

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Conception et réalisation d'une formation interculturelle en ligne pour les
programmes de soins infirmiers au collégial

par

Viviane Fournier

Essai présenté à la Faculté d'éducation
en vue de l'obtention du grade de
Maître en enseignement (M.Éd.)
Maîtrise en enseignement au collégial

Septembre 2013

© Viviane Fournier, 2013

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Conception et réalisation d'une formation interculturelle en ligne pour les
programmes de soins infirmiers au collégial

Viviane Fournier

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

M^{me} Denyse Lemay

Directrice d'essai

M. Guy Gibeau

Évaluateur externe de l'essai

Essai accepté _____

SOMMAIRE

La population immigrante et la clientèle internationale des programmes d'études collégiaux de Soins infirmiers est en hausse importante depuis une dizaine d'années. Ainsi, l'effectif étudiant dans ces programmes est culturellement diversifié. Cette clientèle étudiante a de nombreux défis d'intégration à surmonter.

Par ricochet, le milieu professionnel hospitalier et ses équipes de travail à Montréal deviennent fortement multiethniques. Par ailleurs, ces équipes offrent des services aux patients issus de l'immigration. Travailler dans ce contexte justifie le développement soutenu d'une compétence interculturelle dans les programmes d'études concernés.

Ainsi, les besoins d'adéquation formation-emploi justifient que l'on offre une formation interculturelle. Présentement, les enseignantes et les enseignants de Soins infirmiers manquent de moyens pour former leurs étudiantes et leurs étudiants à cette compétence, ayant elles-mêmes ou eux-mêmes reçu peu de formation à cet égard. Pourtant, il y a une importante opportunité pour le personnel enseignant de contribuer au développement de la compétence interculturelle, particulièrement pendant les activités de stages. Il est donc évident que pour former une nouvelle génération d'infirmières et d'infirmiers à la communication interculturelle, qui est un élément central de la compétence interculturelle, il faut d'abord développer cette compétence chez les enseignantes et les enseignants.

L'élaboration d'une formation pour soutenir le développement de la compétence et de la communication interculturelles, offrant des outils pédagogiques concrets et spécifiques pour les enseignantes et les enseignants en Soins infirmiers, répondrait aux besoins précédemment identifiés.

Dans ce contexte et pour répondre à ces besoins de formation, la question de recherche se pose ainsi : « Comment développer une formation courte sur l'intégration au rôle professionnel, ouvert à des soins culturellement adaptés et à la communication interculturelle, aisément accessible aux enseignantes et aux enseignants en Soins infirmiers, pour les aider à mieux préparer la communauté étudiante aux stages cliniques en contexte multiethnique? »

À l'aide des cinq entrées dans le modèle de la fleur didactique (Lapierre, 2008), nous nous sommes interrogées sur différents aspects de la formation interculturelle à concevoir et nous avons réalisé, à partir de ce questionnaire didactique, une formation en ligne.

À l'aide d'un devis méthodologique (Paillé, 2007), cet essai relate les principales étapes de la mise en forme de l'innovation pédagogique, poursuivant les objectifs suivants :

- Utiliser une démarche didactique pour la conception et la réalisation d'outils pédagogiques en vue du développement de la compétence interculturelle en préparation des stages de Soins infirmiers;
- Vérifier la correspondance du matériel et du cadre conceptuel développé;
- Expérimenter et évaluer le produit de formation auprès des pairs.

La formation élaborée vise le développement d'une habileté spécifique de la compétence interculturelle, la décentration culturelle, permettant autant à l'enseignante et l'enseignant qu'à l'étudiante et l'étudiant d'adapter ses soins ou son enseignement à une clientèle multiethnique. Pour enseigner concrètement cette habileté, la formation utilise un cadre d'analyse culturel spécifique (Schwartz, 1999).

À partir d'un modèle pédagogique (Raisky et Loncle, 1993), cinq situations professionnelles ont été développées sous forme de capsules vidéo, accessibles en ligne, permettant l'explicitation des valeurs culturelles du modèle québécois de soins infirmiers. Conformément aux savoirs disciplinaires, ces capsules vidéo sont utilisées comme outils pédagogiques pour les savoirs à enseigner ciblés, soit l'explicitation des valeurs ainsi que l'adaptation des soins à la clientèle multiculturelle. Le matériel pédagogique est ainsi constitué de ces capsules vidéo et d'une autoformation en ligne les accompagnant, mettant en œuvre des stratégies d'enseignement de *role modeling* (Bandura, 1977), d'apprentissage par problème et de tutoriel.

Le dernier objectif de l'essai, l'évaluation par les pairs, a permis d'évaluer le contenu de la formation, son format, le temps requis pour la réaliser et le développement de la compétence interculturelle perçue chez quatre sujets qui enseignent les soins infirmiers dans deux milieux éducatifs distincts.

Les enjeux d'obtention des certificats d'éthique en recherche et de recrutement de sujets pour l'étape d'évaluation du matériel pédagogique ont demandé de nombreux ajustements en cours de projet. L'enjeu de diffusion de l'offre de formation demeure et ne se termine pas avec la rédaction de cet essai.

La formation en ligne : Modeler, intégrer et favoriser la réussite (MIF) (Fournier, 2012a) est téléaccessible à l'adresse : <<http://www.cegep-st-laurent.qc.ca/soins/formation-em>>.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	3
REMERCIEMENTS.....	11
INTRODUCTION	13
PREMIER CHAPITRE LA PROBLÉMATIQUE	15
1. LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE.....	15
1.1 La pénurie de ressources infirmières.....	15
1.2 La population étudiante en Soins infirmiers dans les collèges de la région de Montréal et dans les autres régions	16
1.3 L'enseignement collégial des soins infirmiers	21
2. LE PROBLÈME DE RECHERCHE.....	29
2.1 Formation des enseignantes et des enseignants afin de contribuer au développement de la compétence interculturelle des étudiantes et des étudiants, en préparation aux stages cliniques	29
2.2 Le contexte de la tâche enseignante pour la formation des professeurs en Soins infirmiers	31
3. LA QUESTION DE RECHERCHE.....	32
DEUXIÈME CHAPITRE LE CADRE DE RÉFÉRENCE	35
1. UN QUESTIONNEMENT DIDACTIQUE POUR GUIDER LA CONCEPTION ET LA RÉALISATION DE LA FORMATION INTERCULTURELLE	35
2. LA MÉTAPHORE DE LA FLEUR DIDACTIQUE	39
2.1 Entrée 1: les savoirs disciplinaires	42
2.2 Entrée 2 : les savoirs à enseigner.....	45
2.3 Entrée 4 : le matériel pédagogique	58
2.4 Entrée 5 : les stratégies d'enseignement.....	59
2.5 Entrée 3 : le rapport des élèves aux savoirs.....	61
2.6 Les objectifs de recherche	66
TROISIÈME CHAPITRE LA MÉTHODOLOGIE.....	67

1.	DEVIS : PRODUCTION DE MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE	67
	1.1 Mise en forme des activités pédagogiques	68
	1.2 Consultations et étapes de mises à l'essai par les pairs	85
	QUATRIÈME CHAPITRE.....	97
	RÉFLEXION SUR L'ACTIVITÉ MÊME DE PRODUCTION DU MATÉRIEL .	97
	
1.	DÉFIS ET ENJEUX RENCONTRÉS.....	97
	1.1 Démarches pour l'obtention des certificats d'éthique en recherche....	97
	1.2 Recrutement des sujets pour l'évaluation de la formation en ligne....	99
	1.3 Diffusion de l'offre de formation	100
	CONCLUSION	105
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	107
	ANNEXE A	117
	LES 22 COMPÉTENCES DU PROGRAMME SOINS INFIRMIERS 180.A0	117
	ANNEXE B	119
	LES 17 ACTIVITÉS RÉSERVÉES À L'INFIRMIÈRE OU L'INFIRMIER...	119
	ANNEXE C	121
	PLAN DE PROJET DE FORMATION INTERCULTURELLE MIF	121
	ANNEXE D	127
	SCÉNARIO DE SOINS D'HYGIÈNE À LA PERSONNE ÂGÉE AVEC	
	DÉFICITS COGNITIFS	127
	ANNEXE E	134
	SCÉNARIO DE TRAVAIL D'ÉQUIPE ET DE COLLABORATION	
	INTERDISCIPLINAIRE	134
	ANNEXE F	139
	SCÉNARIO DE RELATION D'AIDE EN SITUATION PRÉOPÉRATOIRE	139
	ANNEXE G	146

SCÉNARIO D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN PÉDIATRIE	146
ANNEXE H	152
SCÉNARIO D'ÉVALUATION POSTOPÉRATOIRE	152
ANNEXE I	159
DEVIS TECHNIQUE	159
ANNEXE J	160
CERTIFICATIONS ETHIQUES	160
ANNEXE K	162
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A LA RECHERCHE	162
ANNEXE L	165
QUESTIONNAIRE DE VALIDATION, PREMIERE ETAPE	165
ANNEXE M	174
QUESTIONNAIRE DE VALIDATION, DEUXIEME ETAPE	174
ANNEXE N	180
DOCUMENTS EXPLICATIFS POUR LA PARTICIPATION A LA RECHERCHE	180

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Proportions de l’effectif étudiant né au Canada et né hors Canada, par cégep	18
Tableau 2 – Proportions de l’effectif étudiant ayant comme langue maternelle le français ou une autre langue, par cégep	19
Tableau 3 – Importance des connaissances antérieures dans les principales théories de l’apprentissage.....	62
Tableau 4 – Processus type d’apprentissage selon le modèle cognitiviste pour le développement des compétences.....	63
Tableau 5 – Exemple de commentaires d’un groupe étudiant et pistes de discussion proposées au corps professoral.....	82
Tableau 6 – Comparaison entre le temps de formation estimé et le temps réel effectué par les sujets, par module de formation MIF.....	90
Tableau 7 – Identification des éléments de compétence partiellement développés par S1.....	91

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – L'étudiante ou l'étudiant au cœur des communications professionnelles et interculturelles lors des stages.....	29
Figure 2 – Le triangle didactique.....	36
Figure 3 – Un modèle pédagogique pour l'enseignement des programmes techniques.....	38
Figure 4 – La fleur didactique.....	40
Figure 5 – Modèle intégré de développement de la compétence et de la formation interculturelles.....	50
Figure 6 – Représentation des valeurs culturelles en opposition selon Schwartz (1999).....	55
Figure 7 – Synthèse des éléments du cadre théorique retenus pour la conception et la réalisation de la formation interculturelle.....	66
Figure 8 – Modèle de formation interculturelle contribuant au développement de la compétence interculturelle et à l'intégration du rôle professionnel en soins infirmiers, en préparation aux stages cliniques.....	76
Figure 9 – Développement de la compétence interculturelle en enseignement des soins infirmiers par le biais de la formation MIF.....	78
Figure 10 – Statistiques de fréquentations de <i>Google analytics</i> de la page internet http://www.cegep-st-laurent.qc.ca/soins/formation-em	103

REMERCIEMENTS

Ce projet pédagogique a été le plus imposant travail de conception et de réalisation que j'ai eu à effectuer. L'engagement, la générosité et la foi de chacune des personnes qui y ont contribué m'ont profondément impressionnée.

Je désire remercier particulièrement ma précieuse famille, Marc, Jannie et Roxane. Avoir comme maman et comme épouse une chercheuse en réflexion, avec un déficit d'attention majeur subséquent, a fait partie de votre quotidien pendant la durée du projet et de sa rédaction. Merci pour votre patience.

À Denyse Lemay, merci d'avoir si généreusement partagé ton savoir. Le soutien humain dont j'ai aussi pu bénéficier a été un boni sans lequel je n'aurais pu terminer. Je souhaite que des projets communs soient à venir.

À la direction des études du Cégep de Saint-Laurent, Mathieu Cormier et Éric Francoeur, merci pour les moments de discussions et de réflexions communes, pour votre confiance et pour les démarches aidantes. Merci au trio de conseillères pédagogiques Chantal Provost, Isabelle DeSève et Jessika Vigneault pour l'accompagnement soutenu dans les hauts comme dans les bas. Merci à Marc-Olivier Ouellet et Myriam Boisvert, du Service des ressources technologiques (SRT), pour leurs talents graphiques et informatiques.

À Marc Joly-Corcoran, le maître Jedi, merci pour ton génie cinématographique. Merci d'avoir rapidement compris l'essence du projet et d'avoir

traduit en images et en émotions ce qui était simplement écrit. À Virginie Goyette, merci d'avoir mis tes superbes talents de coordination à contribution. À toute l'équipe de réalisation, Marie-Andrée Turgeon, Sébastien Froment et Gabriel Fortin-Taillon, merci d'avoir travaillé dans l'autonomie affective. À Raymonde Crête du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), merci pour avoir cru aux possibilités du projet et pour toutes les démarches effectuées. Merci à la direction du CHUM pour l'utilisation sans frais des lieux de tournage.

Aux interprètes : Mithsie Dépas, France Bouchard, Sébastien Gauthier, Downes Ryan, Annick Bergeron, Daniel Meloche, William Komeiha, Mahmoud Brini, Lu Zhu et Xu Guo. Chapeau à vous d'avoir si bien rendu vos textes et le savoir-être des rôles professionnels attendus. Vous serez des modèles pour une génération de soignants à venir.

À Brigitte Pellerin, merci pour la touche finale qui fait que je serai fier de présenter le fruit de mes travaux.

À mon papa chéri, merci de toujours avoir cru en moi. Tu me manques.

À mes collègues enseignantes et enseignants, infirmières et infirmiers, merci pour vos collaborations dans les étapes de consultations et de mises à l'essai.

Merci du fond du cœur à toutes ces personnes pour la réalisation d'un projet qui m'a habité pendant des années. Je souhaite que celui-ci puisse être profitable aux communautés enseignante et étudiante en Soins infirmiers.

