de soins inadéquates; au contraire, elle peut mener sur des pistes intéressantes et c'est à l'infirmière de vérifier alors si les données qu'elle soupçonne sont vérifiables et si elles peuvent aider à poser un diagnostic infirmier. Quand une infirmière recueille des données pour évaluer la situation du client dans le cadre d'une approche holistique, certaines de ces données ne sont pas toujours évidentes et parfois l'intuition de l'infirmière peut la mener à trouver les données manquantes. À cet effet, Krieger (1981) affirme:

«What about intuition? Is this a valid means of conscious knowing? I feel that the intuitive processes are not only valid, but are necessary for this type of assesment. Our challenge at the present time is to try and understand intuition so that we can utilize it more appropriately and effectively» (p. 149) .

Pour bon nombre d'infirmières, leurs conditions de travail laissent peu de place à la créativité. Les résultats du thème planification nous permettent de constater que les enseignantes ne rejettent pas la créativité malgré le fait que l'énoncé 15 (considérer la possibilité d'utiliser sa créativité) reçoive une cote basse dans l'agir et le souhait. La cote élevée de l'énoncé 93 (utiliser sa créativité dans le choix des interventions de soins) au niveau du souhait indique que les enseignantes désirent être plus créatives dans le choix des interventions de soins. Notons toutefois que cet énoncé a reçu une cote sous la moyenne de l'agir.

Il importe cependant de mentionner que l'infirmière applique la démarche clinique selon les valeurs et les compétences qui lui son propres. Certaines s'en tiendront aux interventions de soins citées dans les volumes de base, d'autres débordront de ce cadre en appliquant des approches dites «douces» ou en adoptant des outils complémentaires de soins. Les massages font partie de cette catégorie. Dans un centre hospitalier, le massage du dos fait partie des soins usuels. Mais combien d'infirmières pratiquent le massage du visage, des pieds et des mains? Les techniques de visualisation sont couramment appliquées dans les unités de pédiatrie mais pourquoi n'en est-il pas de même avec les malades des autres unités? Tout ceci renvoie aux valeurs et à la conception des soins des infirmières et des enseignantes en soins infirmiers. Tout comme la démarche clinique,

l'application d'interventions complémentaires de soins est un véritable défi pour les étudiantes infirmières et pour leurs enseignantes parce que ces approches sont peu utilisées par le personnel médical et infirmier. Toutefois, la créativité ne se limite pas à l'utilisation d'outils complémentaires de soins. C'est le développement de la pensée divergente qui permettra l'adoption innovatrice d'interventions courantes aux besoins du client.

5.6 Planification écrite

Présentement, les répondantes accordent de l'importance à la planification écrite (19), mais cela ne correspond pas à leur désir. D'ailleurs, les cotes basses au niveau du désir des énoncés 19 (reconnaître l'utilité de la planification écrite des soins) et 122 (reconnaître pour l'infirmière la nécessité de recourir au plan de soins) le confirment. Cela serait-il relié au fait que la démarche clinique n'est pas perçue comme une source de satisfaction pour l'infirmière dans son travail (10) et est plutôt considérée comme un processus rigide (13)? Des précisions s'imposent afin de clarifier ces résultats. Cependant, la catégorisation des énoncés selon Hershkowitz indique que les répondantes accordent une grande importance tant dans l'agir que dans le désir à la transmission verbale des informations concernant le client (112). Nous constatons aussi que la révision du plan de soins obtient une cote basse dans l'agir et le souhait (123). Par contre, plus loin, on dit accorder une grande importance à la vérification auprès du client de la résolution de son problème (125). Devons-nous comprendre que la planification des soins devrait se faire mentalement plutôt qu'écrite? Cela correspondrait à ce qu'ont affirmé des infirmières dans une recherche antérieure. Nous ne pensons pas car les répondantes font consensus sur le contenu du plan de soins, à savoir, l'inclusion des diagnostics infirmiers et de leurs objectifs, des interventions spécifiques de soins et d'un espace réservé aux commentaires concernant l'évolution du client. Par contre, il faudra revoir la place qu'on donne aux problèmes communs. Veut-on les éliminer? Quels types de diagnostics infirmiers veut-on voir consignés au plan de soins?

L'énoncé relatif à la modification du plan de soins (132) est coté fort au niveau du désir. Reste à savoir pourquoi au niveau du plan de soins, on accorde plus d'importance à modifier les objectifs et les interventions que les diagnostics et les problèmes communs. À noter que les plans de soins n'ont pas toujours inclus les diagnostics infirmiers et qu'il fut un temps où l'on y consignait les objectifs, les interventions et l'évaluation.

Enfin, il importe de se rappeler que les résultats sont ici vus sous l'angle de perceptions qu'ont les enseignantes de l'ensemble des activités faites par les membres du département en soins infirmiers concernant l'enseignement de la démarche clinique. On ne peut donc pas tirer de conclusion sur les comportements individuels. Ceci démontre encore une fois qu'il faut pousser plus loin l'interprétation des résultats du questionnaire et la meilleure façon serait de demander directement aux enseignantes, dans une étape ultérieure à cette présente recherche, la raison ou les motifs qui expliquent leur choix de réponse.

5.7 Concordance des résultats avec ceux d'une étude antérieure

Les besoins identifiés dans cette recherche rejoignent dans une certaine mesure une autre enquête effectuée au C.A.T. sur la formation fondamentale (Lizé C., 1991). Dans cette étude qui faisait état des pratiques d'excellence et des pratiques à améliorer de l'ensemble des départements du collège, nous remarquons que quatre des dix pratiques à améliorer pour le département des soins infirmiers ont un lien très certain avec le développement de la pensée diagnostique (voir annexes XIII et XIV). Ces quatre pratiques sont:

- distinguer et appliquer le raisonnement déductif et inductif,
- développer la capacité de penser de façon systématique et dans une perspective globale,
- développer la capacité de faire des transferts de connaissances d'un domaine à un autre,
- développer la capacité d'argumenter de façon cohérente.

Conclusion

Notre étude nous a permis de faire état de besoins découlant d'écart existant entre l'importance qu'accordent les enseignantes de soins infirmiers du C.A.T. aux divers éléments de la démarche clinique et l'importance souhaitée par ces mêmes enseignantes. Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, ces écarts entre l'agir et souhait sont suffisants pour expliquer les difficultés d'application relevées dans la présentation de la problématique de la recherche.

Cette recherche nous amène à conclure que les enseignantes de soins infirmiers du CA.T. qui ont participé à notre enquête ne souhaitent pas une adhésion stricte aux éléments de la démarche adoptée par le département. De plus, en effectuant cette recherche, nous avons approfondi notre connaissance des différents aspects de la démarche clinique et découvert, par exemple, que la pensée d'Henderson (1982) sur la planification des soins était fort différente de ce qui est généralement véhiculé. Nous avons également réalisé qu'il existe peut-être certains éléments du cadre théorique d'Alfaro qui sont méconnus des enseignantes du C.A.T.

Si méconnaissance il y a, la démarche utilisée en 1988 pour l'adoption de l'approche de Carpenito pourrait, en partie, en être responsable. En effet, malgré le fait que plusieurs enseignantes avaient pris connaissance du premier ouvrage de Carpenito sur les diagnostics infirmiers et qu'elles avaient aussi expérimenté cette approche avec leurs étudiantes, il demeure qu'à cette époque, la plupart n'étaient pas familières avec la conception de la démarche clinique que propose Carpenito, c'est-à-dire celle d'Alfaro. En fait, pour ce qui est de la démarche clinique, dans ses ouvrages, Carpenito présente le schéma développé par Alfaro et décrit chacun des aspects de la démarche de façon fort sommaire. Or pour pouvoir s'approprier tous les éléments de cette approche, la référence aux ouvrages d'Alfaro est indispensable.

Ayant participé à la préparation du nouveau programme, ayant manifesté un vif intérêt pour la démarche clinique depuis longtemps, et ayant bénéficié de tous les moyens que le C.A.T. a mis à notre disposition pour assister à des colloques ou à des congrès portant sur le diagnostic infirmier, nous avons été étonnées au début de cette recherche de constater que malgré cette formation, nous avions besoin d'éclaircissement sur le modèle de soins d'Henderson et sur le cadre théorique de la démarche d'Alfaro. Le relevé des remarques des répondantes nous indique qu'elles ont aussi les mêmes besoins. Signalons toutefois qu'il importe de faire une distinction entre les besoins des enseignantes déjà en poste avant 1988 et les nouvelles.

Pour les premières, la venue du nouveau programme a entraîné des changements importants. Après avoir enseigné dans la même unité de soins pendant dix ou quinze ans, plusieurs ont dû se recycler et aller dispenser leur enseignement clinique dans une unité de soins qui leur était peu familière. Malgré ce recyclage, il est difficile de posséder en peu de temps toutes les routines et tous les protocoles de l'unité de soins et pourtant, il faut les enseigner. C'est donc dire que l'adaptation au

changement et la mise à jour des connaissances tant théoriques que pratiques font partie du quotidien des enseignantes.

Les enseignantes en soins infirmiers en poste au moment où l'on préparait le nouveau programme d'études ont pu bénéficier de divers programmes dont celui des stages en entreprises et ceux de maîtrise et de diplôme en enseignement offert par l'Université de Sherbrooke. À cela, se sont ajoutés des colloques et des conférences sur des sujets variés. Les nouvelles enseignantes qui, pour la plupart, proviennent des milieux hospitaliers ont donc eu moins d'occasions de mise à jour. Il leur faut néanmoins s'approprier la philosophie du nouveau programme, les contenus des fils conducteurs du programme, les protocoles et routines de soins car elles doivent les enseigner. Les différences dans les difficultés d'application de la démarche clinique entre les enseignantes qui ont participé à l'élaboration du programme d'études et celles qui sont nouvellement en poste comporte un aspect qui pourrait être examiné dans une recherche subséquente.

Cette recherche s'inscrit donc dans la lignée des études reliées aux écarts entre l'enseignement de la démarche de soins et son application en milieux cliniques. Malgré le fait que nous reconnaissons important dans l'enseignement de la démarche clinique de se référer à un cadre théorique et d'avoir une vision commune, il n'en demeure pas moins qu'à l'instar de Tanner, nous pensons que les enseignantes en soins infirmiers doivent se rapprocher du vécu des milieux cliniques en simplifiant l'application de la démarche clinique. Déjà, des efforts sont déployés pour atteindre ce but. Ainsi, dans la session *intégration* (troisième année), les étudiantes utilisent les instruments de la démarche qui se trouvent dans les diverses unités de soins où elles font des stages.