INTRODUCTION

Le nombre d'inscriptions d'étudiantes et d'étudiants d'immigration récente et d'étudiantes et d'étudiants internationaux dans les programmes de soins infirmiers est en hausse depuis une dizaine d'années à Montréal (Gauthier, 2012). De par sa situation, cette population étudiante requiert une adaptation des stratégies d'enseignement afin de favoriser son intégration au modèle professionnel québécois et la réussite de son programme d'études. Qui plus est, la population à soigner présente aussi des caractéristiques culturelles diversifiées : la compétence interculturelle devient alors une compétence essentielle à développer, non seulement pour expliciter le modèle professionnel mais pour donner des soins culturellement adaptés.

La conception et la réalisation d'une formation courte, en ligne, présentant cinq situations professionnelles exemplaires, tentent de contribuer au développement de la compétence interculturelle chez les enseignantes et les enseignants et, par ricochet, de ceux et celles qui étudient en Soins infirmiers au niveau collégial. Une démarche didactique guide le processus de création et permet l'explicitation des fondements culturels du modèle professionnel et des besoins des diverses clientèles. Les situations de soins sous forme de capsules vidéo deviennent des outils structurants communs pour l'élève et ses pédagogues.

Cet essai professionnel présente les étapes de développement, issues d'un questionnement didactique, du projet d'innovation pédagogique : Modeler, intégrer et favoriser la réussite (MIF) (Fournier, 2012a).

Le premier chapitre de ce document présente le contexte dans lequel l'innovation a vu le jour. Celui-ci expose la problématique liée à la présence d'une forte proportion d'immigrants récents parmi l'effectif étudiant des différents programmes de soins infirmiers au collégial à Montréal ainsi que le besoin d'outils concrets pour enseigner la compétence interculturelle dans ces programmes. Cette compétence est autant nécessaire pour prodiguer des soins culturellement appropriés à la clientèle que pour intégrer des équipes de soins fortement multiethniques. Le problème de recherche origine de cette situation, plaçant le développement de la compétence et de la communication interculturelle au cœur de l'enseignement des soins infirmiers.

Le deuxième chapitre présente des concepts et des modèles permettant de répondre à notre question de recherche, suite à la recension des écrits. Le cadre de référence est utilisé « pragmatiquement » afin de concevoir la formation interculturelle à partir des travaux et résultats de recherches de nombreux auteurs des domaines des soins infirmiers, de la psychologie organisationnelle et de la formation interculturelle. Le transfert théorie-pratique, dans la conception de la formation, se réalise à partir d'une démarche didactique.

Le troisième chapitre relate la démarche de production de matériel pédagogique. Il présente le type de devis ainsi que la méthodologie utilisée, les considérations éthiques ainsi que les résultats des consultations de collègues et de l'évaluation par quelques pairs du prototype de formation.

Le quatrième et dernier chapitre de l'essai identifie les défis et enjeux rencontrés lors de la réalisation du projet de formation interculturelle en ligne. La chercheuse y livre ses réflexions sur les difficultés vécues et présente quelques suggestions et des projections possibles concernant la poursuite des travaux reliés au projet de formation.

PREMIER CHAPITRE

LA PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre présente le contexte dans lequel le projet MIF a vu le jour. La conception et l'élaboration du matériel pédagogique sous forme de formation courte, en ligne, et de capsules vidéo de situations professionnelles exemplaires, sont devenues une priorité pour la chercheuse, suite à une prise de conscience importante: la présence d'une forte proportion d'immigrants récents parmi l'effectif étudiant des différents programmes de soins infirmiers au collégial à Montréal ainsi que le besoin d'outils concrets pour enseigner la compétence interculturelle dans ces programmes. Le problème de recherche origine de cette situation, plaçant le développement de la compétence et de la communication interculturelle au cœur de l'enseignement des soins infirmiers.

1. LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE

1.1 La pénurie de ressources infirmières

La pénurie de ressources en soins infirmiers, présente et à venir, est mondialement préoccupante. Au Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) estime qu'en 2017-2018, il manquera 4 258 infirmières et infirmiers pour répondre aux besoins de santé de la population (Gouvernement du Québec, 2012). Plus près de nous, les données de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM, 2011) prévoient qu'en 2015-2016, si les taux d'inscription et de diplomation se maintiennent, il manquera 1 570 ressources pour combler les besoins infirmiers dans le réseau des services de santé montréalais.

Les taux de diplomation actuels ne permettent pas de combler le manque à gagner. À titre d'exemple, la cohorte 2005-2006 du programme 180.A0 (Soins infirmiers) a présenté un taux de diplomation de 19.9 % après les trois années d'études prévues au programme, pour les nouveaux inscrits au collégial, dans les établissements montréalais. Ces taux d'obtention du diplôme sont plus faibles que pour l'ensemble des programmes de soins infirmiers au Québec (27.7 %) et beaucoup plus faibles que l'ensemble des taux d'obtention du diplôme des programmes techniques au Québec (32.1 %) pour la même cohorte (Gauthier, 2012).

La pression additionnelle vécue dans les milieux de soins, au cours des stages de formation et de l'exercice professionnel, aggrave cette pénurie. Relié en partie au vieillissement de la population, à l'alourdissement des besoins des clientèles, à la pénurie des ressources, à l'utilisation des technologies et des technologies de l'information et de la communication, l'enseignement des soins infirmiers se complexifie et la pénurie de personnel enseignant se fait aussi de plus en plus sentir dans le réseau.

1.2 La population étudiante en Soins infirmiers dans les collèges de la région de Montréal et dans les autres régions

Selon d'autres données de l'ASSSM (2013), le tiers de la population montréalaise est né hors Canada. On ne peut donc pas passer sous silence le potentiel de main-d'œuvre qu'offre ce bassin de population pour les établissements de santé afin de combler les besoins futurs en ressources infirmières.

Le bouche à oreille, combiné aux interventions de nombreux organismes d'aide à l'insertion des immigrants en emploi, des programmes de francisation ou encore du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec (MESSQ), orientent les immigrantes et immigrants vers des programmes de formation en santé,

dont le programme d'études Soins infirmiers au collégial. Ceux-ci s'inscrivent au programme, souvent après quelques mois ou quelques années de tentatives infructueuses d'intégration en emploi. Conscients de la pénurie de ressources humaines dans le secteur et de la possibilité de réussir leur projet d'immigration en intégrant un emploi dans le réseau de la santé, étudiantes et étudiants débutent le programme remplis d'espoir.

Malgré ce fait, très peu de ressources additionnelles ont été investies dans les programmes de soins infirmiers par les différents gouvernements pour adapter l'accueil, l'accompagnement et l'enseignement à cette population. À titre d'exemple, le même modèle d'encadrement des stagiaires, comportant un ratio de sept étudiantes ou étudiants pour une enseignante ou un enseignant lors de l'enseignement clinique dans les milieux de soins, prévaut toujours.

1.2.1 L'inscription des étudiantes et des étudiants nés hors Canada

Les informations obtenues de la base de données DALI, du service régional d'admission du Montréal métropolitain (SRAM, 2011), regroupant 24 cégeps¹, permettent de situer à 23,6 % la proportion d'étudiantes et étudiants nés hors Canada qui sont inscrits dans la cohorte d'automne 2011 du programme Soins infirmiers 180.A0. Selon les différents cégeps de la région de Montréal, la proportion d'étudiantes et d'étudiants nés hors Canada varie entre 20 % et 53 %. C'est au cégep de Saint-Laurent, milieu d'enseignement de la chercheuse, que la proportion de ces étudiantes et étudiants est la plus importante. Le tableau suivant présente la proportion d'étudiantes et étudiants nés hors Canada pour les cinq collèges francophones de Montréal offrant le programme.

¹ Le SRAM regroupe 24 cégeps situés dans 10 régions administratives du Québec : Abitibi-Témiscamingue, Centre-du-Québec, Estrie, Lanaudière, Laurentides, Laval, Mauricie, Montérégie, Montréal et Outaouais.

Tableau 1
Proportions de l'effectif étudiant né au Canada et né hors Canada,
par cégep

LIEU DE NAISSANCE					
Étudiants inscrits en Soins infirmiers (180.A0)					
Cégep de Montréal	Nés au Canada	Proportion	Nés hors Canada	Total inscrits	Proportion
André-Laurendeau	44	51 %	43	87	49 %
Bois-de-Boulogne	89	62 %	55	144	38 %
Maisonneuve	100	72 %	38	138	28 %
Saint-Laurent	39	47 %	44	83	53 %
Vieux Montréal	68	80 %	17	85	20 %

Données compilées tirées de : Service régional d'admission du Montréal métropolitain (SRAM) (2011). Données statistiques, base de données du système DALI, session automne. Montréal : SRAM.

La population immigrante des programmes d'études collégiaux de soins infirmiers est en hausse importante depuis une dizaine d'années: en 2000-2001, on évaluait la proportion de la population étudiante en Soins infirmiers née à l'étranger à 14.2 % (Gauthier, 2012).

Les étudiantes et étudiants constituant cette clientèle ont de nombreux défis d'intégration à surmonter, incluant l'acquisition fonctionnelle et propre au domaine de la santé et des soins infirmiers de la langue française. Le tableau suivant décrit la proportion d'étudiantes et étudiants ayant une autre langue que le français comme langue maternelle, inscrits en Soins infirmiers dans les cégeps de Montréal, à l'automne 2011:

Tableau 2
Proportions de l'effectif étudiant ayant comme langue maternelle le français
ou une autre langue, par cégep

Langue maternelle					
Étudiants inscrits en Soins infirmiers (180.A0)					
Cégep de Montréal	Français	Proportion	Autre	Total inscrits	Proportion
André-Laurendeau	61	70 %	26	87	30 %
Bois-de-Boulogne	102	71 %	42	144	29 %
Maisonneuve	104	75 %	34	138	25 %
Saint-Laurent	44	53 %	39	83	47 %
Vieux Montréal	73	86 %	12	85	14 %

Données compilées tirées de : Service régional d'admission du Montréal métropolitain (SRAM) (2011). Données statistiques, base de données du système DALI, session automne. Montréal : SRAM.

1.2.2 Le recrutement d'étudiantes et étudiants internationaux

Le recrutement à l'étranger d'étudiantes et étudiants internationaux répond en partie à des objectifs d'internationalisation de la formation des cégeps afin de positionner l'enseignement québécois dans le contexte de mondialisation présent. Dans plusieurs cas, c'est la survie des programmes dans certains cégeps de régions où la population étudiante est en décroissance qui est tributaire du recrutement international.

Le nombre d'étudiantes et étudiants internationaux inscrits dans le réseau collégial québécois au trimestre d'automne 2010 était de 3 217, en hausse de 33 %

depuis 2006, pour tous programmes collégiaux confondus selon le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS)² (Gouvernement du Québec, 2011). C'est la région de Montréal qui accueille le plus grand nombre de ces étudiantes et étudiants (1 689), suivie des régions du Bas-St-Laurent (191), de Chaudière–Appalaches (145) et du Saguenay–Lac-St-Jean (136). La majorité de ces étudiantes et étudiants viennent de France, d'Algérie, du Maroc et de la Chine. Vingt-quatre pays de provenance sont identifiés; 2 647 étudiantes et étudiants sont inscrits dans les programmes techniques et 215 de ces derniers le sont dans la famille des programmes en techniques biologiques (Gouvernement du Québec, 2011). Selon nos expériences, certains de ces étudiantes et étudiants se retrouvent dans le programme Soins infirmiers.

1.2.3 Le recrutement à l'étranger d'infirmières et infirmiers déjà formés

Bien que la pénurie en ressources infirmières soit mondiale, l'un des moyens privilégié par le Gouvernement du Québec pour contrer la pénurie des ressources infirmières est le recrutement à l'étranger d'infirmières et d'infirmiers déjà formés. Alors que certaines et certains sont recrutés dans leur pays d'origine (par exemple, en France ou au Liban) lors de missions effectuées par Recrutement Santé Québec (RSQ), d'autres arrivent d'eux-mêmes par le biais du système d'immigration canadien.

Une fois immigrés et suite à une évaluation de leur dossier de formation et de leur expérience en soins infirmiers par le bureau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), les diplômés hors Québec (DHQ) se voient prescrire un programme d'études collégial de 615 heures (programme CWA.0B), offert dans

² Depuis 2012, les études et l'enseignement supérieur (collégial et universitaire) relèvent du nouveau Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MESRST).

six cégeps du Québec, ou encore un stage d'intégration de 30 à 40 jours en établissement de santé. Dans le premier cas, la réussite de l'attestation d'études collégiales (AEC) est un pré requis au passage de l'examen de l'OIIQ donnant accès au permis de pratique professionnelle obligatoire.

Le programme CWA.0B vise donc l'adaptation des compétences acquises dans le pays d'origine aux différents contextes de soins et au rôle professionnel du personnel infirmier du Québec.

La population étudiante dans le programme CWA.0B est donc constituée à 100 % de personnes nées et formées à l'étranger et qui sont, en grande partie, au Québec depuis très peu de temps.

1.3 L'enseignement collégial des soins infirmiers

Ainsi, l'effectif étudiant dans les programmes de soins infirmiers est culturellement diversifié. Par ricochet, le milieu professionnel hospitalier et ses équipes de travail à Montréal deviennent fortement multiethniques. Ces équipes offrent des services aux patients issus de l'immigration. Travailler dans ce contexte justifie le développement soutenu d'une compétence interculturelle dans les programmes de soins infirmiers.

L'adéquation formation-emploi doit maintenant tenir compte de ce contexte multiculturel de travail et les programmes d'études doivent offrir une formation interculturelle. Le programme prévoit une compétence générale de la formation spécifique et plusieurs critères de performance qui tiennent compte des caractéristiques psychosociales et culturelles des clients/familles³, lors des

³ Le client/famille est un terme utilisé couramment dans le domaine des soins infirmiers, issu du modèle McGill. Ce modèle est enseigné et utilisé dans la majorité des établissements de Montréal.

interventions de soins. Dès le premier stage en contexte réel de la première session du programme, cette compétence et ces éléments de compétences doivent commencer à se manifester. Le personnel enseignant en Soins infirmiers doit préparer les étudiantes et étudiants à répondre adéquatement aux besoins de santé des clients-familles dans les différents contextes de soins, mais présentement, ce personnel enseignant en soins infirmiers manque de moyens pour former étudiantes et étudiants à ces compétences, ayant lui-même eu peu de formation à cet égard. L'Association des infirmiers et des infirmières du Canada (AIIC) recommande, dans le domaine de la santé au Canada, de :

« Préconiser l'éducation et la formation antiracisme pour les gestionnaires et prestataires de services de santé, des modifications des habitudes et pratiques au travail pour améliorer la sensibilité culturelle des soins et le contenu multiculturel du programme d'études afin d'apprendre aux étudiantes à se fonder sur une base culturelle autant que biomédicale traditionnelle » (AIIC, 2000, p.3).

1.3.1 La structure du programme Soins infirmiers

Le programme Soins infirmiers au collégial (180.A0) comporte des cours de formation générale et des cours de formation spécifique. La formation spécifique vise à développer 22 compétences (annexe A) et comprend six sessions de cours. Des disciplines dites contributives au développement des compétences du programme (biologie, sociologie, psychologie) sont intégrées au cursus. Au Cégep de Saint-Laurent, le découpage du programme prévoit que la compétence « composer avec des réalités sociales et culturelles liées à la santé (01Q6)» soit enseignée exclusivement par la discipline de la sociologie.

Des 21 autres compétences du programme d'études, six compétences sont de type « intervenir », dont la majorité des heures consacrées aux apprentissages se dérouleront en stages cliniques. Un des éléments de compétence concerne la

prestation de soins appropriés selon les caractéristiques psychologiques, sociales et culturelles des familles recevant les services.

Ainsi, le programme Soins infirmiers du MELS (MESRST) comporte un maximum de 1 035 heures financées de stages dans des milieux cliniques, sur un total de 2 805 heures de formation dont 2 145 heures de formation spécifique (Gouvernement du Québec, 2007). C'est donc près de la moitié de la formation spécifique qui est consacrée à l'apprentissage expérientiel dans un contexte réel de soins infirmiers. Pour le programme d'intégration à la profession infirmière au Québec CWA.0B, environ le tiers des heures du programme se déroulent en stage clinique (OIIQ, 2009).

L'apprentissage expérientiel est donc une stratégie pédagogique grandement exploitée dans les programmes de soins infirmiers au collégial, et ce, dès la première session d'enseignement. La population étudiante pourra expérimenter une dizaine de milieux cliniques différents en cours de formation. Ce cursus de programme est particulier au programme Soins infirmiers et demande beaucoup d'adaptation de la part de ses étudiantes et étudiants au cours de leur programme d'études. À Montréal, dans tous les milieux de soins et de stages, c'est auprès d'une clientèle multiculturelle et encadrée par une équipe de soins pluriethnique que la communauté étudiante fera ses apprentissages et mettra ses compétences en pratique.

1.3.2 La préparation des élèves aux stages cliniques

Forts de leur bagage de connaissances déclaratives, procédurales et contextuelles apprises en classe et en laboratoire, les étudiantes et étudiants doivent maintenant mettre en action ces connaissances acquises en intégrant le modèle professionnel infirmier lors des stages cliniques.

C'est souvent avec une idée floue du savoir-être qui est attendu que les stagiaires tentent de transférer leurs apprentissages théoriques et pratiques en stage. Les étudiantes et étudiants disent avoir appris en silos des éléments des 22 compétences du programme Soins infirmiers. En constituer un tout concret et fonctionnel, c'est, pour eux, un véritable défi!

Pour les étudiantes et étudiants nés au Québec ou ayant grandi ici, le référentiel observé, lors de leur consommation de services de santé, peut aider à imaginer le rôle professionnel de l'infirmière ou l'infirmier et à avoir une idée plus claire de ce qui est attendu. Pour l'étudiante et l'étudiant immigrant, les rôles professionnels du pays d'origine peuvent être toutefois forts différents. Par exemple, dans de nombreux pays, le personnel infirmier n'est qu'exécutant et le jugement porté sur les situations de santé des patients appartient exclusivement au médecin. Il serait hasardeux dans ces pays d'informer les patients de leur condition ou état de santé, sous peine de représailles de la part des autres professionnels.

Il est donc légitime de se questionner sur ces écarts dès la préparation préalable aux stages cliniques. Les écarts de conceptions du rôle professionnel du personnel infirmier au Québec et ceux du pays d'origine sont-ils pris en compte?

Certes, à travers son enseignement, le corps professoral du programme présente un modèle du rôle professionnel infirmier, auquel l'étudiante et l'étudiant doivent adhérer, défini en grande partie par le Code des professions (L.R.Q., c. C-26), par la Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., c.1-8) et par le Code de déontologie de la profession (L.R.Q., c.1-8, L.R.Q., c. C-26) (Gouvernement du Québec, 2013a, 2013b, 2013c). Le modèle présenté est-il suffisamment explicite? Reconnaît-on dans ce modèle des influences et des fondements culturels? La compréhension de ces derniers pourrait favoriser l'adoption des comportements et du savoir-être professionnels attendus et, par le fait même, la réussite des stages.

Ce modèle, appelé à poursuivre sa transformation amorcée depuis plusieurs années, doit aussi tenir compte de la demande de soins d'une population de plus en plus diversifiée. La compétence interculturelle à développer, afin de prodiguer des soins culturellement adaptés, amène une modification importante dans la conceptualisation du rôle infirmier. Ainsi, les mouvements migratoires remettent cette compétence en avant-plan pour la préparation aux stages des étudiantes et des étudiants. Non seulement ceux-ci auront-ils à s'adapter à différents milieux cliniques, mais la clientèle à soigner demandera aussi une adaptation des approches afin de respecter ses croyances et ses valeurs liées à la santé. Il y a là une importante opportunité pour le corps enseignant en Soins infirmiers de contribuer au développement de la compétence interculturelle, particulièrement pendant les activités de stages.

Ajoutons que, dans une perspective d'internationalisation des cursus de formation, de stages internationaux, d'offre de cours en ligne et de possibilités de recherches multisites internationales, la compétence interculturelle, transversale, pourra être réinvestie dans différentes situations d'apprentissage dans le continuum de formation infirmière.

1.3.3 Les difficultés vécues en stages cliniques dans le programme Soins infirmiers

Force est de constater qu'autant chez les prestataires, les stagiaires, le corps enseignant et le personnel de l'unité contribuant à l'encadrement de l'élève, la situation est propice à de nombreux chocs culturels lors de l'enseignement, des soins aux clients/familles ou au cours du travail d'équipe et des interactions interprofessionnelles.

Fournier et Lapierre (2010) dressent une longue liste des difficultés éprouvées par les étudiantes et étudiants dans le programme Soins infirmiers, au Cégep de Saint-Laurent. En voici quelques exemples:

« Le problème d'image pour certains hommes de travailler dans un milieu féminin et la difficulté de ces hommes avec l'autorité féminine qu'ils contestent beaucoup. [...]. Le fait de ne pouvoir imposer un traitement aux patients qui ne le désirent pas [...]. Le choc des valeurs dans le domaine de la sexualité, par exemple celui que rend manifeste l'indignation quant à la pratique de l'avortement à la suite d'une grossesse non désirée [...]. Les femmes voilées et la longueur des manches. Elles peuvent se sentir dénudées lors du port de l'uniforme obligatoirement à manches courtes. [...]. La réticence à regarder autrui dans les yeux [...]. Une jeune femme [...] qui ne lave pas un vieil homme, car c'est le rôle assigné à une personne plus âgée (de l'âge de sa mère) [...]. Le grand respect accordé aux personnes âgées rend difficile de recevoir leurs confidences [...] » (Fournier et Lapierre, 2010, p.13-14).

Seize ans plus tôt, Barbot-Lymberner (1994) faisait une description semblable en rédigeant son essai de maîtrise traitant des problèmes et des défis vécus par les étudiantes et étudiants d'origine haïtienne dans le même programme au Cégep du Vieux Montréal.

Les deux études démontrent qu'il est important d'établir une communication efficace lors des stages entre l'étudiante ou l'étudiant et les ressources les encadrant. La sécurité de la clientèle lors des stages est un enjeu prioritaire dans ce contexte où des incompréhensions culturelles peuvent augmenter le risque d'erreur. La nécessité d'établir alors non seulement une communication, mais une communication interculturelle efficace lors des stages cliniques, où les interactions sont nombreuses, est pressante et essentielle.

Il est aussi impératif, pour la réussite des élèves, que l'enseignante ou l'enseignant puisse être en mesure de reconnaître les chocs culturels entre les

différents acteurs en interaction pour pouvoir y apporter une solution rapidement. Ces chocs peuvent créer de nombreuses entraves aux apprentissages et à l'enseignement, tout en causant potentiellement un préjudice à la clientèle. Il y a donc ici une opportunité importante de mise en action de la compétence interculturelle de l'enseignante ou de l'enseignant et de son stagiaire. En effet, en établissant une véritable communication interculturelle, l'étudiante ou l'étudiant immigrant progressera réellement dans son intégration socioprofessionnelle et culturelle et dans sa prestation de soins culturellement adaptés.

Il est donc évident que pour former une nouvelle génération d'infirmières et d'infirmiers à la communication interculturelle, comme élément central de la compétence interculturelle, il faut d'abord développer cette compétence chez les enseignantes et les enseignants.

Des extraits du récit d'une journée de stage en pédiatrie, raconté par l'auteure et paru dans le journal syndical « L'Enseigne », démontrent bien toute la complexité de la situation présente en stages cliniques pour les étudiantes et les étudiants issus de l'immigration et leurs enseignantes ou enseignants :

« J'ai six élèves à encadrer dans mon groupe de stage. Quelle chance ! Je peux en avoir jusqu'à sept, mais un de moins me permet de respirer. Deux élèves sont nées au Québec. Trois sont des immigrants au Québec depuis environ 10 ans ; informaticien, gestionnaire et comptable, ils font une réorientation de carrière. Une étudiante est une immigrante récente, au Québec depuis 1 an seulement. Une des élèves immigrantes demande un encadrement très serré et bénéficierait d'un ratio d'une enseignante pour une étudiante. Des difficultés de communication, bien qu'elle parle français impeccablement, sont présentes. À la fin de l'avant-midi, elle ne connaît même pas le nom de l'infirmière responsable de son patient. Elle ne fait pas la différence entre un plan de soins et une feuille d'administration de médicaments. Je me rends compte qu'elle a la feuille de médicaments pour préparer les médicaments du 7 février et non du 9 février, elle est incapable de m'expliquer clairement comment elle l'a obtenue. L'organisation est

déficiente, elle est en retard dans tout, le poids de l'enfant n'a pas été pris, les signes vitaux sont pris avec plusieurs heures de retard, elle m'avise que le soluté du bébé est infiltré à 15 h 20 (notre quart se termine normalement à 15 h 30). Je ne note aucune communication avec la mère de son patient. Elle me regarde prendre les signes vitaux de son patient sans aucune initiative pour m'aider. À 15 h 30, elle ne sait pas comment baisser le côté du lit de son patient. » (Fournier, 2012*b*).

Les difficultés de communication interculturelle et la nécessité d'adapter l'encadrement à la situation particulière de l'étudiante ont demandé des connaissances et des ressources spécifiques. Les écarts culturels de perceptions de rôles et de communication ont été la source de nombreux défis lors de cette journée de stage clinique et les suivantes.

Un autre exemple concerne un étudiant international. Alors qu'il effectue son stage clinique, la relation avec l'infirmière soignante responsable de son client/famille dégénère : elle s'attend à ce que l'étudiant soit autonome, présente de l'initiative, recherche des réponses et des solutions aux problèmes posés par les soins requis. Dans sa posture culturelle, l'étudiant positionne l'infirmière comme l'experte, la « Maître ». Il n'ose pas lui poser de questions et attend passivement ses ordres. S'ensuit une incompréhension mutuelle et une tension qui ne favoriseront pas les apprentissages, le travail d'équipe et les soins efficaces pour le client/famille.

Comme illustré dans les deux exemples, les milieux cliniques sont des terrains propices aux chocs culturels et aux problèmes de communication interculturelle. Les émotions qui s'y vivent, entourant les problèmes de santé, sont omniprésentes et ne peuvent qu'amplifier les difficultés relationnelles et les problèmes d'apprentissage.

Il est de la responsabilité du corps professoral de reconnaître ces situations de chocs culturels, d'en faire prendre conscience à l'étudiante ou à l'étudiant, de lui faire dépasser ces situations de chocs pour aller vers le développement d'une

communication interculturelle réussie et vers le développement de la compétence interculturelle visée dans le programme Soins infirmiers.

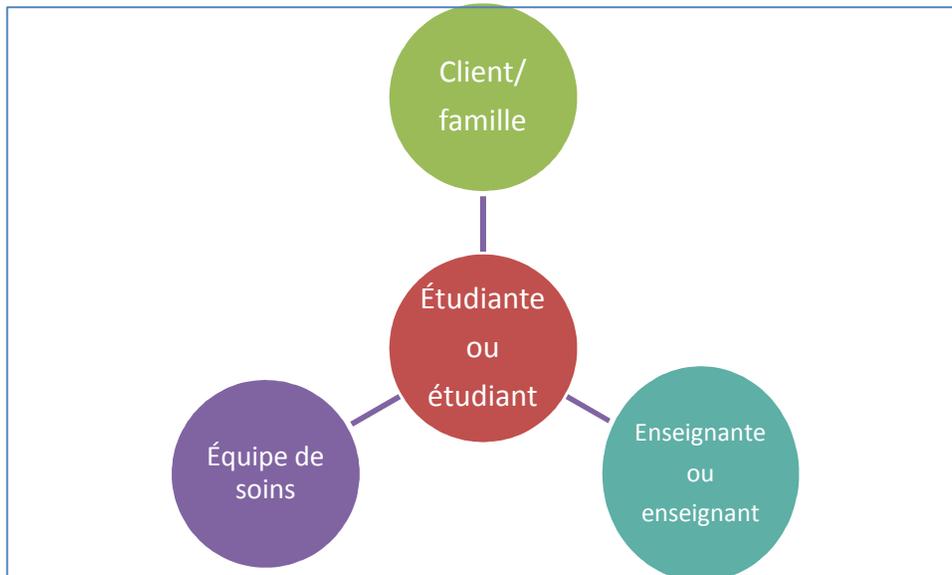


Figure 1 : L'étudiante ou l'étudiant au cœur des communications professionnelles et interculturelles lors des stages

2. LE PROBLÈME DE RECHERCHE

2.1 Formation des enseignantes et des enseignants afin de contribuer au développement de la compétence interculturelle des étudiantes et des étudiants, en préparation aux stages cliniques

Plusieurs études recommandent la formation interculturelle pour les enseignantes et les enseignants (Fleury, 2009; Jacquet, 2007; Ouellet, 2000) ainsi que pour les étudiantes et les étudiants des programmes de soins infirmiers (AIIC, 2000; Fournier et Lapierre, 2010).