Nous croyons cependant que des études similaires à celle-ci sont nécessaires afin de susciter une réflexion chez les enseignantes en soins infirmiers concernant les valeurs rattachées au contenu et à l'application de la démarche. En effet, depuis vingt ans, on parle des difficultés d'application de la démarche dans les milieux cliniques. Lourdeur de la tâche des infirmières, augmentation des écrits, manque de ressources sont au rang des accusés. Cependant, cette recherche nous amène aussi à nous interroger sur le discours utilisé pour l'enseignement de la démarche clinique de même que sur l'accueil qui est réservé au processus diagnostique.

Rappelons en terminant que les résultats obtenus à la suite de notre recherche sont basés sur des perceptions des répondantes aux énoncés de notre questionnaire. Ces perceptions peuvent correspondre à la réalité comme elles peuvent s'en éloigner plus ou moins. L'enquête ne nous donne aucun moyen d'évaluer la justesse des perceptions. Cependant, nous croyons que l'engagement des répondantes dans la formation des étudiantes et le sérieux avec lequel l'enquête fut menée sont garants des résultats présentés. Quant aux énoncés de notre questionnaire, ils correspondent de façon rigoureuse à la pensée d'Alfaro. Bien que son élaboration ait demandé à l'occasion l'aide de quelques personnes pour vérifier la traduction que nous faisons du volume

anglais, nous avons pu vérifier la justesse de nos énoncés lors de la parution de la version française du volume.

Le taux élevé de répondantes au questionnaire permet d'avoir un fort degré de confiance dans les résultats obtenus. Le logiciel utilisé et déjà expérimenté avant cette présente étude tant par Nadeau que par les membres de la commission pédagogique du C.A.T. donne à cette recherche un caractère rigoureux. Enfin, notons que notre questionnaire peut servir de grille d'analyse de la démarche clinique et à ce jour bon nombre d'enseignantes nous ont fait part de leur désir d'utiliser cette grille. pour réviser leur enseignement. Des collègues d'autres cégeps nous ont fait une demande semblable.

Cette recherche témoigne de la préoccupation des enseignantes en soins infirmiers du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue à améliorer leur enseignement et à faciliter l'apprentissage des étudiantes.

Sources documentaires

- Adam, E., *Etre infirmière*, Éditions Les études vivantes, Montréal, 1991.
- Abdellah, F.; Béland, L.; Martin A., *Patient-Centered Approches to Nursing*, The MacMillan Company, New-York, 1967.
- Alfaro, R., *Applying Nursing Diagnosis and Nursing Process, A Step-By-Step Guide*, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1986.
- Alfaro R., *Démarche de soins Mode d'emploi*, version française adaptée par Anna Pietrasik, Éditions Lamarre, Paris, 1990.
- Association des hôpitaux du Québec, *L'infirmière, force vive du centre hospitalier*, Montréal, avril 1988.
- Association des infirmières et des infirmiers du Canada, *Retour aux sources, la nature de la formation infirmière*, Ottawa, 1980.
- Aspinal, M. J.; Tanner, C., *Decision Making for Patient Care Applying the Nursing Process*, Appleton-Century-Crofts, New-York, 1981.
- Benner, P.; Tanner, C., «Clinical Judgment: How Expert Nurses Use Intuition?», in *American Journal of Nursing*, January 1987, p.23-31.
- Bizier, Nicole, *De la pensée au geste*, Décarie, Montréal, 1983, 1987, 1992.
- Blazeck, A. M.; Salekman & al., «Unification: Nursing Education and Nursing-Practice», in *Nursing & Health Care*, January, 1982.
- Boutou, M., *Les tendances professionnelles des étudiantes finissantes en techniques infirmières et celles de leurs éducatrices*, Thèse de maîtrise, Université de Montréal, Montréal, 1978.
- Boulanger Bélisle, M., *Le profil étudiant au département de techniques infirmières*, Département de techniques infirmières, C.A.T., Rouyn, 1981.
- Boulanger Bélisle, M., *Le milieu*, Département de techniques infirmières, C.A.T., Rouyn, 1985.
- Bourdieu, P., «Le marché des biens symboliques», in *L'année sociologique*, no.22, 1971, p. 49 à 126.
- Aubin, G., *L'analyse locale des programmes de formation*, Cadre, Montréal, 1977.
- Caissie, M., «Le diagnostic infirmier: son fondement réside dans un modèle conceptuel», in *L'infirmière canadienne*, septembre 1985, p.30-31.
- Cárnevali D.; Mitchel, P.; Woods, N.; Tanner, C., *Diagnostic Reasoning in Nursing*, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1984.
- Carpenito, Lynda, *Nursing Diagnosis Application to Clinical Practice*, Second Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1987.
- Clark, C., «Reframing», in *American Journal of Nursing*, May 1977, p. 840-841.
- Collerette, P.; Délisle, G., *Le changement planifié: Une approche pour intervenir dans les systèmes organisationnels*, Agence d'Arc, Montréal, 1982.

- Demers, D., «Les infirmières en ont ras le bol», in *l'Actualité*, juin 1989, p.51-53.
- Demers, M., «Autour d'une démarche de soins», in *L'infirmière canadienne*, 20 juillet 1978, p. 34-37.
- Dictionnaire Lexis, Librairie Larousse, Paris, 1975.
- Doenges, M.; Moorhouse, M., *Diagnostics infirmiers et interventions*, version française adaptée par Monique Lefebvre, Éditions du Renouveau pédagogique, Saint-Laurent, 1991.
- Dupuis, A.; Lefebvre M., *Le jugement clinique en soins infirmiers*, Éditions du Renouveau pédagogique, Saint-Laurent, 1993.
- Fortier Havelka, C., «Le fossé d'une contradiction», in *Nursing Québec*, vol. 6, no. 3, mai/juin 1986.
- Fortier Havelka, C., *Enquête sur l'exercice de la profession par les infirmières et les infirmiers inscrits au tableau de l'Ordre depuis 1981*, O.I.I.Q., Montréal, 1984.
- Fortier, C.; Girard, G., *Les buts institutionnels, instruments d'identification*, CADRE, Montréal, 1977.
- Francis, G., «This Thing Called Problem-Solving», *The Journal of Nursing Education*, November, 1967.
- Gagnon, N., *Apprentissage de la démarche scientifique selon le cadre conceptuel de Virginia Henderson*, Cégep Rivière-du-Loup, Rivière-du-Loup, 1981.
- Gillet, P., *Pour une pédagogie ou l'enseignant-praticien*, PUF, Paris, 1987.
- Golightly, C. K., *Creative problem solving for Health Care Professionals*, An Aspen Publication, London, 1981.
- Gordon, M., *Nursing Diagnosis: Process and Application*, McGraw-Hill, New-York, 1982.
- Gordon M., *Manuel of Nursing Diagnosis*, McGraw-Hill, New-York, 1982.
- Gouvernement du Québec, *Loi sur les Infirmières et infirmiers du Québec*, LR 1977, section VII, art.36.
- Gouvernement du Québec, Direction générale de l'enseignement collégial, *Cahiers de l'enseignement collégial*, Québec, 1986-1987.
- Gravelle-Farmer, D., *Validation de l'adaptation française du IPC de Torrance: Mesure de l'attitude des professeures de Techniques Infirmières face à la créativité de l'étudiant*, Thèse de maîtrise, Université de Montréal, 1987.
- Grenier, R., «Le diagnostic infirmier», in *L'infirmière canadienne*, novembre 1984, p.19-21.
- Grondin, L.; Lussier, R.J.; Phaneuf, M.; Riopelle, L., *Planification des soins infirmiers*, Éditions Études vivantes, Montréal, 1990.
- Groupe Services-Formation, «La pratique et la formation de l'infirmière répondent-elles aux besoins du Québec?», in *L'infirmière Canadienne*, avril 1983.
- Henderson, V., *The Nature of Nursing*, The MacMillan Company, New-York, 1967.
- Henderson, V., «The Nursing Process- Is The Title Right?», in *Journal of advanced Nursing*, 7, p.103-109, 1982.

- Henderson, V., Gladys, N., *Principles and Practice of Nursing*, The MacMillan Company, New-York, 1978.
- Hershkowitz, M., *Statewide Educational Needs Assessment: Results from Selected Model States*, Ma: Hershkowitz Associates, Silver Spring, 1974.
- Hôpital de l'Enfant-Jésus, Directions des soins infirmiers, *Plan de soins type en chirurgie maxillo-faciale*, Québec, 1991.
- Jones, P.; Jakob, D., *The Definition of Nursing Diagnosis: Phase 3 and Final Report*, University of Toronto, Faculty of Nursing, 1982.
- Jourard, S., *La transparence de soi*, Saint-Yves Inc., Québec, 1974.
- Kaufman, R.; English, F.W., *Needs Assessments Concept and Application*, Englewood Cliffs Educational Technology Publications, New Jersey, 1979.
- Kobert, L.; Folan, M., «Rethinking the Philosophies Behind Holism and Nursing Process, in *Nursing & Health Care*, June 11, 1990.
- Kramer, M., «Collegiate Graduate Nurses in Medical Center Hospital: Mutuel Challenge or Duel», in *Nursing Research*, May-June, 1969, p. 196-210.
- Krieger, D., *Formations for Holistic Health Nursing Practices: The Renaissance Nurse*, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1981.
- Lamarche, D., «Le diagnostic infirmier: Pourquoi s'y intéresser?» in *L'infirmière canadienne*, novembre 1985, p. 26-27.
- Lambert, C., *Historique du programme de techniques infirmières, 1962-1978*, Québec, avril 1979.
- Lambert, C., «Le diagnostic infirmier: Un bienfait ou un méfait?», in *L'infirmière canadienne*, août 1985, p.17-19.
- Lambert, C., «Un entretien avec Andrée Dupuis enseignante», in *Bulletin de l'A.N.A.D.I M.*, volume 2, numéro 2, Montréal, Hiver 1991/Printemps 1992.
- Lambert, C., «Un legs pour la prochaine génération d'infirmières: L'équilibre entre l'action et la conceptualisation», in *Actes du Colloque «Vers une intégration»*, Université d'Ottawa, Ottawa, 1989.
- Lexis, *Dictionnaire de la langue française*, Librairie Larousse, Paris 1975.
- Lindeman, C. A., «Curriculum Revolution: Reconceptualising Clinical Nursing Education», in *Nursing & Health Care*, 1989, 23-28.
- Lizé, C., *Analyse de l'enquête sur la formation fondamentale*, Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda, décembre 1991.
- McHugh, M., «Has Nursing Outgrown The Nursing Process?», in *Nursing*, August 1987, p.50-51.
- Mussalem, H., «A Path to Quality, A Plan For the Development of Nursing Education Programs within the General Education System of Canada», in *Canadian Nurses Association*, 1964.
- Idem, «Royal Commission on Health Services», *Nursing Education in Canada*, Queen's Printer, Ottawa, 1964.
- Nadeau, M.A., *La mise en priorité des besoins*, version 2, Université Laval, Sainte-Foy, 1989.

- O.I.I.Q., *L'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier du Québec, Tomes 3, Normes et critères de compétence pour les infirmières et les infirmiers oeuvrant dans les établissements de santé*, Montréal, novembre 1982.
- Orem, D., *Nursing Concepts of Practice*, McGraw-Hill Book Company, New-York, 1980.
- Orlando, I.J., *The Dynamic Nurse-Patient Relationship*, New-York, Putnam's, 1961.
- Parent, A., *Rapport de la Commission Royale d'enquête sur l'enseignement dans la province de Québec*, Québec, 1965.
- Pérusse, A., *Démarche de soins, sondage*, C.H.R.N., Rouyn, septembre 1987.
- Phaneuf, M., *Soins infirmiers, la démarche scientifique*, McGraw-Hill, Montréal, 1985.
- Phaneuf, M., *The Nursing Audit: Profil for Excellence*, Appleton Century Crafts, New-York, 1972.
- Potter, P.; Perry, A., *Soins infirmiers Théorie et pratique*, Éditions du Renouveau pédagogique, Montréal, 1989.
- Rew, L., «Nursing Intuition Too Powerful-and Too-Valuable to Ignore», in *Nursing*, July 1987, p. 43-45.
- Riopelle, L., *Tendances professionnelles des étudiantes infirmières au Cégep et celles des infirmières-chefs à leur égard*, Thèse de maîtrise, Université de Montréal, 1978.
- Riopelle, L.; Grondin, L.; Phaneuf, M., *Soins infirmiers, un modèle centré sur les besoins de la personne*, McGraw-Hill, Montréal, 1984.
- Rondeau, G., *Étude sur les différences d'opinions exprimées par les professeures et les étudiants au sujet de la démarche scientifique en «Nursing»*, Thèse de maîtrise, Université de Montréal, Montréal, 1979.
- Roy, C., *Introduction to Nursing : An Adaptation Model*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall Inc., New-Jersey, 1976.
- Schon, D.A., *Educating the Reflective Practitioner: Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions*, Jossey-Bass, San Francisco, 1987, p. 8-9, 13.
- Siegel, S., *L'amour, la médecine et les miracles*, Éditions J'ai lu, Paris, 1990.
- Sims, L.; Lindberg, J., *The Nurse Person*, Harper and Row, New-York, 1978.
- Stepp-Gilbert, E.; Wong, S. O., «Creativity in clinical nursing», in *Journal of Nursing Education*, January 24, 1985, p. 32-33.
- Tellier, J., *Développement intellectuel et apprentissage au niveau collégial*, Cégep de St-Jérôme, St-Jérôme, mai 1979.
- Torkia-Lagacé, M., *La pensée formelle chez les étudiants de collège: Objectif ou Réalité?*, Rapport de recherche, Cégep de Limoilou, Limoilou, 1981.
- Torrance, E.P., «The Creative Personality and the Ideal Pupil», in *Teachers College Record*, March 1963, p. 320-326.
- Wandelt, M.; Ager, J., *Quality Patient Care Scale*, Wayne State University, College of Nursing, Detroit, 1970.

Witkin, B.R., «Needs Assessment Kids, Models, and Tools», in *Educational Technology*, November 1977.

Witkin, B.R., *An Analysis of Needs Assessment Techniques for Educational Planning at State, Intermediate, and District Levels*, Hayward Calif.: Alameda County School Department, 1975.

Yura, H.; Walsh, M., *The Nursing Process: Assessing, Planning, Implementing, Evaluating*, Third Edition, Appleton-Century-Crofts, New-York, 1972.

Weir, G., *Survey of Nursing Education in Canada*, University of Toronto Press, Toronto, 1932.

Zimmerman, D.; Gohrke, C., «The Goal Directed Nursing Approach: It Does Work», *The Challenge of Nursing*, C.V. Mosby Company., Saint-Louis, 1973.

Annexes

- I** Normes et critères de compétence professionnelle pour les infirmières et les infirmiers en soins de courte durée
- II** Résumé des modèles conceptuels des soins infirmiers
- III** Questionnaire d'enquête sur les perceptions des enseignantes du département de soins infirmiers du C.A.T. concernant leur enseignement de la démarche clinique de l'infirmière
- IV** Texte de présentation aux enseignantes en soins infirmiers du C.A.T de la présente étude
- V** Résultats du questionnaire d'enquête. Partie 1: Caractéristiques des enseignantes
- VI** Moyennes générales pour les situations souhaitées et actuelles et les écarts absolus pour l'ensemble des énoncés du thème 1 Éléments généraux de la démarche clinique
- VII** Moyennes générales pour les situations souhaitées et actuelles et les écarts absolus pour l'ensemble des énoncés du thème 2 Évaluation initiale
- VIII** Moyennes générales pour les situations souhaitées et actuelles et les écarts absolus pour l'ensemble des énoncés du thème 3 Diagnostic
- IX** Moyennes générales pour les situations souhaitées et actuelles et les écarts absolus pour l'ensemble des énoncés du thème 4 Planification
- X** Moyennes générales pour les situations souhaitées et actuelles et les écarts absolus pour l'ensemble des énoncés du thème 5 Mise en application
1
- XI** Moyennes générales pour les situations souhaitées et actuelles et les écarts absolus pour l'ensemble des énoncés du thème 6 Évaluation
- XII** Mise en priorité de l'ensemble des énoncés en fonction des écarts absolus
- XIII** Formation fondamentale, pratiques d'excellence du département de soins infirmiers du C.A.T.
- XIV** Formation fondamentale, pratiques à améliorer du département de soins infirmiers du C.A.T.

Annexe I

Normes et critères de compétence professionnelle pour les infirmières et les infirmiers en soins de courte durée¹

Norme 1

L'infirmière connaît les sources d'information et les moyens pour faire la collecte de données. Elle recueille les données pertinentes, à partir d'une conception de soins infirmiers, selon la condition du bénéficiaire.

Norme 2

L'infirmière connaît les étapes d'organisation des données. Elle analyse et interprète les données en se basant sur des connaissances scientifiques, une conception de soins infirmiers, les composantes de la situation du bénéficiaire et la perception qu'a le bénéficiaire de sa situation. Elle décrit les caractéristiques de la situation du bénéficiaire et elle vérifie la conformité de son interprétation auprès du bénéficiaire et des personnes concernées.

Norme 3

L'infirmière connaît et applique les étapes nécessaires à la planification des soins infirmiers. En se référant à une conception des soins infirmiers, aux données recueillies, à des connaissances scientifiques, elle formule le plan de soins avec la participation du bénéficiaire.

Norme 4

L'infirmière connaît les principes à la base des divers types d'intervention de soins infirmiers. Elle applique ces principes dans la réalisation du plan de soins élaboré. Elle prodigue au bénéficiaire les soins planifiés afin de lui fournir l'assistance dont il a besoin selon sa condition. Elle maintient des relations interpersonnelles, elle donne l'enseignement et favorise les apprentissages, elle applique les mesures de confort, des mesures préventives et thérapeutiques et elle contribue aux méthodes de diagnostic. Elle suscite la participation du bénéficiaire, de la famille ou de la personne significative aux soins.

Norme 5

L'infirmière connaît les étapes de l'évaluation. Elle procède à cette évaluation avec le bénéficiaire. Suite à cette évaluation, elle reprend les étapes de la démarche et apporte les modifications jugées nécessaires.

¹Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, *L'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier au Québec, Tome 3, Normes et critères de compétence pour les infirmières et les infirmiers en soins de courte durée*, Montréal, novembre 1982.

Annexe II

Résumé des modèles conceptuels des soins infirmiers¹

Théoricienne	But des soins infirmiers	Cadre de travail
Nightingale (1860)	Faciliter « les processus de réparation du corps » en intervenant sur l'environnement du client (Torres, 1986).	Intervenir sur l'environnement du client pour que cet environnement soit adéquat sous les aspects suivants : bruit, nutrition, hygiène, éclairage, confort, socialisation et espoir.
Peplau (1952)	Établir une interaction entre l'infirmière et le client (Peplau, 1952).	Les soins infirmiers sont un processus signifiant, thérapeutique et interpersonnel (Peplau, 1952). Les infirmières contribuent à structurer le système de soins de santé pour faciliter la tendance naturelle des humains à établir des relations interpersonnelles.
Henderson (1955)	En collaboration avec d'autres travailleurs de la santé (Marriner, 1986), aider le client à devenir indépendant le plus vite possible (Henderson, 1955). Aider le client à retrouver la force qui lui manque (Torres, 1986).	Les 14 besoins fondamentaux (Henderson, 1966) (voir p. 11).
Abdellah (1960)	Dispenser des soins aux individus, aux familles et à la société. Faire preuve d'amabilité et de prévenance, mais également d'intelligence et de compétence; maîtriser les connaissances techniques nécessaires à la prestation de ces soins (Marriner, 1986).	Typologie de 21 problèmes de soins infirmiers (Abdellah, 1960) (voir p. 11).
Orlando (1961)	Répondre au comportement du client en fonction de son besoin immédiat. Interagir avec le client pour répondre à son besoin d'aide en identifiant son comportement, la réaction de l'infirmière et l'acte infirmier à exécuter (Torres, 1986; Chinn et Jacobs, 1987).	Trois éléments composent une situation de soins infirmiers : le comportement du client, la réaction de l'infirmière et l'acte infirmier (Orlando, 1961).
Hall (1962)	Dispenser des soins au client et veiller à son confort durant le processus morbide (Torres, 1986).	Le client est un ensemble de trois éléments qui se chevauchent : (1) une personne (le centre), (2) une pathologie et le traitement (la cure), et (3) un corps (les soins). L'infirmière est la personne qui dispense les soins (Chinn et Jacobs, 1987; Marriner, 1986).
Wiedenbach (1964)	Aider les individus à surmonter les obstacles qui interfèrent avec leur capacité de satisfaire les exigences et les besoins générés par l'état de santé, l'environnement, la situation ou le moment (Torres, 1986).	En tant que pratique, les soins infirmiers concernent les individus qui ont besoin d'aide en raison d'un stimulus de comportement. Les soins infirmiers cliniques ont quatre composantes : la philosophie, l'objectif, la pratique et l'art (Chinn et Jacobs, 1987).
Levine (1966)	Pratiquer des exercices de conservation en vue de l'utilisation optimale des ressources du client.	Modèle fondé sur l'adaptation de l'être humain, considéré comme un être unifié en fonction des « quatre principes de conservation des soins infirmiers » (Levine, 1973).

¹Potter, P.; Perry, A., *Soins infirmiers Théorie et pratique*, Éditions du Renouveau pédagogique, Montréal, 1989, p. 9-10.