Les connaissances à développer sur les cultures, nécessaires au développement de la compétence interculturelle, ne doivent pas se limiter à

l'acquisition de connaissances sur les particularités de chacune de ces cultures (Abdallah-Preteuille, 1990; Cohen-Émerique, 1993; Ouellet, 1991). Les connaissances devraient inclure des concepts, des faits historiques et sociologiques qui placent les cultures dans une définition d'évolution adaptative (Lemay, 1996). Les concepts de culture, d'ethnicité, de relativisme culturel, de racisme et d'intégration sont autant d'éléments de contenu nécessaires au développement de la compétence interculturelle. S'ajoutent à ces connaissances des habiletés à développer pour la mise en action de la compétence interculturelle; elles peuvent être reconnues en quatre catégories :

- Les habiletés à la communication interculturelle;
- Les habiletés à se socialiser au pluriel;
- Les habiletés à intervenir;
- Les habiletés à la négociation interculturelle et à la recherche de compromis (Lemay, 1996).

Ainsi, ces habiletés doivent être développées non seulement à l'égard de la clientèle des soins infirmiers chez les étudiantes et les étudiants, mais aussi en enseignement des soins infirmiers. Le développement de la compétence interculturelle doit être intégré aujourd'hui à la formation clinique. Selon Lemay (1996), le développement d'habiletés doit être relié au milieu immédiat d'application, s'appuyer sur des attitudes positives déjà présentes et être d'une durée suffisante pour développer de nouvelles attitudes. Les attitudes positives mentionnées par l'auteure sont celles de l'ouverture à la diversité, de la décentration/recentration et de la responsabilité.

L'élaboration d'une formation pour soutenir le développement de la compétence et de la communication interculturelles, offrant des outils pédagogiques concrets et spécifiques pour les enseignantes et les enseignants en Soins infirmiers, répondrait aux besoins précédemment identifiés. L'objectif de cette formation serait

de proposer à l'enseignante et à l'enseignant en Soins infirmiers d'adopter une approche pédagogique utilisant des situations professionnelles typiques sur un support vidéo. Ces situations viseraient l'explicitation des valeurs culturelles présentes dans le modèle professionnel et dans les situations de soins auprès d'une clientèle multiethnique. Ces situations professionnelles expliciteraient les habiletés nécessaires à la communication interculturelle, particulièrement la pratique de décentration culturelle. La décentration culturelle est un élément essentiel de compétence interculturelle permettant de reconnaître les différences culturelles, de dépister les chocs culturels et d'établir la communication interculturelle.

2.2 Le contexte de la tâche enseignante pour la formation des professeurs en Soins infirmiers

Habité par des changements technologiques, sociologiques et organisationnels importants, le système de santé est en perpétuelle adaptation. La transformation des contenus de formation nécessaires ont eu la conséquence de surcharger le programme d'études Soins infirmiers. Malgré ces conditions, il a été démontré dans cet essai qu'il devient important de former les enseignantes et les enseignants à amorcer les changements pédagogiques afin d'adapter l'enseignement aux besoins des étudiantes et étudiants issus de l'immigration récente qui doivent intégrer le rôle professionnel et développer leur compétence interculturelle.

Il existe présentement quelques offres de formation dans le programme d'enseignement au collégial de l'Université de Sherbrooke (Programme PERFORMA) en éducation interculturelle (Université de Sherbrooke, 2013). Cette offre n'est pas spécifique au domaine des soins infirmiers, bien qu'un effort d'adaptation aux besoins de ces programmes ait certainement été consenti par les ressources enseignantes dans les années passées. De plus, la formation universitaire demandant de l'investissement en temps et parfois en déplacements, ces cours

peuvent être perçus comme un fardeau exigeant un engagement à long terme par certains membres du personnel enseignant.

Le service interculturel collégial (SIC) offre aussi des activités de formation et de diffusion à la communauté collégiale. Intéressantes, ces activités ne répondent toutefois pas complètement aux besoins d'enseignement interculturel en Soins infirmiers. Des besoins de stratégies pédagogiques et de développement d'outils disciplinaires spécifiques et concrets pour l'éducation interculturelle sont à la fois perçus par le corps professoral et par les étudiantes et les étudiants (Fournier et Lapierre, 2010).

La difficulté de trouver du temps pour effectuer de la formation et pour assister à des activités de développement professionnel est critique : le programme est déjà surchargé, la tâche de l'enseignante ou de l'enseignant fait l'objet de révision car les calculs utilisés au collégial n'en reflète pas la lourdeur⁴. La libération de ressources pour ces activités est un enjeu organisationnel important car remplacer une enseignante ou un enseignant, détenant l'expertise nécessaire au milieu de stage ou à l'enseignement d'un cours spécifique, en contexte de pénurie de ressources, est un défi.

3. LA QUESTION DE RECHERCHE

En résumé, étant donné le rôle important que joue l'expérience de stage clinique dans la formation de l'effectif étudiant, les dimensions pédagogiques de l'encadrement et de l'enseignement dans ce contexte d'apprentissage multiculturel riche, l'absence de formation interculturelle spécifique sur le sujet présentement et le

⁴ Le calcul de la tâche du professeur en Soins infirmiers fait l'objet de critiques et de représentations syndicales depuis de nombreuses années.

manque de temps et de ressources pour permettre une formation systématique des professeurs de Soins infirmiers, nous exposons une question de recherche où une formation courte, souple et aisément accessible est centrale:

« Comment développer une formation courte sur l'intégration au rôle professionnel, ouvert à des soins culturellement adaptés et à la communication interculturelle, aisément accessible aux enseignantes et aux enseignants en Soins infirmiers, pour les aider à mieux préparer la communauté étudiante aux stages cliniques en contexte multiethnique? »

Cet essai, issu du pôle de l'innovation pédagogique, traitera de la conception et de la réalisation d'un produit de formation courte en ligne, à l'intention des enseignantes et des enseignants et des étudiantes et des étudiants en Soins infirmiers développant des habiletés à la décentration culturelle et à la communication interculturelle.

DEUXIÈME CHAPITRE

LE CADRE DE RÉFÉRENCE

Ce chapitre présente des concepts et des modèles permettant de répondre à notre question de recherche. Un questionnement didactique guidera l'élaboration du contenu et du format de la formation interculturelle que nous souhaitons développer. Les fondements de cette formation s'inspirent de nombreuses recherches d'où sont issus, notamment, un modèle de soins infirmiers ouvert à des soins culturellement adaptés, un modèle de développement spécifique de la compétence interculturelle et une grille d'analyse culturelle permettant la décentration culturelle.

1. UN QUESTIONNEMENT DIDACTIQUE POUR GUIDER LA CONCEPTION ET LA RÉALISATION DE LA FORMATION INTERCULTURELLE

Vergnaud (2001) définit la didactique ainsi :

« La didactique étudie chacune des étapes de l'acte d'apprentissage et met en évidence l'importance du rôle de l'enseignant, comme médiateur entre l'élève et le savoir. De l'épistémologie des disciplines aux avancées de la psychologie cognitive, c'est l'ensemble du processus construisant le rapport au savoir qui est analysé. » (Vergnaud, 2001, p. 273).

La réflexion didactique permet de dégager les principaux savoirs, savoir-faire et savoir-être à « faire apprendre » aux étudiantes et étudiants afin qu'ils développent les 22 compétences prescrites par le MELS (MESRST) dans le programme Soins infirmiers.

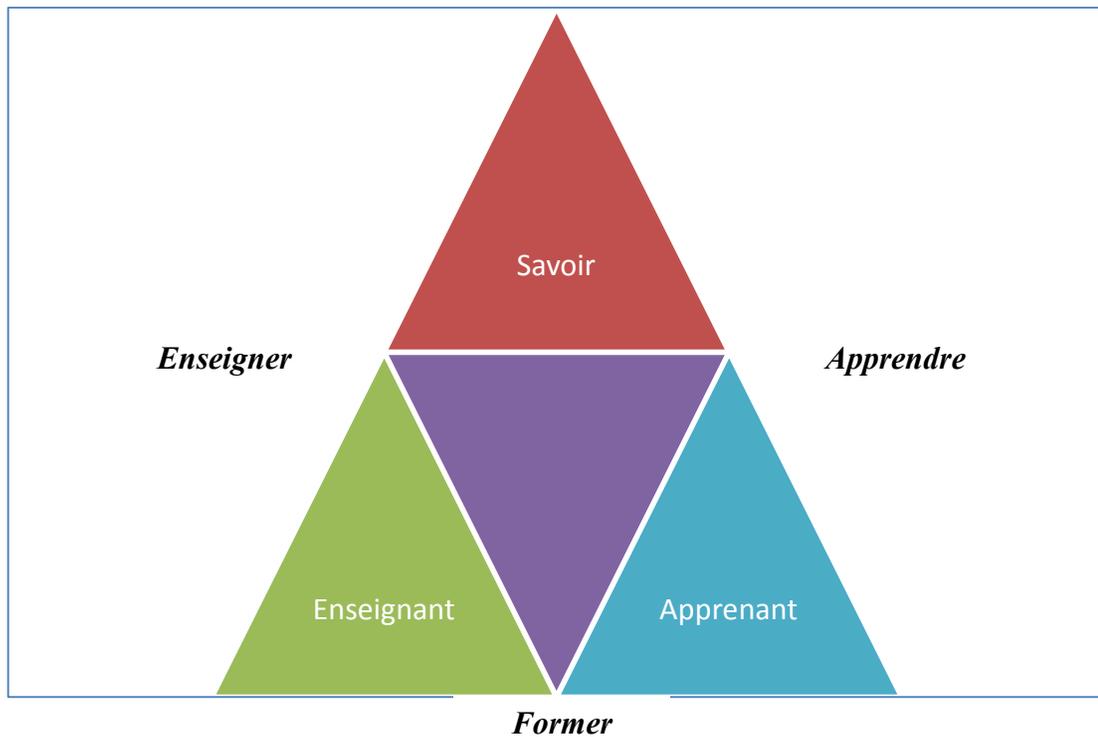


Figure 2 : Le triangle didactique

Modifiée à partir de la représentation originale tirée de :
Houssaye, J. (1988). *Le triangle pédagogique*. Berne : Éditions Peter Lang.

Le triangle didactique de Jean Houssaye (1988) permet de cerner les processus en action dans l'acte pédagogique et situe le rôle de l'enseignante ou de l'enseignant comme fondamental dans la sélection, la préparation et la mise en forme des objets de formation. La didactisation s'insère dans ce processus en suscitant la réflexion de l'enseignante ou de l'enseignant afin qu'il identifie et organise les savoirs, savoir-faire et savoir-être à partir de sources et de ressources reconnues afin de contribuer à la formation de l'apprenant.

Raisky et Loncle (1993) ont élaboré un modèle didactique appliqué à la situation particulière de l'enseignement dans les programmes techniques. À partir d'une situation professionnelle à titre de référence (source), ces auteurs adaptent le triangle didactique (Houssaye, 1988) en ajoutant des éléments permettant de mieux

définir les savoirs scientifiques, pratiques et techniques nécessaires pour pouvoir entreprendre l'action professionnelle. Ces éléments sont les finalités du programme d'études, les enjeux et les valeurs (Bizier, 2008). L'acte professionnel s'intègre dans une situation professionnelle (Raisky, 1993).

À titre d'exemple spécifique en Soins infirmiers, nous utilisons une situation de vaccination auprès d'une population adolescente. Cette situation comporte, notamment, des savoirs scientifiques reliés à la composition des vaccins et leurs effets sur le système immunitaire; des savoirs pratiques reliés à l'organisation d'une clinique de vaccination en milieu scolaire; des savoirs techniques reliés aux habiletés à prélever le vaccin de son contenant et à l'administration intramusculaire aseptique du produit. La situation comporte un enjeu d'acceptation et de refus de l'intervention : une approche centrée sur l'enseignement et sur la gestion de l'anxiété sont des interventions à adapter en fonction des besoins individuels évalués. Une valeur culturelle identifiée pour la clientèle dans l'acte professionnel est celle de l'autonomie : à partir de 14 ans, la personne mineure consent à ses soins. La vaccination est aussi, selon la loi 90, un acte professionnel infirmier autonome, qui ne nécessite pas de prescription médicale. Comme finalité, l'étudiante ou l'étudiant en Soins infirmiers doit pouvoir intégrer tous ces savoirs, enjeux et valeurs dans sa pratique, consistant en un acte infirmier adapté et autonome, comportant des éléments de consentement légal, d'enseignement, de prévention/promotion et résultant à l'administration efficace et sécuritaire du vaccin en contexte scolaire.