Théoricienne	But des soins infirmiers	Cadre de travail
Johnson (1968)	Réduire le stress afin que le processus de récupération du client soit le plus facile possible.	Le cadre des besoins fondamentaux met l'accent sur sept catégories de comportement (voir p. 12). L'objectif de l'individu est d'arriver à s'ajuster et à s'adapter à certaines forces (Johnson, 1980; Torres, 1986).
Rogers (1970)	Maintenir et promouvoir la santé, prévenir la maladie, soigner les malades et les invalides et veiller à leur réadaptation à l'aide de «la science humaniste des soins infirmiers».	«Homme unitaire» évoluant tout au long de la vie. Le client change ainsi continuellement et il coexiste avec son environnement.
Orem (1971)	Soigner le client et l'aider à atteindre l'auto-soin total.	Théorie du déficit de l'auto-soin. Les soins infirmiers deviennent nécessaires lorsque le client est incapable de répondre à ses besoins biologiques, psychosociaux, développementaux ou sociaux.
King (1971)	Utiliser la communication pour aider le client à rétablir une adaptation positive à son environnement.	Démarche de soins infirmiers définie comme un processus interpersonnel entre l'infirmière, le client et le système de santé.
Travelbee (1971)	Aider le client ou la famille à prévenir la maladie ou à y faire face, à recouvrer la santé, à trouver un sens à la maladie ou à maintenir un degré optimal de santé (Marriner, 1986).	Démarche interpersonnelle, conçue comme une relation entre deux êtres humains, qui a pris forme durant la maladie et «l'expérience de la souffrance».
Neuman (1972)	Aider les individus, les familles ou les groupes à atteindre et à maintenir un niveau optimal de bien-être total par des interventions spécifiques.	Modèle de soins infirmiers fondé sur les systèmes, ayant comme objectif la réduction du stress (Torres, 1986). Les actes infirmiers se situent à un des trois niveaux de prévention: primaire, secondaire ou tertiaire.
Roy (1976)	Identifier les types d'exigences auxquelles le client est soumis, évaluer l'adaptation du client à ces exigences et l'aider à s'adapter.	Modèle d'adaptation fondé sur quatre modes adaptatifs: physiologique, psychologique, sociologique et de dépendance-indépendance (Roy, 1980).
Patterson et Zderad (1976)	Répondre aux besoins humains et bâtir une science des soins infirmiers humaniste (Patterson et Zderad 1976; Chinn et Jacobs, 1987).	Pour que des soins infirmiers humanistes puissent être dispensés, les participants doivent être conscients de leur caractère «unique» ainsi que des caractéristiques qu'ils partagent avec les autres (Chinn et Jacobs, 1987).
Leininger (1978)	Fournir des soins cohérents avec la nouvelle science et les nouvelles connaissances des soins infirmiers en ayant les soins comme objectif principal (Chinn et Jacobs, 1987)	Modèle transculturel de soins: les soins sont le domaine central et unificateur des connaissances et de la pratique en soins infirmiers.
Watson (1979)	Promouvoir la santé, rendre la santé aux clients et prévenir la maladie (Marriner, 1986).	Philosophie et science des soins: les soins sont une démarche dont les interventions ont pour résultat la satisfaction des besoins humains (Torres, 1986).
Parse (1981)	Mettre l'accent sur l'homme en tant qu'unité vivante et sur la participation qualitative de l'homme à l'expérience de santé (Parse, 1981). Les soins infirmiers sont conçus comme une science et comme un art (Marriner, 1986).	L'homme interagit continuellement avec son environnement et il participe au maintien de sa santé (Marriner, 1986). La santé est un processus continu et ouvert plutôt qu'un état de bien-être ou l'absence de maladie (Parse, 1981; Marriner, 1986; Chinn et Jacobs, 1987).

Annexe III

Questionnaire d'enquête sur les perceptions des enseignantes de soins infirmiers du C.A.T. concernant leur enseignement de la démarche clinique de l'infirmière

But:

Ce questionnaire a pour but de connaître les perceptions des professeures en soins infirmiers du C.A.T. concernant leur enseignement de la démarche clinique de l'infirmière.

Contenu:

Le questionnaire comprend deux parties. D'abord une section réservée à des renseignements généraux concernant les enseignantes en soins infirmiers, puis une section intitulée «énoncés» où vous retrouverez des énoncés se rapportant à la démarche clinique de l'infirmière selon l'approche utilisée en département, soit celle de Lynda Carpenito, laquelle s'inspire de Rosalinda Alfaro. En premier lieu, vous reconnaîtrez des objectifs généraux concernant la démarche clinique, puis des objectifs spécifiques se rapportant à chacune des composantes de la démarche, soit: l'évaluation initiale, le diagnostic, la planification, la mise en application et l'évaluation. Pour répondre au questionnaire, la répondante ne doit pas se situer au niveau du cours qu'elle enseigne présentement mais de l'objectif comme étant une attitude ou une habileté que l'étudiante infirmière doit posséder au terme de sa formation.

Vous remarquerez un numéro inscrit dans le haut de la page 4. Ce numéro vous est personnel. Conservez-le précieusement, il me servira à communiquer avec vous pour les phases ultérieures. Donnez tous les renseignements requis en complétant les cases appropriées.

Directives:

1- Pour chaque énoncé, répondre aux trois questions suivantes:

a) Selon vous, quelle importance votre département accorde-t-il actuellement à cet énoncé?
(Réalité)

b) Selon vous, quelle importance votre département devrait-il accorder à cet énoncé?(Désirabilité)

c) Personnellement, quelle importance accordez-vous actuellement à cet énoncé ?
(Réalité)

2- Pour répondre à chacune des trois questions, encerclez un des six points de l'échelle d'évaluation qui suit, correspondant le mieux à votre perception.

Échelle de réponses

- 1 d'une importance très faible
- 2 d'une importance faible
- 3 d'une importance moyenne
- 4 d'une importance forte
- 5 d'une importance très forte
- X pas d'opinion

Quelle importance
mon département
accorde-t-il
présentement à
cet objectif:

Quelle importance
mon département
devrait-il
accorder à
cet objectif:

Quelle
importance
personnellement
j'accorde à
cet objectif:

L'étudiante devrait être capable de:

104- Établir une distinction entre la
démarche clinique de l'infirmière et
celle du médecin.

1 2 3 4 (5) X

1 2 (3) 4 5 X

1 2 3 4 (5) X

116- Reconnaître que l'intuition peut
être utile dans le processus de la
démarche clinique de l'infirmière.

(1) 2 3 4 5 X

1 2 3 4 (5) X

1 2 3 4 (5) X

Dans le premier exemple, la répondante estime que la distinction entre la démarche clinique de l'infirmière et celle du médecin est actuellement d'une importance très forte pour son département, mais elle devrait avoir une importance moyenne. Personnellement, la répondante accorde une importance très forte à cet énoncé.

Dans le second exemple, la répondante estime que l'utilisation de son intuition dans l'application de la démarche clinique est actuellement d'une importance très faible pour son département, mais elle devrait avoir une importance très forte. Pour sa part, la répondante accorde une importance très forte à cet énoncé.

- 3- Vérifiez régulièrement si le numéro de l'énoncé correspond bien à celui de la case où vous répondez.
- 4- Utilisez un crayon à mine de plomb.
- 5- Si vous désirez changer une réponse, effacer complètement votre marque précédente.
- 6- Quand vous aurez terminé, vérifiez si vous avez répondu à tous les énoncés.
- 7- À la fin de chaque section, une échelle apparaît sans question. Si vous avez d'autres énoncés non mentionnés dans la liste, inscrivez-les et utilisez cette échelle pour situer vos perceptions.
- 8- Retour du questionnaire:

Rouyn: remettre le questionnaire rempli et sous enveloppe scellée au local 4203 A

Val-d'Or: même procédure et le remettre à une coordonnatrice ou me le faire parvenir par courrier interne.

9- Les réponses à ce questionnaire sont strictement confidentielles.

Un grand merci pour votre précieuse collaboration.

PARTIE 1: RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1- Depuis combien de temps enseignez-vous en soins infirmiers au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue?

- 0 à 1 an ☐
- 2 ans à 5 ans ☐
- 6 ans à 10 ans ☐
- 11 ans à 15 ans ☐
- 16 ans à 20 ans ☐
- 21 ans et plus ☐

2- Avant d'enseigner en soins infirmiers au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, combien de temps avez-vous travaillé sur une unité de soins?

- 0 à 1 an ☐
- 2 ans à 5 ans ☐
- 6 ans à 10 ans ☐
- 11 ans à 15 ans ☐
- 16 ans à 20 ans ☐
- 21 ans et plus ☐

3- Quand vous avez travaillé sur une unité de soins avez-vous utilisé la démarche clinique de l'infirmière comme on l'enseigne au Cégep ?

- Oui ☐
- Non ☐

Pouvez-vous expliquer votre réponse? _____

4- Avez-vous fait des stages en entreprise sur une unité de soins depuis que vous êtes à l'emploi du Cégep?

- Oui ☐
- Non ☐

5- Si vous avez répondu «oui» à la question précédente, avez-vous appliquer la démarche clinique de l'infirmière comme on l'enseigne au Cégep?

- Oui ☐
- Non ☐

Pouvez-vous expliquer votre réponse? _____

6- Trouvez-vous que l'enseignement de la démarche clinique de l'infirmière au Collège de l'Abitibi-Témiscamingue est réaliste?

Oui

☐

Non

☐

Pouvez-vous expliquer votre réponse? _____

Partie II

Thème 1: Éléments généraux sur la démarche clinique

Échelle de réponses

1 d'une importance très faible

2 d'une importance faible

3 d'une importance moyenne

4 d'une importance forte

5 d'une importance très forte

X pas d'opinion

Quelle importance
mon département
accorde-t-il
présentement à
cet objectif:

Quelle importance
mon département
devrait-il
accorder à
cet objectif:

Quelle importance
personnellement
j'accorde à cet
objectif:

L'étudiante devrait être capable de:

001-Utiliser conjointement les notions du modèle de soins de Virginia Henderson et de la démarche clinique de Lynda J. Carpenito, pour appliquer la démarche clinique de l'infirmière.