La figure suivante présente les modifications intégrées au triangle didactique pour la formation technique :

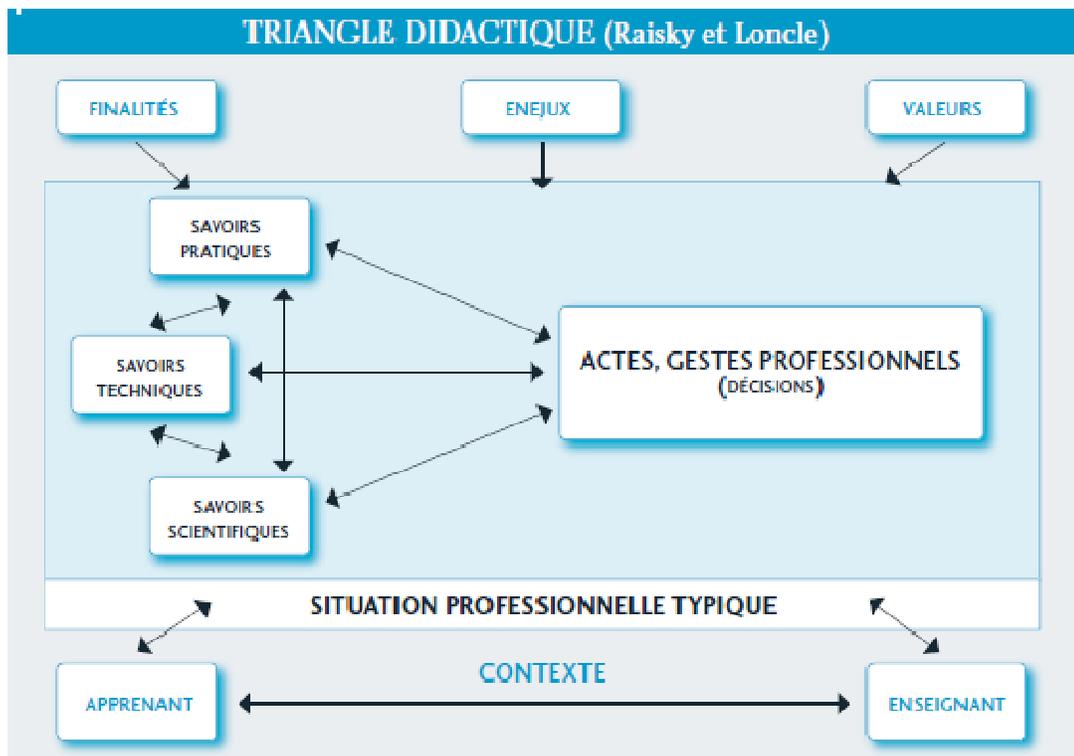


Figure 3 : Un modèle pédagogique pour l'enseignement des programmes techniques

Tiré de : Bizier, N. (2008). Choisir des contenus reconnus et pertinents: un geste professionnel didactique majeur. *Pédagogie collégiale*, 21(2), p.17.

Le questionnement didactique permet ainsi au pédagogue de réfléchir sur sa situation professionnelle et sur sa propre représentation de sa discipline, pour ainsi faire ou refaire le choix des savoirs à enseigner (Bizier, 2008). L'enseignante ou l'enseignant sélectionne les contenus selon les finalités du programme d'études.

En didactique, le choix des contenus à enseigner peut être influencé par le concept de l'attitude essentielle. Ce concept positionne les contenus des compétences ou des éléments de compétences dans un certain ordre d'importance, selon la perception qu'a l'enseignante ou l'enseignant de sa profession.

« Le concept d'attitude essentielle dans la discipline ou la profession désigne le sens profond de la discipline ou de la profession, auquel chaque enseignant adhère, qu'il défend, qu'il poursuit, qu'il pousse chez ses élèves implicitement ou explicitement. » (Lapierre, 2008, p.7).

Ainsi, pour une personne, la communication sera la compétence la plus importante à développer; pour une ou un autre, ce seront les méthodes de soins ou le jugement critique.

Tout comme les compétences, les finalités attendues sont identifiées dans le devis ministériel du programme d'études Soins infirmiers :

« À leur entrée sur le marché du travail, l'infirmière et l'infirmier formés à l'ordre d'enseignement collégial exerceront leur rôle professionnel auprès de personnes et de leurs proches, dans les différents établissements publics et privés du réseau de la santé. Elles ou ils pourront intervenir, dans le contexte de soins de courte et de longue durée, auprès d'une clientèle en périnatalité, auprès d'enfants, d'adolescentes et d'adolescents, d'adultes et de personnes âgées » (Gouvernement du Québec, 2007, p. 54).

2. LA MÉTAPHORE DE LA FLEUR DIDACTIQUE

C'est pour mettre en action des activités pédagogiques qui favoriseront l'atteinte de ces finalités que l'enseignante ou l'enseignant doit se questionner. Les savoirs disciplinaires, les savoirs à enseigner, le rapport des élèves aux savoirs, les stratégies d'enseignement et d'évaluation ainsi que la conception et l'élaboration de matériel didactique peuvent tous constituer la porte d'entrée au questionnement didactique. Ces cinq éléments du questionnement didactique sont interreliés en tant que sources et ressources dans le choix des savoirs et des stratégies d'apprentissage. La métaphore de la fleur didactique (Lapierre, 2008) représente les différentes entrées possibles :

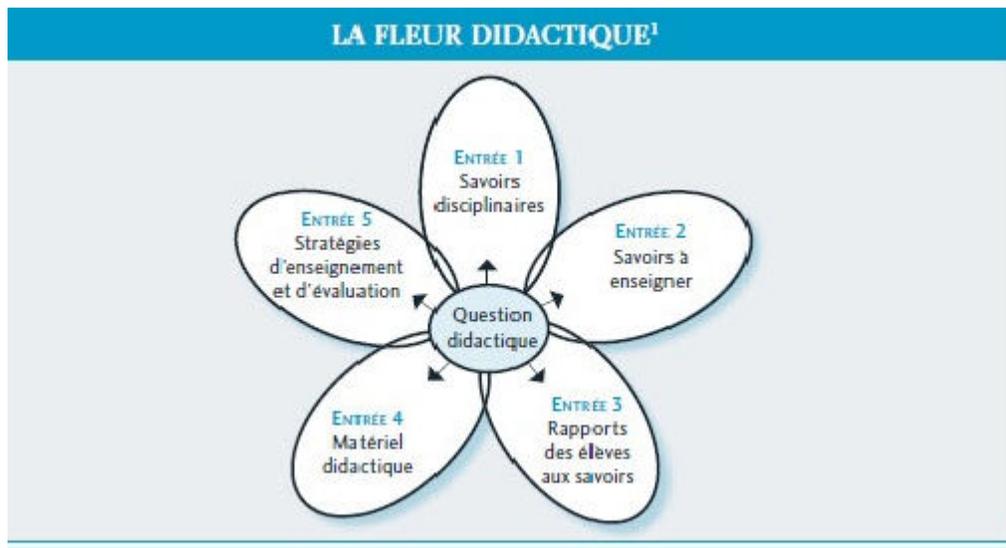


Figure 4 : La fleur didactique

Tiré de : Bizier, N. (2008). Choisir des contenus reconnus et pertinents: un geste professionnel didactique majeur. *Pédagogie collégiale*, 21(2), p.15.

La distinction entre les savoirs disciplinaires et les savoirs à enseigner se situe dans le caractère transversal ou spécifique des savoirs. Aux savoirs disciplinaires sont intégrés tous les contenus qui balisent le rôle professionnel : les lois, les codes d'éthique, les modèles professionnels, la démarche systématique et les perspectives infirmières (Lévesque-Barbès, 2010) qui constituent les fondements de la discipline. Les savoirs à enseigner sont spécifiques aux compétences ou aux éléments de compétence que l'enseignante ou l'enseignant cherche à faire développer. Par exemple, pour développer la relation d'aide, on enseignera des techniques de communication verbales et non-verbales favorisant l'établissement d'un climat de confiance. Pour le pétale du rapport des élèves aux savoirs, l'enseignante ou l'enseignant validera, à partir de sa clientèle étudiante, des programmes d'études antérieurs ou d'autres sources, ce qui devrait être acquis ou est en voie d'acquisition des savoirs à développer. Finalement, les pétales du matériel pédagogique et des stratégies d'enseignement et d'évaluation sont intimement liés, le matériel pédagogique concrétisant les stratégies d'enseignement sélectionnées et les stratégies

d'évaluation, formatives et/ou sommatives, souvent mise en forme à l'intérieur du matériel pédagogique.

À l'aide des cinq entrées didactiques prévues dans ce modèle, nous nous sommes interrogées sur les différents aspects de la formation interculturelle et nous avons conçu, à partir de ce questionnement didactique, la formation. Dans cet essai relatant la démarche, les entrées de la fleur didactique sont utilisées pour organiser le cadre de référence et pour expliquer les choix effectués lors de la construction du matériel de formation. Selon ce modèle, il n'y a pas d'ordre préconçu pour le questionnement didactique. La première étape peut être effectuée à partir de n'importe laquelle des entrées (Lapierre, 2008). La première porte d'entrée du questionnement didactique que nous utilisons dans cet essai est celle du questionnement sur les savoirs disciplinaires.

2.1 Entrée 1: les savoirs disciplinaires

2.1.1 *L'intégration au rôle professionnel infirmier du Québec*

L'effectif étudiant issu de l'immigration fait face à des défis de taille lors de la formation collégiale pour développer le rôle infirmier dans les multiples contextes de soins du Québec.

Un premier défi consiste à intégrer ce rôle infirmier balisé par plusieurs lois et règles éthiques. En effet, au Québec, *le Code des professions* (Gouvernement du Québec, 2013a), et *la Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec* (L.I.I.) (Gouvernement du Québec, 2013c) délimitent le champ de pratique infirmière ainsi que les actes infirmiers pouvant être réalisés auprès d'une clientèle de tout âge. L'article 36 de la L.I.I., modifié par l'article 14 du projet de loi 21 (Assemblée nationale, 2009) résume la pratique infirmière en ces termes :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs. »(Gouvernement du Québec, 2013c, article 36).

Ces lois sont les fondements de la pratique infirmière exercée à partir de 17 activités permises (annexe B) auprès des personnes nécessitant des soins de santé. Ce rôle requiert des compétences en évaluation clinique nécessitant des connaissances et des habiletés de jugement exhaustives.

Les étudiantes et les étudiants doivent aussi connaître et se conformer au code de déontologie de l'infirmière (Gouvernement du Québec, 2013b) développé à partir des lois précédentes et prescrivant les règles éthiques et le savoir-être du comportement professionnel.

L'étudiante ou l'étudiant en Soins infirmiers doit donc intégrer un rôle balisé, qui lui demande, en outre, d'assurer en tout temps la sécurité de son patient en étant en plein contrôle de ses compétences. Ce rôle lui confère la responsabilité d'assurer le leadership de l'équipe de soins, constituée de préposés et d'auxiliaires en soins infirmiers. Pour la qualité des soins prodigués aux patients, travailler en interdisciplinarité avec une douzaine d'autres professionnels est aussi requis.

Le rôle infirmier est donc un rôle complexe qui demande à l'apprenant plusieurs sessions d'études avant d'en bien comprendre les nuances et les responsabilités. Toute cette complexité reliée à la compréhension de ce rôle est vécue au quotidien par les étudiantes et les étudiants lors des stages cliniques.

2.1.2 Le paradigme de la santé

La pratique infirmière au Québec est principalement fondée sur le paradigme de la santé issu du modèle scientifique ou biomédical. Ainsi, les pratiques probantes et les découvertes scientifiques régissent les principes sur lesquels s'appuient les interventions réalisées auprès du patient. Toutefois, deux autres paradigmes de la santé existent dans le monde : le modèle naturaliste et le modèle magico-religieux. (Bare et Smeltzer, 2011). Le modèle naturaliste est fondé sur les pratiques alternatives liées à l'utilisation d'herbes, de circulation énergétique (par exemple le Yin et le Yang) ou d'autres éléments provenant de la nature et de l'univers. Le modèle magico-religieux a pour fondements les croyances liées à des forces surnaturelles ou de nature religieuse.

On peut comprendre que les étudiantes et étudiants ainsi que la clientèle des soins infirmiers ne fondent pas tous leurs croyances et pratiques en santé sur le même paradigme. Bien que les soins doivent être adaptés, autant que possible, s'ils ne sont pas nuisibles, aux croyances des clients (AIIC, 2000; Giger et Davidhizar, 2008),

l'intégration au rôle professionnel nord-américain passe présentement par une adhésion au paradigme biomédical, mais est en transformation pour mieux s'adapter aux besoins des populations culturellement diversifiées. Rappelons que le paradigme biomédical utilise la science et la recherche empirique comme fondements principaux. Ainsi, les interventions infirmières sont basées principalement sur des principes de preuves scientifiques et non sur des croyances culturelles liées à la santé.

2.1.3 *Les modèles de soins infirmiers*

La démarche clinique enseignée à l'ordre collégial et utilisée dans la majorité des établissements de soins de santé du Québec est basée sur le modèle McGill (Paquette-Desjardins et Sauvé, 2008). Ce modèle présente plusieurs valeurs et postulats comme assises de la pratique infirmière, dont, notamment :

- La collaboration infirmière-client;
- Le développement et l'utilisation de stratégies d'adaptation pour résoudre les problèmes de santé;
- La notion de client-famille;
- L'adaptation des soins aux caractéristiques psychosociales et culturelles des clients-familles.

D'autres modèles de soins infirmiers vont plus loin dans l'adaptation des soins infirmiers aux particularités culturelles des clients-famille, dans une vision transculturelle ou ph nom nologique⁵ des problèmes de santé et des soins appropriés. Le besoin de prodiguer des soins culturellement adaptés, c'est-à-dire des soins

⁵ La vision phénoménologique réfère à une pratique où l'infirmière ou l'infirmier analyse une situation de soins à partir de la vision et des perceptions qu'en a son client-famille. Le modèle du *caring* de Watson (1998) utilise l'approche phénoménologique comme un de ses éléments caratifs.

respectant les croyances et les valeurs des individus face à la santé, a été documenté par de nombreux auteurs en soins infirmiers (Ducharme, Vissandjée, Paquet, Carpentier, Lévesque et Trudeau, 2009; Giger et Davidhizar, 2008; Gratton, 2010; Gravel et Battaglini, 2000; Leininger, 1991, 1995, 2002; Papadopoulos, 2006; Tison, 2007; Vissandjée et Dupéré, 2000). Ces recherches ne sont pas étrangères aux phénomènes déjà discutés.

La vision propre du monde, pour le domaine de la santé, a trait à la vision de la maladie, son origine, ses causes, ses conséquences, ses traitements. La vision de la santé, de la mort, du rôle des différents intervenants sur la maladie, des responsabilités parentales de la santé des enfants, de la place de l'accouchement et de l'allaitement sont autant de sujets dont la perception varie d'une culture à l'autre. Les soins culturellement appropriés s'adaptent donc à toutes les nuances de perceptions et de croyances.