1 2 3 4 5 X

1 2 3 4 5 X

1 2 3 4 5 X

002-Comprendre que la démarche clinique de l'infirmière est un processus d'identification et de résolution de problème.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
003-Reconnaître la démarche clinique comme une approche systématique et méthodique pour dispenser les soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
004-Établir une distinction entre la démarche clinique de l'infirmière et celle du médecin.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
005-Reconnaître l'utilité d'un modèle comme cadre de référence dans l'application de la démarche clinique.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
006-Utiliser la démarche clinique comme outil de communication pour le personnel infirmier	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
007-Reconnaître la démarche clinique comme outil de participation du client à ses soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
008-Utiliser la démarche clinique comme outil de planification.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
009-Utiliser la démarche clinique comme outil d'individualisation des soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

010-Considérer la démarche clinique comme source de satisfaction pour l'infirmière dans son travail.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
011-Reconnaître la démarche clinique comme instrument d'autonomie professionnelle.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
012-Utiliser la démarche clinique comme élément favorisant la continuité des soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
013-Reconnaître la souplesse du processus de la démarche clinique.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
014-Reconnaître le caractère dynamique clinique	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
015-Considérer la possibilité d'utiliser sa créativité dans l'application de la démarche clinique.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
016-Reconnaître que l'intuition peut être utile dans le processus de la démarche clinique.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
017-Reconnaître l'importance du diagnostic infirmier à l'intérieur de la démarche clinique..	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
018-Reconnaître la nécessité du diagnostic infirmier pour prodiguer des soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

019-Reconnaître l'utilité de la planification écrite des soins .	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
020-Utiliser le plan de soins pour développer les habiletés de communication écrite.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
021-Utiliser sa capacité de jugement dans l'application de la démarche clinique.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
022-Établir une distinction entre le diagnostic infirmier et l'acte de diagnostiquer appelé processus de diagnostic infirmier ou encore raisonnement diagnostique.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
000-_____ _____	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

Thème 2: Évaluation Initiale

Échelle de réponses

1 d'une importance très faible

2 d'une importance faible

3 d'une importance moyenne

4 d'une importance forte

5 d'une importance très forte

X pas d'opinion

Quelle importance
mon département
accorde-t-il
présentement à
cet objectif:

Quelle importance
mon département
devrait-il
accorder à
cet objectif:

Quelle importance
personnellement
j'accorde à cet
objectif:

L'étudiante devrait être capable de:

023-Tenir compte dans l'évaluation initiale de toutes les informations disponibles au sujet du client.(cf. résultats de l'entrevue, de l'observation auprès du client, de l'examen physique infirmier, de l'examen du dossier etc).

1 2 3 4 5 X

1 2 3 4 5 X

1 2 3 4 5 X

024-Utiliser un guide pour recueillir les données auprès du client.

1 2 3 4 5 X

1 2 3 4 5 X

1 2 3 4 5 X

025-Se référer au client comme première source d'informations.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
026-Se référer, au besoin, à la famille du client pour recueillir des informations sur celui-ci.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
027-Réaliser une entrevue avec le client.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
028-Inclure dans l'entrevue des questions qui touchent la globalité de la personne.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
029-Orienter l'entrevue en fonction des indices jugés significatifs.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
030-Écrire de façon claire et concise les données significatives.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
031-Valider les données recueillies auprès du client afin d'être certain que les indices, les inférences ou les interprétations sont exacts.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
032-Classer les données de façon à permettre l'identification des forces et des problèmes actuels et potentiels du client.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
033-Classifier les données selon le modèle de soins de Virginia Henderson.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

034-Compléter l'entrevue par un examen physique infirmier afin de vérifier des données mentionnées par le client.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
035-Distinguer les données subjectives des données objectives.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
036-Obtenir, au besoin, des données additionnelles pour décrire plus clairement les données significatives.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
037-Se faire une image globale du client, à partir des données recueillies .	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
038-Se faire une première impression à partir des informations recueillies, validées et classifiées.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
039-Reconnaître les modes de comportement qui émergent des données recueillies.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
040-Communiquer dès que possible les données significatives indiquant un problème qui demande l'attention d'une personne plus qualifiée.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
000-_____	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

Thème 3: Diagnostic

Échelle de réponses

1 d'une importance très faible

2 d'une importance faible

3 d'une importance moyenne

4 d'une importance forte

5 d'une importance très forte

X pas d'opinion

Quelle importance
mon département
accorde-t-il
présentement à
cet objectif:

Quelle importance
mon département
devrait-il
accorder à
cet objectif:

Quelle importance
personnellement
j'accorde à cet
objectif:

L'étudiante devrait être capable de:

041-Regrouper les indices favorisant l'identification du problème.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
042-Analyser les données afin d'identifier les forces et les problèmes actuels et potentiels du client.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
043-Recueillir, au besoin, des données additionnelles concernant tous signes ou symptômes identifiés chez le client afin de mieux cerner le problème.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

044-Utiliser une liste de problèmes généraux les plus souvent rencontrés chez les clients.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
045-Déterminer les problèmes qui peuvent être résolus par des interventions indépendantes de l'infirmière.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
046-Déterminer les problèmes qui requièrent des interventions devant être prescrites par un médecin ou un autre professionnel de la santé.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
047-Émettre une ou des hypothèses pour expliquer les manifestations présentes chez le client.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
048-Comparer les données du client avec les caractéristiques déterminantes majeures et mineures du diagnostic infirmier qui fait l'objet d'une hypothèse.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
049-Identifier le problème.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
050-Déterminer la cause du problème identifié.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
051-Énoncer le problème et son étiologie.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
052-Distinguer un problème actuel d'un problème potentiel.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

053-Recueillir au besoin des données additionnelles pour confirmer un problème possible.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
054-Établir une distinction entre un diagnostic infirmier et un problème commun (PC).	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
055-Reconnaître que les diagnostics médicaux sont en fait, sous l'angle de la démarche clinique ,des problèmes communs pour l'infirmière.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
056-Reconnaître un problème commun comme étant une complication physiologique qui a résulté ou qui peut résulter d'une situation physiopathologique ou d'un traitement relatif à cette situation.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
057-Utiliser la catégorisation de l'ANADI pour nommer le diagnostic infirmier.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
058-Utiliser correctement la terminologie propre aux diagnostics infirmiers.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
059-Écrire un diagnostic infirmier réel en 3 parties: problème, étiologie, caractéristiques déterminantes ou signes et symptômes.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

060-Écrire un diagnostic potentiel en deux parties: problème, étiologie.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
061-Écrire un problème commun en utilisant les lettres PC devant le problème identifié.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
062-Élaborer un diagnostic infirmier en suivant le modèle PES (problème, étiologie, signes et symptômes) dans le cas où le diagnostic identifié ne figure pas sur la liste de l'ANADI.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
063-Reconnaître que son habileté à poser un diagnostic infirmier dépend de ses connais- sances en soins infirmiers et de son expérience clinique.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
064-Reconnaître ses capacités et ses limites avant de poser un diagnostic infirmier.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
065-Consulter en cas de doute des ressources appropriées (humaines ou matérielles) avant de poser un diagnostic infirmier.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
066-Distinguer les données normales des données anormales.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
067-Distinguer les termes:signes, symptômes, caractéristiques déterminantes et indices.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

068-Reconnaître qu'un diagnostic erroné conduit à des interventions inappropriées.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
069-Reconnaître que l'intuition peut être une faculté utile dans l'établissement du diagnostic infirmier.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
070-Reconnaître le diagnostic infirmier comme base de la planification écrite.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
071-Reconnaître le diagnostic infirmier comme cadre de référence commun aux infirmières.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
072-Consigner dans le diagnostic infirmier les réactions d'un individu à son ou ses problèmes de santé.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
073-Considérer le raisonnement diagnostique comme un processus logique.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
074-Considérer le raisonnement diagnostique comme un processus intuitif.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
075-Reconnaître l'importance de la collaboration de l'infirmière avec les autres professionnels de la santé en présence d'un problème commun (PC).	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
000-_____	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

Thème 4: Planification

Échelle de réponses

1 d'une importance très faible

2 d'une importance faible

3 d'une importance moyenne

4 d'une importance forte

5 d'une importance très forte

X pas d'opinion

Quelle importance
mon département
accorde-t-il
présentement à
cet objectif:

Quelle importance
mon département
devrait-il
accorder à
cet objectif:

Quelle importance
personnellement
j'accorde à cet
objectif:

L'étudiante devrait être capable de :

076-Déterminer les problèmes qui demandent une attention immédiate et prendre immédiatement les actions appropriées.

1 2 3 4 5 X

1 2 3 4 5 X

1 2 3 4 5 X

077-Distinguer les diagnostics infirmiers des problèmes communs.

1 2 3 4 5 X

1 2 3 4 5 X

1 2 3 4 5 X

078-Déterminer les problèmes communs qui demandent un avis médical afin qu'un diagnostic soit établi de même que les éléments de surveillance et les traitements.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
079-N'inclure au plan de soins que les diagnostics complexes ou peu communs.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
080-Identifier et écrire les objectifs en fonction des diagnostics infirmiers.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
081-Écrire les objectifs qui orienteront les interventions.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
082-Écrire des objectifs réalistes, c'est-à-dire, qui présentent des chances de réussite.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
083-Écrire les objectifs centrés sur le client.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
084-Écrire en termes précis des objectifs mesurables.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
085-Utiliser des verbes qui décrivent le comportement exact du client.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
086-Considérer un objectif comme un but à atteindre après traitement.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

087-Classer les objectifs du plan de soins selon les domaines cognitif, psycho-moteur et affectif.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
088-Distinguer les objectifs à court terme des objectifs à moyen et à long long terme.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
089-Reconnaître l'importance de dater les objectifs dans sa planification écrite.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
090-Encourager la participation du client dans la planification des soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
091-Connaître les principes scientifiques qui sous-tendent le choix des interventions de soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
092-Identifier les forces du client qui l'encourageront à participer à la résolution de son problème.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
093-Utiliser sa créativité dans le choix des interventions de soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
094-Inclure dans sa planification écrite des interventions de soins en fonction des diagnostics infirmiers et de leurs objectifs respectifs.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

095-Inclure dans sa planification écrite des interventions qui ont pour but de réduire ou d'éliminer la cause du problème du client.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
096-Inclure dans sa planification écrite des interventions de soins réalistes qui tiennent compte des limites et des préférences du client.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
097-Inclure dans sa planification écrite des interventions d'enseignement au client.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
098-Inclure dans sa planification écrite des interventions de conseils au client le conduisant à prendre lui-même des décisions au sujet de son état de santé.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
099-Inclure au besoin dans sa planification écrite des références à d'autres professionnels de la santé afin de faire les interventions appropriées.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
100-Inclure dans sa planification écrite des interventions pour résoudre, réduire, ou supprimer les problèmes de santé du client.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
101-Inclure dans sa planification écrite des interventions d'assistance au client le conduisant à exécuter lui-même ses activités de soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

102-Tenir compte de la perception du client pour établir les priorités de soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
103-Tenir compte du plan de traitement médical pour établir les priorités de soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
104-Tenir compte de l'état de santé du client aux niveaux bio-psycho-sociologique pour établir les priorités de soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
105-Tenir compte des problèmes potentiels pour établir les des priorités de soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
106-Avoir une vision globale des problèmes du client et de leur influence sur son état de santé pour établir les priorités de soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
107-Inclure dans le plan de soins les diagnostics infirmiers et leurs objectifs , les interventions spécifiques de soins et un espace réservé aux commentaires concernant l'évaluation ou les progrès du client.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
000-_____	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

Thème 5: Mise en application

Échelle de réponses

- 1 d'une importance très faible
- 2 d'une importance faible
- 3 d'une importance moyenne
- 4 d'une importance forte
- 5 d'une importance très forte
- X pas d'opinion

Quelle importance
mon département
accorde-t-il
présentement à
cet objectif:

Quelle importance
mon département
devrait-il
accorder à
cet objectif:

Quelle importance
personnellement
j'accorde à cet
objectif:

L'étudiante devrait être capable de:

108-Recueillir de façon continue les données
du client.

1 2 3 4 5 X

1 2 3 4 5 X

1 2 3 4 5 X

109-Évaluer de façon continue les données
du client.

1 2 3 4 5 X

1 2 3 4 5 X

1 2 3 4 5 X

110-Identifier sur une base continue les données qui ont des incidences sur les priorités de soins, données qui proviennent à la fois du client, de l'étude des notes du dossier, des rapports de fin de travail et des problèmes qui demandent une action immédiate.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
111-Revoir quotidiennement la liste des diagnostics infirmiers et des problèmes communs et évaluer leur importance.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
112-Transmettre verbalement au personnel infirmier les informations concernant le client.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
113- Réévaluer constamment la réponse du client à ses soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
114-Déterminer les tâches que le client peut faire seul et celles qui demandent une assistance.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
115-Tenir compte des priorités de chaque client lors de l' application des soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
116-Déterminer quotidiennement les tâches à faire dans l'équipe de soins selon le plan de soins, les routines et les protocoles de soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

117-Superviser le client quand il exécute lui-même une activité de soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
118-Assurer une surveillance constante du client dont l'état présente des complications potentielles.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
119-Accomplir les interventions de soins dans un environnement sécuritaire.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
120-Exécuter les interventions de soins en se référant aux principes scientifiques qui les sous-tendent .	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
121-Écrire au dossier du client la façon dont il répond aux interventions de soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
122-Reconnaître pour l'infirmière la nécessité de recourir au plan de soins.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
123-Reviser le plan de soins afin de s'assurer que les données sont à jour.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
000-_____	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

Thème 6: Évaluation

Échelle de réponses

1 d'une importance très faible

2 d'une importance faible

3 d'une importance moyenne

4 d'une importance forte

5 d'une importance très forte

X pas d'opinion

Quelle importance
mon département
accorde-t-il
présentement à
cet objectif:

Quelle importance
mon département
devrait-il
accorder à
cet objectif:

Quelle importance
personnellement
j'accorde à cet
objectif:

L'étudiante devrait être capable de:

124-Établir des critères pour l'évaluation de l'atteinte des objectifs.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
125-Examiner et interroger le client afin de vérifier si ses problèmes sont résolus, augmentés ou encore s'il y a apparition de nouveaux problèmes.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
126-Évaluer les capacités du client par rapport aux objectifs établis en phase de la planification.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

127-Vérifier régulièrement le niveau d'atteinte des objectifs.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
128-Vérifier si le client rencontre les conditions citées dans l'objectif.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
129-Encourager le client à verbaliser ce qu'il ressent au sujet de l'atteinte des objectifs.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
130-Identifier les variables qui affectent l'atteinte des objectifs.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
131-Recueillir de nouvelles données si les objectifs ne sont pas atteints.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
132-Modifier, au besoin, le plan de soins .	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
133-Vérifier si les diagnostics infirmiers et les problèmes communs sont toujours appropriés.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
134-Supprimer les diagnostics infirmiers et les problèmes communs (PC) non appropriés.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
135-Ajouter les nouveaux diagnostics infirmiers et les nouveaux problèmes communs (PC).	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

136-Établir de nouvelles priorités si nécessaire .	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
137-Analyser les motifs qui font que les objectifs du client ne sont pas atteints.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
138-Changer les objectifs s'ils sont irréalistes.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
139-Refaire de nouveaux objectifs en fonction des nouveaux problèmes identifiés.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
140-Examiner les interventions de soins pour chacun des objectifs.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
141-Supprimer les interventions non appropriées.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
142-Ajouter les interventions appropriées.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
143-Identifier les facteurs qui contribuent au succès ou à l'échec de l'atteinte des objectifs.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
144-Établir une nouvelle date pour une réévaluation.	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X
000-_____	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X	1 2 3 4 5 X

Annexe IV

Texte de présentation aux enseignantes en soins infirmiers du C.A.T. de la présente étude

Depuis maintenant 20 ans, la démarche clinique de l'infirmière fait partie du programme en soins infirmiers. Elle est enseignée lors des cours théoriques, des laboratoires et est appliquée en milieu clinique avec les étudiantes lors des stages. Pourtant, il n'en demeure pas moins qu'elle est peu appliquée sur les unités de soins.

Cela a mené depuis plusieurs années à de nombreuses discussions tant dans les milieux cliniques que dans les milieux d'enseignement. On reconnaît que ces deux milieux ont des objectifs institutionnels différents. L'un est centré sur le service que le personnel donne à la population et l'autre l'est sur l'approche utilisée pour rendre ce service à la population.

Plusieurs intervenants des deux milieux ont déclaré que l'enseignement de la démarche clinique n'a pas donné les succès escomptés. Suite à plusieurs recherches sur la démarche clinique, des auteures ont affirmé que:

- les étudiantes en soins infirmiers terminent leur formation avec une insuffisance d'habiletés en résolution de problèmes,
- les étudiantes ont beaucoup de difficulté à mettre en pratique les notions de la démarche de soins,
- la théorie concernant la démarche clinique est appliquée de façon stéréotypée,
- l'enseignement de la démarche clinique est loin de la pratique des soins,
- les professeures manquent de créativité dans l'enseignement de la démarche clinique,
- les nouvelles diplômées sont absorbées par le système et ne peuvent, à leur arrivée dans un centre hospitalier, appliquer la démarche telle qu'enseignée au cégep.

Plusieurs infirmières pourraient dire que le milieu clinique ne favorise pas l'application de la démarche clinique à cause de la lourdeur de la tâche, du manque de ressources et du manque de personnel. La liste des mécontentements est longue et déjà des cégeps ont commencé à regarder la question de près. Dans le cadre de ma recherche menant à l'obtention de la maîtrise en enseignement, j'ai choisi de porter un regard sur notre perception de l'enseignement de la démarche clinique au C.A.T. Ce travail pourrait être considéré comme amorce de discussion le jour où les membres du département en soins infirmiers sentiront le besoin de faire un retour sur leur enseignement de la démarche clinique.

Pour ce faire, votre collaboration, essentielle, consiste à répondre à un questionnaire qui porte sur la démarche clinique. Je comprends votre réaction: «Encore un questionnaire!» Cependant, sachez que j'ai examiné pendant des mois la meilleure façon de faire et, à part l'analyse de contenu,

qui est contestable parce que trop subjective, il n'y avait que cette approche qui pouvait, à la fois, revêtir un caractère scientifique et non menaçant pour les répondantes.

La répondante peut ainsi exprimer ses perceptions:

- A- en fonction des résultats des activités réalisées par l'ensemble des membres du département de soins infirmiers (résultats du département),
- B- en fonction des résultats de ses activités exécutées individuellement (résultat de l'individu).

Pour les fins de la présente recherche, il est important d'exprimer ses perceptions en se référant constamment aux résultats des activités réalisées par l'ensemble des membres du département et aux résultats de ses activités individuelles.

Dans une première phase, vous êtes invitées à fournir, sur une échelle graduée, trois réponses différentes.

Premièrement, selon vous quelle importance votre département accorde-t-il actuellement à cet objectif? (Perception de la Réalité du département);

Deuxièmement, selon vous, quelle importance votre département devrait-il accorder à cet objectif? (Perception de la Désirabilité du département);

Troisièmement, quelle importance accordez-vous actuellement à cet objectif? (Réalité personnelle).

Après le traitement de vos réponses au questionnaire, vous recevrez les résultats de l'ensemble du département et, sur demande, vos résultats personnels.

L'instrument d'enquête est du même genre que celui utilisé par le groupe de travail sur la formation fondamentale. Vous êtes donc en pays connu! Il s'agit du modèle d'analyse des écarts (Discrepancy Model) de Kaufman, R. et English, F., 1979.¹ . Comme vous vous rappelez, ce modèle repose sur l'idée qu'un besoin est un écart entre la situation souhaitée (Désirabilité) et la situation actuelle (Réalité).

$$\text{Besoin} = \text{Situation désirée} - \text{Situation réelle}$$

¹Kaufman, R.; Fenwick, E., *Needs Assessment: Concept and Application*, Englewood Cliffs Educational Technology Publications, New Jersey, 1979.

Annexe V

Résultats du questionnaire d'enquête sur les perceptions des enseignantes du département de soins infirmiers du C.A.T. concernant leur enseignement de la démarche clinique de l'infirmière. Partie 1

Caractéristiques des répondantes

PARTIE 1: RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1- Depuis combien de temps enseignez-vous en soins infirmiers au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue?

0 à 1 an	7
2 ans à 5 ans	9
6 ans à 10 ans	3
11 ans à 15 ans	5
16 ans à 20 ans	3
21 ans et plus	1

2- Avant d'enseigner en soins infirmiers au Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, combien de temps avez-vous travaillé sur une unité de soins?

0 à 1 an	2
2 ans à 5 ans	10
6 ans à 10 ans	8
11 ans à 15 ans	7
16 ans à 20 ans	0
21 ans et plus	1

3- Quand vous avez travaillé sur une unité de soins avez-vous utilisé la démarche clinique de l'infirmière comme on l'enseigne au Cégep ?

Oui	6
Non	22

Pouvez-vous expliquer votre réponse? _____

4- Avez-vous fait des stages en entreprise sur une unité de soins depuis que vous êtes à l'emploi du Cégep?

Oui	9
Non	17

5- Si vous avez répondu «oui» à la question précédente, avez-vous appliqué la démarche clinique de l'infirmière comme on l'enseigne au Cégep?

Oui	5
Non	7

Pouvez-vous expliquer votre réponse? _____

6- Trouvez-vous que l'enseignement de la démarche clinique de l'infirmière au Collège de l'Abitibi-Témiscamingue est réaliste?

Oui	10
Non	15

Pouvez-vous expliquer votre réponse? _____

Annexe VI

Moyennes générales pour les situations souhaitées et actuelles et les écarts absolus pour l'ensemble des énoncés du thème 1 Éléments généraux de la démarche clinique

	RANG	ECART	SUJETS	SITUATION	
				SOUHAITEE Moyenne	ACTUELLE Moyenne
THEME		0.93	23	4.36	3.43
QUESTION					
16	1.	1.78	28	4.11	2.32
10	2.	1.55	27	4.15	2.59
15	3.	1.53	28	4.36	2.82
22	4.	1.52	23	3.83	2.30
13	5.	1.46	26	4.35	2.88
6	6.	1.25	28	4.50	3.25
7	7.	1.21	28	4.21	3.00
14	8.	1.17	23	4.39	3.22
11	9.	1.14	28	4.43	3.29
21	10.	1.07	28	4.68	3.61
20	11.	0.92	28	4.00	3.07
12	12.	0.85	28	4.64	3.79
18	13.	0.67	28	4.36	3.68
2	14.	0.64	28	4.68	4.04
8	15.	0.60	28	4.46	3.86
3	16.	0.59	27	4.48	3.89
4	17.50	0.57	28	4.07	3.50
9	17.50	0.57	28	4.71	4.14
5	19.	0.53	28	4.43	3.89
19	20.	0.39	28	4.18	3.79
17	21.	0.28	28	4.43	4.14
1	22.	0.22	27	4.33	4.11

INTERPRETATION ————— ECART MAXIMUM = 5

Les questions sont triées selon l'importance de l'écart.
Plus l'écart est élevé, plus le besoin est grand.