Le matériel de formation développé dans le cadre de cet essai se situe dans cette perspective: rendre explicite les valeurs culturelles du principal modèle de soins utilisé au Québec et en accentuer son ouverture et son application à des soins culturellement adaptés. La prochaine section traite des connaissances à maîtriser pour atteindre les objectifs de formation.

2.2 Entrée 2 : les savoirs à enseigner

2.2.1 Le modèle de développement de la compétence interculturelle de Papadopoulos, Tilki et Taylor (PTT, 2001)

Il est donc clair que l'acquisition préalable de la compétence interculturelle par le personnel enseignant est nécessaire à l'enseignement aux étudiantes et aux étudiants. La formation interculturelle du personnel est une condition *sine qua non* à

la formation interculturelle de la population étudiante et ultimement, à la prestation de soins culturellement appropriés lors des stages cliniques.

Le modèle choisi dans cet essai pour le développement de la compétence interculturelle est celui de Papadopoulos, Tilki et Taylor (2001). Ces chercheuses de l'Université de Westminster, au Royaume-Uni, ont défini un modèle de compétence se développant en 4 étapes :

- 1- Étape de départ: conscience culturelle. La pratique professionnelle est considérée culturellement incompétente. Bien qu'elle ou il reconnaisse la différence culturelle, l'étudiante ou l'étudiant n'adapte pas ses soins aux autres cultures et croyances. Il n'y a pas de négociations possibles et la prestation des soins est en tout point conforme aux politiques et règlements de son milieu de soins ou au modèle de sa culture d'origine établis selon les besoins de la population culturelle en majorité. L'approche est ethnocentrique et culturellement mésadaptée;
- 2- Seconde étape de développement : adaptation culturelle. De plus en plus culturellement consciente, la pratique professionnelle tente de s'ajuster plus ou moins efficacement aux besoins de la clientèle. L'étudiante ou l'étudiant examine, comme point de départ, ses propres valeurs et croyances culturelles. Il peut alors identifier des différences culturelles mais n'adapte pas nécessairement à tout moment ses soins selon les autres cultures et croyances. La négociation est toutefois possible;
- 3- Troisième étape de développement : compréhension culturelle. La pratique professionnelle est considérée culturellement sécuritaire. Non seulement l'étudiante ou l'étudiant est conscient des différences culturelles parfois marquées entre les personnes mais elle ou il commence à reconnaître certaines particularités liées aux groupes culturels. Le professionnel en devenir est en

mesure d'évaluer les similarités et les distinctions entre les pratiques et les perceptions des cultures en lien avec les soins de santé. Les étudiantes ou les étudiants se construisent une base de données d'un point de vue culturel et adaptent leurs soins pour qu'ils soient les plus appropriés possibles. L'évolution s'effectue par l'acquisition d'une capacité de se décentrer culturellement pour sortir d'une vision ethnocentrique de la santé. Les étudiantes et les étudiants développent une capacité d'administrer des soins culturellement appropriés qui comprend des habiletés de communication interculturelle (Gerrish et Griffith, 2004);

- 4- Quatrième et dernière étape de développement : sensibilité culturelle. La pratique professionnelle est considérée culturellement compétente. L'étudiante ou l'étudiant doit mettre en pratique les connaissances, les attitudes et les habiletés acquises lors des étapes précédentes. Des habiletés professionnelles additionnelles de communication sont développées en matière d'évaluation des besoins de santé et d'application de la relation d'aide basées sur les aspects culturels. Les praticiens en soins infirmiers reconnaissent alors que certaines difficultés et certains problèmes d'intégration chez les immigrants peuvent avoir un effet négatif sur le retour à la santé.

Les derniers éléments de compétence acquis lors de la quatrième étape de développement de la compétence permettent à l'étudiante et à l'étudiant d'être désormais capable d'administrer des soins transculturels. Elle ou il est aussi en mesure d'identifier les pratiques organisationnelles mésadaptées à certains groupes culturels. Elle ou il peut reconnaître les comportements racistes, les politiques exclusives et les diverses problématiques reliées aux difficultés d'intégration concernant autant des personnes immigrées que celles de la société d'accueil. Elle ou il est en mesure de reconnaître et de gérer les chocs culturels.

2.2.2 *La formation interculturelle*

Le développement de la compétence interculturelle en Soins infirmiers est au cursus du programme du Ministère depuis l'an 2000 (Gouvernement du Québec, 2007). Chaque collège est autonome et responsable du développement des compétences du programme. Lemay (1996) suggère la ventilation de la compétence interculturelle à travers le plus grand nombre de disciplines du programme mais selon des modalités différentes, de façon à assurer son développement transversal par les étudiantes et étudiants.

Il est démontré que le soutien au développement de cette compétence par les enseignantes et les enseignants est essentiel pour la prestation des soins à la population culturellement diversifiée (AIIC, 2000).

Afin d'aider étudiantes et étudiants à assumer le rôle professionnel selon le modèle québécois et ainsi qu'à développer leur compétence interculturelle, l'équipe enseignante en soins infirmiers doit mettre sa compétence interculturelle en action. C'est donc à un double défi, celui d'intégrer professionnellement et celui de développer la compétence interculturelle du groupe, auquel fait face l'équipe enseignante (Gaudet et Lafortune, 2000).

« L'éducation interculturelle est surtout un travail sur soi et son groupe. Le travail sur ses préjugés et sur les stéréotypes passe par une analyse des représentations, du processus de catégorisation et d'interprétation. À ce titre, on ne peut que remarquer et regretter que la psychologie sociale n'ait pas réussi à faire son entrée dans la formation des enseignants. » (Abdallah- Pretceille, 1986, p.107).

La formation interculturelle débute donc par un engagement de l'enseignante ou de l'enseignant dans une démarche autoréflexive afin de saisir la logique psychosociale des relations aux autres dans son rôle professionnel (Abdallah- Pretceille, 1986; Lipiansky, 1996; Nicklas, 1996).

La formation interculturelle consiste à faciliter l'acquisition de trois principaux éléments de compétence : les connaissances, les habiletés et les attitudes (Lemay, 1996). Les savoirs à intégrer dans certaines formations interculturelles offertes traitent, par exemple, de politiques d'immigration, de parcours migratoire, de modèles d'acculturation, de principes permettant les accommodements raisonnables etc. Les attitudes permettant le développement de la communication interculturelle et les éléments de savoir-être sont identifiées par d'autres formations et peuvent être retenues par ce sigle : ROE (respect, ouverture et empathie). Nous avons choisi, pour notre formation en préparation aux stages cliniques, de se concentrer sur les savoirs pratiques, notamment sur les habiletés à la communication interculturelle qui nécessitent la reconnaissance du choc culturel, la décentration culturelle et l'ouverture à d'autres modèles culturels.

« La décentration, c'est prendre distance de soi, en réfléchissant sur soi-même, en tant un sujet qui se perçoit en tant qu'objet, porteur d'une culture et de sous-cultures auxquels s'intègrent des modèles professionnels et des normes institutionnelles, replacées à chaque fois dans une trajectoire personnelle. C'est seulement par une meilleure connaissance de soi, de son identité sociale et culturelle, qu'on pourra faire émerger la relativité de ses points de vue. » (Cohen-Émérique, 1993, p.76).

Dans notre questionnement didactique spécifique aux savoirs à enseigner, nous retenons que, à partir des modèles de développement de la compétence interculturelle de Papadopoulos, Tilki et Taylor (PTT) (2001) et du modèle de formation interculturelle de Lemay (1996), notre modèle de formation interculturelle se concentrera sur les savoirs pratiques, en développant une habileté spécifique, celle de la décentration culturelle. Cette formation doit être offerte en complémentarité et au moment où certains savoirs et savoir-être ont préalablement été acquis. Le modèle intégré de la figure 5 présente notre approche de formation :

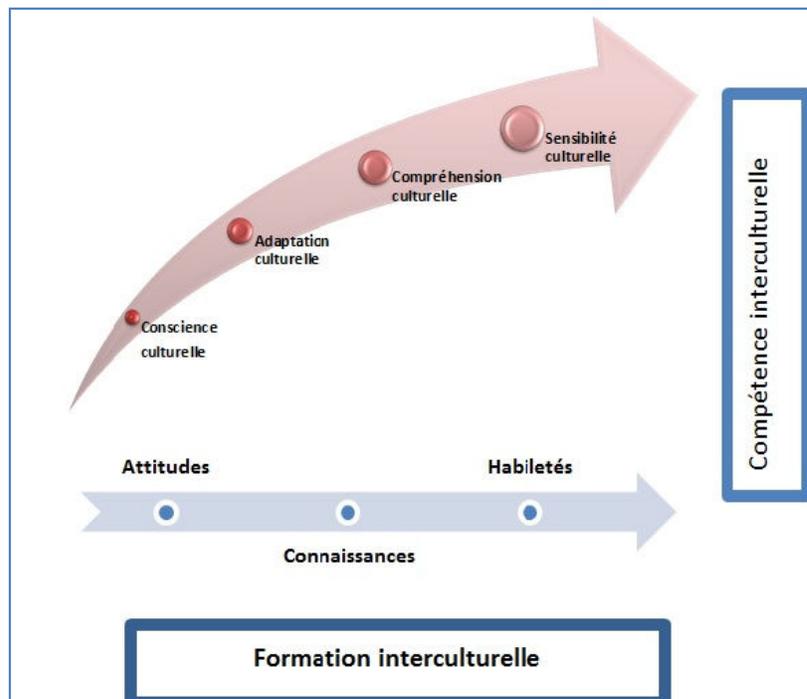


Figure 5 : Modèle intégré de développement de la compétence et de la formation interculturelles.

Modèle développé à partir de:

Papadopoulos, I., Tilki, M., et Taylor G. (2001). *Papadopoulos, Tilki and Taylor Model for developing cultural competence*. Project report. United Kingdom : Middlesex University.

Lemay, D. (1996). *Une proposition pour la formation interculturelle des élèves au collégial : contenu et approche*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université de Montréal, Québec.

Rappelons que les ingrédients de départ qui feront progresser le développement de la compétence interculturelle sont d'abord la présence de trois attitudes : respect, ouverture et empathie (Majumbar, Browne, Roberts et Carpio 2004; Tison, 2007). L'acquisition des savoirs (sur le parcours migratoire, le processus d'intégration, d'adaptation, etc.) favoriseront l'atteinte d'une étape de compréhension culturelle. Selon le modèle de Lemay (1996), ces connaissances seront davantage développées par les disciplines contributives (psychologie, sociologie) du programme Soins infirmiers dans le modèle présent de l'enseignement collégial. Toutefois, selon cette auteure, c'est par le biais de l'enseignement disciplinaire et par le biais du développement des habiletés de communication interculturelle mises en pratique lors

des stages cliniques que la compétence interculturelle sera globalement développée dans les contextes professionnels. Cette conceptualisation rejoint celle proposée par le modèle PTT (2001) où les habiletés à la décentration culturelle sont intégrées dans les étapes du développement de compréhension et de sensibilité culturelle. C'est là le rôle spécifique de l'équipe enseignante en soins infirmiers qui accompagne son groupe étudiant en stage : contribuer au développement des habiletés à la communication interculturelle, à la sécurité et à l'actualisation de la compétence.

2.2.3 La communication interculturelle à partir des habiletés de décentration culturelle: un important élément de compétence

La communication est fortement influencée par la culture (Hall, 1979).

« Parmi les obstacles à la compréhension mutuelle, il faut citer l'incapacité à se placer du point de vue d'autrui, à jeter sur soi et son groupe un regard extérieur. L'aptitude à la décentration n'est pas innée, elle nécessite un apprentissage systématisé et objectivé. L'objectif n'est pas de prôner un déracinement par rapport à des valeurs et à des engagements individuels ou collectifs mais d'apprendre à objectiver son propre système de références, à s'en distancier et donc à admettre l'existence d'autres perspectives, sans sombrer dans les dérives du relativisme absolu, mais en s'appuyant sur un apprentissage de relativité à partir d'une série de décentrations successives. » (Abdallah-Prectelle, 1986, p.108).

La communication interculturelle s'établit donc lorsque les personnes en interaction sont capables de reconnaître dans leur point de vue respectif les valeurs culturelles sous-jacentes à leurs perceptions ou à leurs comportements.

Le rôle professionnel, avec ses balises légales et déontologiques, s'appuie aussi, collectivement, sur des valeurs culturelles. Raïsky et Loncle (1993) l'ont compris en intégrant les valeurs au modèle de triangle didactique pour les programmes techniques (figure 3). Ainsi, en pratiquant la décentration, tous devraient

être en mesure d'évaluer, dans un processus pédagogique collaboratif enseignant-étudiant, la distance culturelle qui peut freiner l'intégration efficace au modèle professionnel des personnes qui proviennent d'une autre culture. Encore faut-il reconnaître ces fondements culturels et être en mesure de les expliciter. Nous reviendrons un peu plus loin sur la façon concrète développée dans notre formation interculturelle pour accompagner l'enseignante ou l'enseignant dans l'enseignement de ces savoirs pratiques spécifiques.

La reconnaissance du choc culturel par l'équipe enseignante et le groupe étudiant pendant les stages cliniques est un enjeu important. Tous doivent reconnaître qu'une forte réaction émotionnelle, une incapacité à intervenir efficacement ou une réaction négative et critique peuvent être des symptômes de choc culturel (Barrette, Gaudet et Lemay, 1988).

2.2.4 Un modèle issu de la psychologie sociale pour analyser le modèle professionnel et les besoins de la clientèle multiculturelle

Chercheur dans le domaine de la psychologie sociale, Schwartz (1999) propose un modèle d'analyse culturelle qui identifie sept grandes valeurs présentes dans les milieux de travail. Il regroupe ces valeurs en opposition, dans un continuum qui offre ainsi un cadre théorique simple et facile d'application pour identifier les valeurs les plus présentes chez les individus, dans les organisations ou dans les rôles professionnels. Ainsi, l'utilisation de ce cadre d'analyse de valeurs offre une façon concrète de mise en action des habiletés de communication interculturelle et de décentration.