NOTE —————

Sous l'appellation THEME, nous retrouvons les moyennes
générales pour les situations souhaitée et actuelle pour
l'ensemble des énoncés du THEME et l'écart absolu.

Annexe VII

Moyennes générales pour les situations souhaitées et actuelles et les écarts absolus pour l'ensemble des énoncés du thème 2 Évaluation initiale

	RANG	ECART	SUJETS	SITUATION	
				SOUHAITEE Moyenne	ACTUELLE Moyenne
THEME		0.82	24	4.34	3.51
QUESTION					
34	1.	1.89	28	3.71	1.82
39	2.	1.54	24	4.21	2.67
29	3.	1.35	28	4.75	3.39
32	4.	1.11	27	4.41	3.30
31	5.	1.07	27	4.48	3.41
37	6.50	1.03	28	4.50	3.46
38	6.50	1.03	26	4.15	3.12
28	8.	0.92	28	4.43	3.50
40	10.	0.85	27	4.44	3.59
36	10.	0.85	28	4.29	3.43
30	10.	0.85	28	4.57	3.71
26	12.	0.71	28	4.43	3.71
35	13.	0.67	28	4.29	3.61
23	14.	0.64	28	4.54	3.89
25	15.	0.42	28	4.57	4.14
27	16.	0.32	28	4.50	4.18
24	17.	-0.12	27	3.96	4.07
33	18.	-0.39	26	3.77	4.15

INTERPRETATION ————— ECART MAXIMUM = 5 —
 Les questions sont triées selon l'importance de l'écart.
 Plus l'écart est élevé, plus le besoin est grand.

NOTE —————
 Sous l'appellation THEME, nous retrouvons les moyennes
 générales pour les situations souhaitée et actuelle pour
 l'ensemble des énoncés du THEME et l'écart absolu.

Annexe VIII

**Moyennes générales pour les situations souhaitées et actuelles et
les écarts absolus pour l'ensemble des énoncés du thème 3
Diagnostic**

	RANG	ÉCART	SUJETS	SITUATION	
				SOUHAITÉE	ACTUELLE
THÈME		0,79	19	Moyenne 4,19	Moyenne 3,40
QUESTION					
69	1	1,50	28	4,11	2,61
64	2	1,49	26	4,08	2,58
74	3	1,34	26	3,42	2,08
62	4	1,31	22	4,18	2,86
65	5	1,30	26	4,31	3,00
43	6	1,22	27	4,56	3,33
47	7	1,11	26	4,27	3,15
56	8	1,08	24	4,17	3,08
67	9	0,92	27	3,96	3,04
48	10	0,89	28	3,89	3,00
55	12	0,88	25	4,00	3,12
63	12	0,88	26	4,42	3,54
53	12	0,88	27	4,11	3,22
72	14	0,83	24	3,46	2,63
75	15	0,82	28	4,50	3,68
54	16,5	0,81	27	4,11	3,30
73	16,5	0,81	27	4,41	3,59
68	18	0,78	28	4,43	3,64
46	19	0,76	26	4,19	3,42
42	20	0,75	28	4,61	3,86
45	21,5	0,74	27	4,52	3,78

INTERPRETATION ————— ECART MAXIMUM = 5 —
 Les questions sont triées selon l'importance de l'écart.
 Plus l'écart est élevé, plus le besoin est grand.

NOTE —————
 Sous l'appellation THEME, nous retrouvons les moyennes
 générales pour les situations souhaitée et actuelle pour
 l'ensemble des énoncés du THEME et l'écart absolu.

	RANG	ECART	SUJETS	SITUATION	
				SOUHAITEE Moyenne	ACTUELLE Moyenne
THEME		0.81	22	4.33	3.52
QUESTION					
85	25.50	0.46	28	4.46	4.00
80	27.	0.40	27	4.48	4.07
107	28.	0.39	28	4.54	4.14
83	29.	0.35	28	4.75	4.39
84	30.	0.28	28	4.61	4.32
100	31.	0.25	27	4.07	3.81
81	32.	0.25	27	4.56	4.30

Annexe IX

Moyennes générales pour les situations souhaitées et actuelles et les écarts absolus pour l'ensemble des énoncés du thème 4: Planification

THEME	RANG	ECART	SUJETS	SITUATION	
				SOUHAITEE Moyenne	ACTUELLE Moyenne
		0.81	22	4.33	3.52
QUESTION					
92	1.	1.53	26	4.38	2.85
102	2.	1.50	26	4.35	2.85
90	3.	1.39	28	4.54	3.14
93	4.	1.38	26	4.35	2.96
99	5.	1.29	24	3.79	2.50
98	6.	1.19	26	3.85	2.65
106	7.	1.14	27	4.59	3.44
89	8.	1.10	28	4.21	3.11
96	9.	1.07	27	4.56	3.48
101	10.50	0.96	27	4.33	3.37
76	10.50	0.96	26	4.73	3.77
87	12.50	0.95	24	3.13	2.17
78	12.50	0.95	25	4.24	3.28
88	14.	0.92	28	4.07	3.14
79	15.	0.91	24	3.08	2.17
104	16.	0.85	27	4.48	3.63
105	17.	0.83	24	4.08	3.25
97	18.	0.77	27	4.37	3.59
91	19.	0.67	28	4.68	4.00
82	20.	0.60	28	4.71	4.11
103	21.	0.59	22	4.09	3.50
95	22.	0.57	26	4.50	3.92
77	23.	0.55	27	4.26	3.70
94	24.	0.50	28	4.68	4.18
86	25.50	0.46	26	4.50	4.04

INTERPRETATION ————— ECART MAXIMUM = 5 ————
 Les questions sont triées selon l'importance de l'écart.
 Plus l'écart est élevé, plus le besoin est grand.

NOTE —————
 Sous l'appellation THEME, nous retrouvons les moyennes
 générales pour les situations souhaitée et actuelle pour
 l'ensemble des énoncés du THEME et l'écart absolu.

Annexe X

Moyennes générales pour les situations souhaitées et actuelles et les écarts absolus pour l'ensemble des énoncés du thème 5 Mise en application

	RANG	ECART	SUJETS	SITUATION	
				SOUHAITEE Moyenne	ACTUELLE Moyenne
THEME		0.84	25	4.48	3.64
QUESTION					
111	1.	1.37	27	4.00	2.63
110	2.	1.25	27	4.37	3.11
113	3.	1.24	28	4.68	3.43
108	4.	1.10	28	4.61	3.50
109	5.	1.07	28	4.57	3.50
123	6.	1.00	27	4.33	3.33
116	7.	0.88	25	4.32	3.44
115	8.	0.75	28	4.61	3.86
121	9.	0.71	28	4.64	3.93
114	11.	0.67	28	4.54	3.86
120	11.	0.67	28	4.50	3.82
122	11.	0.67	28	4.43	3.75
117	13.	0.66	27	4.30	3.63
119	14.	0.60	28	4.54	3.93
118	15.	0.55	27	4.59	4.04
112	16.	0.21	28	4.68	4.46

INTERPRETATION ————— ECART MAXIMUM = 5 ————
 Les questions sont triées selon l'importance de l'écart.
 Plus l'écart est élevé, plus le besoin est grand.

NOTE —————
 Sous l'appellation THEME, nous retrouvons les moyennes
 générales pour les situations souhaitée et actuelle pour
 l'ensemble des énoncés du THEME et l'écart absolu.

Annexe XI

**Moyennes générales pour les situations souhaitées et actuelles et
les écarts absolus pour l'ensemble des énoncés du thème 6:
Évaluation**

	RANG	ÉCART	SUJETS	SITUATION	
				SOUHAITÉE	ACTUELLE
THÈME		0,82	23	Moyenne 4,31	Moyenne 3,50
QUESTION					
129	1	1,33	24	4,00	2,67
126	2	1,25	24	4,38	3,13
124	3	1,23	25	4,20	2,96
137	4	1,12	25	4,28	3,16
143	5	1,11	26	4,31	3,19
144	6	1,07	25	4,20	3,12
130	7	0,91	24	4,21	3,29
128	8	0,86	23	4,35	3,48
125	9	0,84	26	4,42	3,58
133	10	0,79	24	4,29	3,50
132	11	0,76	26	4,54	3,77
131	12	0,73	26	4,31	3,58
138	13	0,70	27	4,48	3,78
141	14	0,64	25	4,32	3,68
134	15,5	0,62	24	4,00	3,38
136	15,5	0,62	27	4,37	3,74
140	16	0,54	26	4,50	3,96
127	17	0,52	25	4,28	3,76
135	18,5	0,50	24	4,13	3,63
139	18,5	0,50	26	4,50	4,00
142	18,5	0,50	26	4,46	3,96

INTERPRETATION _____ ECART MAXIMUM = 5

Les questions sont triées selon l'importance de l'écart.
Plus l'écart est élevé, plus le besoin est grand.

NOTE _____

Sous l'appellation THEME, nous retrouvons les moyennes
générales pour les situations souhaitée et actuelle pour
l'ensemble des énoncés du THEME et l'écart absolu.

Annexe XII

Mise en priorité de l'ensemble des 144 énoncés en fonction des écarts absolus

	RANG	ECART	SUJETS	SITUATION	
				SOUHAITEE Moyenne	ACTUELLE Moyenne
INVENTAIRE		0.83	19	4.32	3.49
QUESTION					
34	1.	1.89	28	3.71	1.82
16	2.	1.78	28	4.11	2.32
10	3.	1.55	27	4.15	2.59
39	4.	1.54	24	4.21	2.67
92	5.50	1.53	26	4.38	2.85
15	5.50	1.53	28	4.36	2.82
22	7.	1.52	23	3.83	2.30
69	8.50	1.50	28	4.11	2.61
102	8.50	1.50	26	4.35	2.85
64	10.	1.49	26	4.08	2.58
13	11.	1.46	26	4.35	2.88
90	12.	1.39	28	4.54	3.14
93	13.	1.38	26	4.35	2.96
111	14.	1.37	27	4.00	2.63
29	15.	1.35	28	4.75	3.39
74	16.	1.34	26	3.42	2.08
129	17.	1.33	24	4.00	2.67
62	18.	1.31	22	4.18	2.86
65	19.	1.30	26	4.31	3.00
99	20.	1.29	24	3.79	2.50
126	22.	1.25	24	4.38	3.13
110	22.	1.25	27	4.37	3.11
6	22.	1.25	28	4.50	3.25
113	24.	1.24	28	4.68	3.43
124	25.	1.23	25	4.20	2.96

INTERPRETATION ————— ECART MAXIMUM = 5

Les questions sont triées selon l'importance de l'écart.
Plus l'écart est élevé, plus le besoin est grand.

NOTE —————

Sous l'appellation INVENTAIRE, nous retrouvons les moyennes générales pour les situations souhaitée et actuelle pour l'ensemble des énoncés de l'INVENTAIRE et l'écart absolu.

	RANG	ECART	SUJETS	SITUATION	
				SOUHAITEE Moyenne	ACTUELLE Moyenne
INVENTAIRE		0.83	19	4.32	3.49
QUESTION					
43	26.	1.22	27	4.56	3.33
7	27.	1.21	28	4.21	3.00
98	28.	1.19	26	3.85	2.65
14	29.	1.17	23	4.39	3.22
106	30.50	1.14	27	4.59	3.44
11	30.50	1.14	28	4.43	3.29
137	32.	1.12	25	4.28	3.16
47	34.	1.11	26	4.27	3.15
143	34.	1.11	26	4.31	3.19
32	34.	1.11	27	4.41	3.30
108	36.50	1.10	28	4.61	3.50
89	36.50	1.10	28	4.21	3.11
56	38.	1.08	24	4.17	3.08
96	41.	1.07	27	4.56	3.48
21	41.	1.07	28	4.68	3.61
144	41.	1.07	25	4.20	3.12
31	41.	1.07	27	4.48	3.41
109	41.	1.07	28	4.57	3.50
37	44.50	1.03	28	4.50	3.46
38	44.50	1.03	26	4.15	3.12
123	46.	1.00	27	4.33	3.33
76	47.50	0.96	26	4.73	3.77
101	47.50	0.96	27	4.33	3.37
78	49.50	0.95	25	4.24	3.28
87	49.50	0.95	24	3.13	2.17

	RANG	ECART	SUJETS	SITUATION	
				SOUHAITEE Moyenne	ACTUELLE Moyenne
INVENTAIRE		0.83	19	4.32	3.49
QUESTION					
28	52.50	0.92	28	4.43	3.50
67	52.50	0.92	27	3.96	3.04
88	52.50	0.92	28	4.07	3.14
20	52.50	0.92	28	4.00	3.07
79	55.50	0.91	24	3.08	2.17
130	55.50	0.91	24	4.21	3.29
48	57.	0.89	28	3.89	3.00
55	59.50	0.88	25	4.00	3.12
63	59.50	0.88	26	4.42	3.54
116	59.50	0.88	25	4.32	3.44
53	59.50	0.88	27	4.11	3.22
128	62.	0.86	23	4.35	3.48
36	65.	0.85	28	4.29	3.43
104	65.	0.85	27	4.48	3.63
30	65.	0.85	28	4.57	3.71
40	65.	0.85	27	4.44	3.59
12	65.	0.85	28	4.64	3.79
125	68.	0.84	26	4.42	3.58
105	69.50	0.83	24	4.08	3.25
72	69.50	0.83	24	3.46	2.63
75	71.	0.82	28	4.50	3.68
73	72.50	0.81	27	4.41	3.59
54	72.50	0.81	27	4.11	3.30
133	74.	0.79	24	4.29	3.50
68	75.	0.78	28	4.43	3.64

	RANG	ECART	SUJETS	SITUATION	
				SOUHAITEE Moyenne	ACTUELLE Moyenne
INVENTAIRE		0.83	19	4.32	3.49
QUESTION					
97	76.	0.77	27	4.37	3.59
132	77.50	0.76	26	4.54	3.77
46	77.50	0.76	26	4.19	3.42
42	79.50	0.75	28	4.61	3.86
115	79.50	0.75	28	4.61	3.86
71	81.50	0.74	27	4.04	3.30
45	81.50	0.74	27	4.52	3.78
131	83.	0.73	26	4.31	3.58
121	84.50	0.71	28	4.64	3.93
26	84.50	0.71	28	4.43	3.71
66	86.50	0.70	27	4.26	3.56
138	86.50	0.70	27	4.48	3.78
41	91.	0.67	28	4.61	3.93
91	91.	0.67	28	4.68	4.00
122	91.	0.67	28	4.43	3.75
18	91.	0.67	28	4.36	3.68
114	91.	0.67	28	4.54	3.86
35	91.	0.67	28	4.29	3.61
120	91.	0.67	28	4.50	3.82
117	95.	0.66	27	4.30	3.63
23	97.	0.64	28	4.54	3.89
2	97.	0.64	28	4.68	4.04
141	97.	0.64	25	4.32	3.68
136	99.50	0.62	27	4.37	3.74
134	99.50	0.62	24	4.00	3.38

	RANG	ECART	SUJETS	SITUATION	
				SOUHAITEE Moyenne	ACTUELLE Moyenne
INVENTAIRE		0.83	19	4.32	3.49
QUESTION					
119	102.50	0.60	28	4.54	3.93
52	102.50	0.60	28	4.46	3.86
82	102.50	0.60	28	4.71	4.11
8	102.50	0.60	28	4.46	3.86
103	106.	0.59	22	4.09	3.50
60	106.	0.59	27	4.11	3.52
3	106.	0.59	27	4.48	3.89
4	109.50	0.57	28	4.07	3.50
9	109.50	0.57	28	4.71	4.14
95	109.50	0.57	26	4.50	3.92
50	109.50	0.57	28	4.61	4.04
118	112.50	0.55	27	4.59	4.04
77	112.50	0.55	27	4.26	3.70
5	114.50	0.53	28	4.43	3.89
140	114.50	0.53	26	4.50	3.96
127	116.	0.52	25	4.28	3.76
139	118.50	0.50	26	4.50	4.00
94	118.50	0.50	28	4.68	4.18
61	118.50	0.50	24	3.79	3.29
135	118.50	0.50	24	4.13	3.63
142	121.50	0.49	26	4.46	3.96
70	121.50	0.49	28	4.18	3.68
86	123.50	0.46	26	4.50	4.04
85	123.50	0.46	28	4.46	4.00
49	125.50	0.42	28	4.71	4.29

	RANG	ECART	SUJETS	SITUATION	
				SOUHAITEE Moyenne	ACTUELLE Moyenne
INVENTAIRE		0.83	19	4.32	3.49
QUESTION					
25	125.50	0.42	28	4.57	4.14
80	127.	0.40	27	4.48	4.07
51	129.	0.39	28	4.39	4.00
107	129.	0.39	28	4.54	4.14
19	129.	0.39	28	4.18	3.79
44	131.	0.36	25	3.44	3.08
83	132.	0.35	28	4.75	4.39
27	133.50	0.32	28	4.50	4.18
59	133.50	0.32	28	4.14	3.82
17	135.50	0.28	28	4.43	4.14
84	135.50	0.28	28	4.61	4.32
81	137.50	0.25	27	4.56	4.30
100	137.50	0.25	27	4.07	3.81
1	139.	0.22	27	4.33	4.11
112	140.	0.21	28	4.68	4.46
57	141.	0.15	19	3.89	3.74
58	142.	0.00	28	3.96	3.96
24	143.	-0.12	27	3.96	4.07
33	144.	-0.39	26	3.77	4.15

Annexe XIII

Formation fondamentale, pratiques d'excellence du département de soins infirmiers du C.A.T.

Mise en priorité	Enoncé	Thème	Rang dans l'ensemble
1	101- Interroger, questionner ses perceptions de maladies et de handicap.	9- Respect du corps	103
2	54- Analyser une situation en appliquant une démarche appropriée.	5-Esprit de synthèse	102
3	94- Identifier et mettre en pratique les principes de l'hygiène (alimen-tation, propreté, activité physique, environnement physique).	9- Respect du corps	101
4,5	10- S'auto-évaluer selon des critères variables dépendamment des domaines.	2- Jugement critique	95
4,5	26- Résoudre des problèmes de façon méthodique.	3- Méthode de travail	95
4,5	41- Appliquer un processus de résolution de problèmes.	4- Rigueur de la pensée	95
4,5	51- Établir des liens entre plusieurs concepts.	5- Esprit de synthèse	95
4,5	79- Développer la capacité d'atteindre ses objectifs dans les délais requis en se servant d'une méthode de travail appropriée.	7- Autonomie	95
9	31- Développer la capacité d'analyser une situation.	3- Méthode de travail	92
10	2- Adapter ses habiletés en fonction de nouvelles situations.	1- Créativité	90
11	50- Développer la capacité de généraliser en un tout cohérent un ensemble de données.	5- Esprit de synthèse	88,5
12	42- Développer la capacité de formuler des énoncés vérifiables.	4- Rigueur de la pensée	84
13,5	19- Développer le sens critique face aux divers systèmes de valeur.	2- Jugement critique	76
13,5	9- Justifier une réponse ou un jugement	2- Jugement critique	76
13,5	80- Transmettre, communiquer son expérience autant à l'oral qu'à l'écrit.	8- Capacité de communication	76
16	38- Utiliser les règles de la logique	4- Rigueur de la pensée	70
17	57- Poser des actes en rapport avec ses idées et valeurs.	2- Jugement critique	66
18	7- Accepter que des problèmes ou des situations puissent être résolus autrement que nous ne le prévoyions.	1- Créativité	35

Annexe XIV

Formation fondamentale, pratiques à améliorer du département de soins infirmiers du C.A.T.

Mise en priorité	Enoncé	Thème	Rang dans l'ensemble
1	8- Valoriser le temps et l'effort consacrés à la recherche de solutions créatives.	1- Créativité	1
2	43- Développer la capacité d'argumenter de façon cohérente.	4- Rigueur de la pensée	3,5
3	88- Favoriser l'utilisation appropriée des possibilités du français comme outil de communication.	8- Capacité de communication	9
4	87- Développer la connaissance des possibilités du français comme outil de communication.	8- Capacité de communication	12
5	66- Surmonter les sentiments d'impuissance et d'isolement à partir des ressources du milieu.	6- Engagement social	21,5
6,5	15- Valoriser le jugement critique comme attitude privilégiée permettant à l'individu de se situer dans le monde.	2- Jugement critique	27
6,5	40- Distinguer et appliquer le raisonnement déductif et inductif.	4- Rigueur de la pensée	27
8	48- Développer la capacité de penser de façon systématique et dans une perspective globale.	5- Esprit de synthèse	42,5
9,5	49- Développer l'habileté à faire des transferts de connaissances d'un domaine à un autre.	5- Esprit de synthèse	58,5
9,5	96- Comprendre les liens existant entre la santé et la qualité de l'environnement.	9- Respect du corps	58,5