Pour construire sa théorie et les catégories des valeurs permettant de comparer entre elles les différentes cultures, dans leur approche et signification du travail, Schwartz a recueilli les réponses de milliers de participants, enseignants et élèves, à un questionnaire comprenant 56 valeurs différentes. Des groupes provenant de 49

nations ont participé à l'étude, qui s'est déroulée de 1988 à 1993 et 122 échantillons de ces questionnaires ont été utilisés.

Schwartz présente trois principaux pôles de valeurs diamétralement opposées dans les sociétés, influençant le rapport au travail ainsi qu'aux relations interpersonnelles. Ces conceptions fondamentales positionnent les sociétés et déterminent les modes de fonctionnement, l'organisation et les comportements des individus. Les valeurs sont identifiées ainsi :

1- Le conservatisme vs l'autonomie

D'un côté, le conservatisme est défini comme une valeur impliquant la perception qu'a l'individu de son lien avec le groupe, de son identification intrinsèque à ce groupe et de sa vision commune de la vie avec ce groupe. Cette valeur préconise des comportements de conservation : maintien du statu quo, refoulement d'actions ou de questions qui pourraient diminuer la cohésion du groupe et sa solidarité, ainsi que le respect de l'ordre établi.

S'oppose au conservatisme la valeur de l'autonomie, qui est, selon le modèle, scindée en deux sous-valeurs : l'autonomie intellectuelle et l'autonomie affective. La perception au centre de cette première valeur est que chaque individu est unique et trouve son propre sens à la vie. Les individus sont encouragés à développer rapidement leur autonomie intellectuelle, caractérisée par la curiosité, la poursuite de leurs propres idées, la construction de leurs propres définitions. Pour l'autonomie affective, c'est dans des comportements de recherche d'expériences positives, d'expériences génératrices de plaisir, d'excitation et de satisfaction que s'actualisera cette valeur.

2- La hiérarchie vs l'égalitarisme

Les liens hiérarchiques sont une assurance que chaque individu adoptera un comportement responsable qui maintiendra l'ordre social. Cette valeur sous-tend que le pouvoir sera distribué de façon inégale et sera détenu par quelques individus en autorité, possédant généralement des richesses non accessibles à l'ensemble de la population. L'égalitarisme compte plutôt sur des croyances qui favorisent le bien-être collectif et le partage des ressources. Cette valeur inclue des principes d'honnêteté, de justice sociale et d'équité.

3- La maîtrise vs l'harmonie

Dans le pôle de la maîtrise, l'homme est maître chez soi, choisit ses propres objectifs, démontre de l'ambition et ose faire des choix selon son propre agenda. De plus, il développe activement ses compétences. Il est donc en maîtrise de ses actions. Il est imputable et responsable de ces dernières. Le pôle opposé, l'harmonie, implique des comportements de respect profond de la nature, des autres êtres humains, de la beauté. Cette valeur nécessite une acceptation du monde tel qu'il est, d'un désir de s'y mouler plutôt que de le modeler ou de l'exploiter.

Les sept valeurs identifiées par Schwartz permettent d'identifier les valeurs sous-jacentes au modèle professionnel en Soins infirmiers et d'apprécier la distance culturelle que les apprenants doivent franchir pour l'intégrer. Il permet au corps professoral une prise de conscience des fondements culturels pour clairement expliciter l'identité professionnelle infirmière au Québec lors de l'enseignement et des stages cliniques.

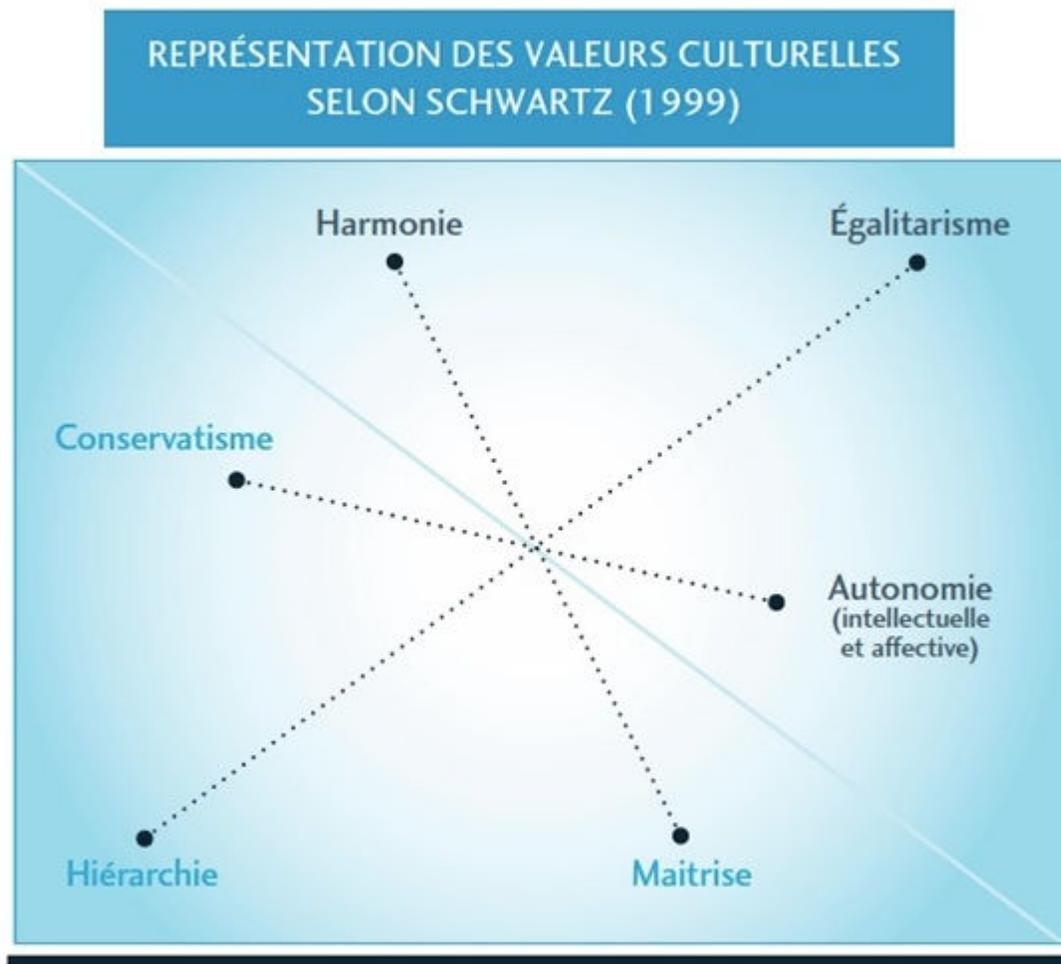


Figure 6 : Représentation des valeurs culturelles en opposition selon Schwartz (1999)

Tiré de : Giguère, M. (2013). Entrevue : Développer la compétence interculturelle. *Pédagogie collégiale*, 26(2), p. 29.

Réalisée à partir du code de déontologie des infirmières et infirmiers, des lois entourant la pratique infirmière et du modèle de soins infirmiers McGill, l'analyse des savoirs disciplinaires nous permet d'avancer que le modèle professionnel québécois en soins infirmiers privilégie l'autonomie intellectuelle, l'égalitarisme et la maîtrise tandis qu'il met moins l'accent sur le conservatisme, la hiérarchie et l'harmonie. Ces quelques extraits, tirés de la Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., c.1-8), appuient cette analyse :

« L'infirmière ou l'infirmier doit respecter le droit du client de consulter une autre infirmière ou un autre infirmier, un autre professionnel du domaine de la santé ou toute autre personne de son choix. »(Gouvernement du Québec, 2009, article 5).

« L'infirmière ou l'infirmier doit, dans la mesure de ses possibilités, échanger ses connaissances avec les autres infirmières et infirmiers, les étudiants et les candidats à l'exercice. »(Gouvernement du Québec, 2009, article 8).

« L'infirmière ou l'infirmier doit dénoncer tout incident ou accident qui résulte de son intervention ou de son omission. L'infirmière ou l'infirmier ne doit pas tenter de dissimuler un tel incident ou accident. Lorsqu'un tel incident ou accident a ou peut avoir des conséquences sur la santé du client, l'infirmière ou l'infirmier doit prendre sans délai les moyens nécessaires pour le corriger, l'atténuer ou pallier les conséquences de cet incident ou accident. » (Gouvernement du Québec, 2009, article 12).

Le premier extrait réfère à l'autonomie et aux droits des patients recevant des soins infirmiers. Le deuxième extrait implique la relation de collaboration intra professionnelle et le partage des connaissances, quel que soit le titre de la ressource infirmière, dans une vision égalitariste. Les articles huit et douze présentent des notions d'obligations professionnelles, de maîtrise de compétences et d'imputabilité, impliquant une capacité de contrôler les situations comme dans la valeur de la maîtrise.

Une fois ce cadre de valeurs mieux conscientisé, le personnel enseignant peut efficacement accompagner l'effectif étudiant dans l'atteinte des finalités du programme permettant l'exercice de la profession infirmière au Québec. Notons aussi que selon le modèle McGill enseigné, ce dernier prévoit l'offre de soins de santé culturellement appropriés. Ainsi, l'utilisation du modèle de Schwartz comme cadre d'analyse pour faciliter la décentration culturelle peut être enseigné à l'étudiante et l'étudiant qui pourra à son tour l'utiliser pour développer sa propre compétence interculturelle dans sa prestation des soins afin d'atteindre la dernière étape de développement de la compétence du modèle PTT (2001).

2.2.5 Le choc culturel comme situation d'apprentissage

Le choc culturel se développe lorsque deux individus en interaction s'opposent dans leurs perceptions ou comportements ou lorsqu'un individu vit ou est témoin d'une situation en conflit avec ses valeurs culturelles (Oberg, 1960). Le choc culturel peut inciter un individu à prendre des décisions illogiques ou encore à poser des gestes inconsidérés (Gratton, 2010).

Les recherches de Kolb (1984) confirment qu'une personne fait son apprentissage par la découverte et l'expérience. Le processus de l'apprentissage expérientiel comporte le façonnement des savoirs, savoir-faire et savoir-être par le biais d'expériences affectives et cognitives. L'on peut s'imaginer que les expériences auprès d'une clientèle multiculturelle et dont la santé est précaire, lors des stages cliniques, sont génératrices de ces types d'expériences. Ainsi, la communication interculturelle doit s'établir rapidement et efficacement entre l'enseignante ou l'enseignant et son étudiante ou étudiant d'une autre origine culturelle, afin de permettre des soins appropriés et sécuritaires pour le patient ainsi que pour la réussite des stages. Des chocs culturels sans interventions pédagogiques sont des opportunités d'apprentissages manquées et peuvent laisser l'étudiante ou l'étudiant, les soignés ou le corps professoral dans un sentiment de frustration.

Les activités de stages en milieux de soins réels constituent une importante partie du programme d'études en soins infirmiers au collégial. Comme exposé précédemment, elles représentent 1035 heures dans le programme régulier et plus du tiers des heures pour le programme d'intégration à la profession infirmière du Québec. Les opportunités de communication interculturelle entre les différents acteurs présents dans la situation professionnelle clinique sont des occasions à saisir

pour les apprentissages et le développement de la compétence interculturelle et les soins transculturels.

2.3 Entrée 4 : le matériel pédagogique

La formation développée dans le cadre de cet essai s'adresse au personnel enseignant et à l'effectif étudiant en stages cliniques qui échangent sur des situations réelles de relations avec un ou des patients. L'enseignante ou enseignant doit notamment donner une rétroaction sur les soins prodigués et sur les comportements et attitudes adoptés par l'étudiante ou l'étudiant en stage, afin de lui permettre d'améliorer ses comportements professionnels.

2.3.1 Les situations professionnelles sous forme de capsules vidéo

L'enseignement des soins infirmiers s'effectue présentement dans le contexte technologique situé dans l'ère du Youtube et des capsules vidéo. Agazio et Buckley (2009) ont découvert que l'intégration de vidéo dans l'enseignement des soins infirmiers favorise l'apprentissage dans l'action et apporte une nouvelle pertinence, une nouvelle motivation et des nouvelles applications dans le programme Soins infirmiers. Le partage de vidéo favorise les discussions et la création d'une communauté de pratique. Le vidéo illustre efficacement un contenu théorique et permet aussi le *role modeling* (Bandura, 1977) en fournissant un modèle de situation professionnelle où l'acte professionnel est en action. Par conséquent, le matériel pédagogique de type vidéo permet d'illustrer les comportements et les attitudes souhaités dans une situation de communication interculturelle entre l'équipe de soins, l'équipe interdisciplinaire et avec le client/famille.

2.3.2 *L'accessibilité de la formation en ligne*

L'accessibilité de la formation courte en ligne est un avantage important, permettant à l'étudiante ou l'étudiant ou au corps professoral d'apprendre à son propre rythme et pouvant faciliter l'exercice des responsabilités professionnelles et familiales (Kim et Bonk, 2002, Hannay et Newvine, 2006). Les personnes déjà en emploi peuvent être plus motivées à suivre ce type de formation (Dibiase, 2001). Les apprentissages sont toutefois influencés par le contenu du cours, la présentation du contenu et les activités d'apprentissage intégrées (Oliver, 1999). Une formation en ligne répond aux contraintes de temps du personnel enseignant en exercice qui a déjà une lourde tâche et pour qui la libération horaire pour suivre de la formation est difficile. La formation en ligne permet d'apprendre de façon autonome aux moments qui convient le mieux et ne comporte pas de libération des tâches d'enseignement.

2.4 Entrée 5 : les stratégies d'enseignement

À l'intérieur de la formation interculturelle en ligne, des stratégies pédagogiques efficaces, autant pour positionner sa pertinence que pour susciter la motivation des enseignantes et des enseignants à la suivre que pour enseigner la compétence interculturelle à la population étudiante, nécessitent une sélection attentive.

2.4.1 *L'analyse guidée de situations professionnelles pour le personnel enseignant*

Dans le milieu éducatif, la pratique réflexive est nécessaire à l'évaluation de l'agir professionnel (Schön, 1993). La réflexion est donc au cœur du développement professionnel du corps enseignant. Des activités réflexives sont essentielles dans la forme que prend la formation interculturelle.

Afin de susciter cette réflexivité, Walton (1989) introduit l'apprentissage par problème comme une méthode pédagogique centrée sur l'apprenant, qui vise à développer plus efficacement et plus rapidement le raisonnement et la pensée critique (Walton et Matthews, 1989).

Adjoint à cette stratégie pédagogique, le format le tutoriel comporte un processus dans lequel l'apprenant ou l'apprenante effectue différentes tâches, habituellement de sept à neuf, autour d'un problème ou d'un objectif (Schmidt, 1983). Ainsi, une stratégie d'enseignement, pour le corps professoral, alliant des exercices réflexifs, à partir de problèmes concrets en enseignement des soins infirmiers, structurés sous forme de tutoriel, nous a semblé la meilleure combinaison de stratégies à adopter pour la formation interculturelle en ligne.

2.4.2 Le modeling par observation des situations professionnelles en préparation aux stages

Pour développer la partie de la formation interculturelle dédiée à la clientèle étudiante qui sera utilisée par les enseignantes et les enseignants, nous avons choisi de nous appuyer sur la théorie de l'apprentissage social. Bandura (1977) a développé sa théorie en identifiant le postulat que le fait de pouvoir apprendre par observation rend les gens capables d'acquérir des répertoires comportementaux complexes sans avoir à passer par le processus parfois pénible de l'essai-erreur. Cette période d'observation est donc critique pour le développement des rôles sociaux et des rôles professionnels. L'on comprend que lors des stages cliniques en Soins infirmiers, l'apprentissage par essai-erreur n'a pas sa place, pouvant compromettre la sécurité du patient.

À ce propos, Barbès (1996) suggère d'ailleurs un modèle pédagogique, afin de bien préparer les étudiantes et les étudiants aux stages pratiques des programmes d'études techniques, comportant une phase d'observation qui permet à l'élève de

prendre connaissance de la situation d'action, des acteurs et du contexte par observation.

2.5 Entrée 3 : le rapport des élèves aux savoirs

La prise en compte par le personnel enseignant des connaissances antérieures des étudiantes et des étudiants est cruciale pour l'apprentissage selon les perspectives cognitiviste, constructiviste et socioconstructiviste (Raymond, 2006). La prise en compte de la situation d'immigration récente des élèves est incontournable dans l'enseignement à cette clientèle : la perception des rôles et des responsabilités de l'infirmière ou l'infirmier peuvent grandement différer dans leurs pays d'origine et les conceptions qu'ils en ont peuvent être fort différentes de l'exercice infirmier au Québec. De plus, les connaissances généralement acquises à l'ordre d'enseignement secondaire, par exemple en biologie, en mathématiques, en chimie ou simplement concernant les méthodes d'études, ne sont pas nécessairement les mêmes selon les pays et les systèmes éducatifs. Le tableau 3 résume l'importance des connaissances antérieures pour l'apprentissage, selon les théories cognitiviste, constructiviste et socioconstructiviste.

Tableau 3
 Importance des connaissances antérieures
 dans les principales théories de l'apprentissage

Théories et caractéristiques	Cognitivisme	Constructivisme	Socioconstructivisme
Tandem enseignement-apprentissage	Ce qui prime, c'est le savoir à reproduire	Ce qui prime, ce sont les connaissances à construire	
Rôle de l'apprenant	Récepteur actif d'informations qu'il intègre en transformant ses connaissances antérieures	Créateur de connaissances à partir de sa propre activité, par manipulation de sa propre connaissance	Créateur de connaissances en interaction avec les autres, en manipulant à la fois sa propre connaissance confrontée à celle des autres
Activité de l'apprenant	Le savoir est assimilé à une suite d'activités réalisées par l'apprenant pour acquérir des connaissances	L'activité porte autant sur les connaissances antérieures que sur les nouvelles informations	L'activité porte autant sur les connaissances antérieures que sur les nouvelles informations et les échanges avec autrui dans des environnements spécifiques
Résultats du processus d'apprentissage	Il y a apprentissage lorsqu'il y a modification de la structure cognitive	Il y a apprentissage lorsqu'il y a création de nouvelles connaissances adaptées	

Tiré de : Raymond, R. (2001). *Qu'est-ce qu'enseigner ? Un processus-type d'apprentissage, notes de cours PED859*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.

Dans le processus type d'apprentissage, proposé par le Pôle de l'Est (1996), les situations professionnelles observées avant les stages peuvent s'intégrer dans les étapes d'activation, d'élaboration et d'organisation des connaissances afin de développer la compétence attendue et ce, avant l'étape de l'intégration. Ces situations peuvent être utilisées afin de confronter les connaissances antérieures des élèves et devenir ainsi un référent commun entre le personnel enseignant et l'effectif étudiant, à partir desquelles les connaissances seront transformées (Raymond, 2006). Le tableau suivant présente aussi le modèle de développement de la compétence du Pôle

de l'Est (1996). Nous y intégrons notre proposition d'utiliser les situations professionnelles sous forme de capsules vidéo dans l'enseignement lors des trois premières étapes du processus.

Tableau 4

Processus type d'apprentissage selon le modèle cognitiviste pour le développement des compétences

Étapes du processus	Caractéristiques
Activation	Éveil des acquis cognitifs et affectifs de l'élève en fonction de la compétence ou des connaissances à développer.
Élaboration	Établissements de liens par l'élève, justes ou erronés entre ce qu'il connaît et ce qu'il apprend ou ce qu'il cherche à comprendre comme phénomène.
Organisation	Structuration claire et juste des connaissances de l'élève.
Application	Utilisation, avec de l'aide, des connaissances conceptuelles ou déclaratives, procédurales et conditionnelles acquises en phase d'organisation.
Procéduralisation	Utilisation structurée des acquis dans des situations de plus en plus complexes afin de développer la capacité d'agir rapidement tout en étant efficace. Cette phase vise à rendre de plus en plus automatique la mise en œuvre des étapes nécessaires à la résolution de problèmes.
Intégration	Mise en œuvre des acquis reliés au développement de la compétence de façon de plus en plus autonome. L'intégration des apprentissages nouveaux à la structure des connaissances de l'élève et à sa façon d'aborder les situations à l'aide de sa nouvelle structure constitue la visée finale de l'apprentissage.

Tiré de : Pôle de l'Est (1996). *Processus de planification d'un cours centré sur le développement d'une compétence*. Québec : Bibliothèque nationale du Québec.

2.5.1 Synthèse des éléments du cadre théorique identifiés à partir du questionnement didactique

À la suite de notre questionnement didactique permettant la conception et la réalisation de la formation interculturelle courte, disponible en ligne, nous retenons pour chacun des pétales de la fleur didactique les principaux éléments identifiés dans notre cadre théorique. Clairement, ces concepts ou modèles deviennent les fondements à partir desquels nous développons notre formation interculturelle en ligne.

Les savoirs disciplinaires, transversaux et omniprésents dans les compétences du programme d'études Soins infirmiers et déterminants dans ses finalités, comportent les balises légales et déontologiques du rôle professionnel et s'inspirent du modèle McGill ainsi que des croyances et postulats retenus par l'OIIQ (Gouvernement du Québec, 2007).

Les savoirs à enseigner visent le développement de la compétence interculturelle, particulièrement les habiletés de décentration culturelle, nécessaires à la communication interculturelle. Selon le modèle de Papadopoulos, Tilki et Taylor (2001), cette habileté est acquise lors des deux dernières étapes du développement de la compétence interculturelle. La formation offre une façon concrète, avec l'utilisation du cadre d'analyse de Schwartz (1999), de mettre en pratique la décentration culturelle et permet l'identification des fondements culturels du rôle professionnel (autonomie, égalitarisme et maîtrise) et les soins transculturels.

Le troisième pétale de la fleur didactique nous rappelle que la prise en compte des connaissances antérieures dans le processus d'enseignement est un concept pédagogique crucial et que le corps enseignant doit prendre en compte les connaissances antérieures de sa nombreuse clientèle étudiante issue de l'immigration. Les différences de perceptions et d'attentes du rôle professionnel doivent être confrontées pour établir une cible commune à atteindre.

Le matériel didactique développé pour la formation interculturelle, afin d'intégrer les savoirs disciplinaires, les savoirs à enseigner et pour confronter les connaissances antérieures des étudiantes et étudiants consiste à présenter des situations professionnelles typiques, dans une approche technologique contemporaine en utilisant le format de capsules vidéo. Ces situations professionnelles, fondements du questionnement didactique et de l'enseignement technique selon le modèle de Raisky et Loncle (1993), servent à expliciter les valeurs culturelles impliquées dans le modèle professionnel et donner des exemples de soins transculturels.

Enfin, les stratégies d'enseignement sélectionnées pour donner forme à la formation interculturelle en ligne sont l'apprentissage par problèmes et l'analyse réflexive guidée, organisée en activités tutoriales pour les enseignantes et enseignants. Le *role modeling*, est utilisé dans les capsules vidéo de situations professionnelles en présentant le modèle d'une infirmière conforme aux balises disciplinaires et prodiguant des soins culturellement appropriés pour l'enseignement à l'effectif étudiant.

La figure 7 résume les éléments retenus dans le questionnement didactique et le cadre de référence permettant de réaliser notre formation interculturelle en ligne.

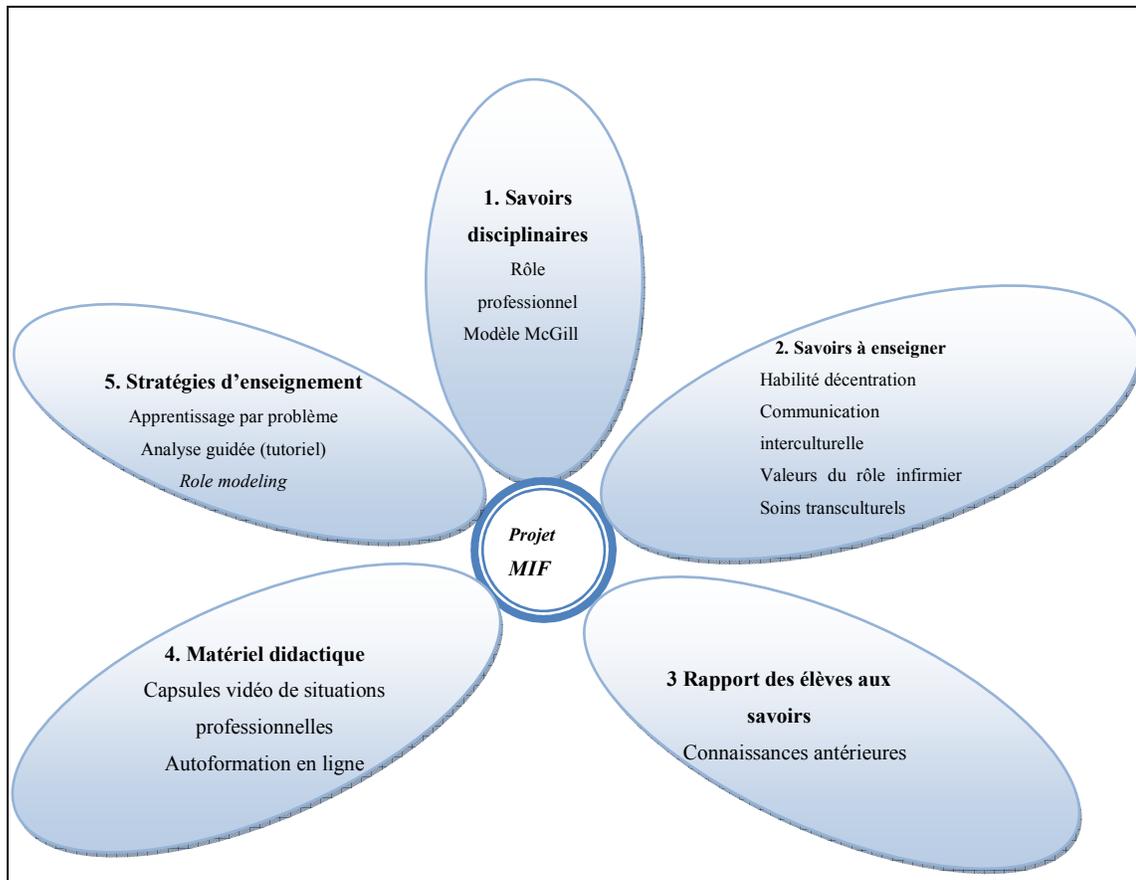


Figure 7 : Synthèse des éléments du cadre théorique retenus pour la conception et la réalisation de la formation interculturelle

2.6 Les objectifs de recherche

Nous sommes maintenant en mesure de résumer les objectifs de cet essai :

- Utiliser une démarche didactique pour la conception et la réalisation d'outils pédagogiques en vue du développement de la compétence interculturelle en préparation des stages de Soins infirmiers;
- Vérifier la correspondance du matériel et du cadre conceptuel développé;
- Expérimenter et évaluer le produit de formation auprès des pairs.

TROISIÈME CHAPITRE LA MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente la démarche de production de matériel pédagogique innovateur. Il présente le type de devis, la méthodologie utilisée pour concevoir et développer la formation interculturelle, les considérations éthiques que nous avons prises en compte ainsi que l'évaluation par quelques pairs du prototype de formation.

1. DEVIS : PRODUCTION DE MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE

Dans le cadre de la réalisation d'un essai professionnel, Paillé (2007) propose douze devis méthodologiques exemplaires à partir desquels peuvent être réalisés les projets de maîtrise. Le devis sélectionné, issu du pôle de l'innovation pédagogique, vise la production de matériel pédagogique, en l'occurrence une formation interculturelle s'adressant aux communautés enseignante et étudiante en Soins infirmiers. Ce devis de Paillé (2007) comporte sept étapes de réalisation, que cet essai respecte :

- 1- Explicitation du cadre conceptuel du matériel;
- 2- Choix et justification du support du matériel (audio, vidéo, écrit, informatique);
- 3- Choix et justification du format du matériel;
- 4- Mise en forme des activités pédagogiques;
- 5- Vérification de la correspondance entre les divers aspects;
- 6- Mise à l'essai du matériel ou évaluation par les pairs;
- 7- Réflexion sur l'activité de production.

Paillé insiste sur l'importance de la dernière étape du devis :

« Du côté de la communauté des chercheurs, l'apport le plus durable est celui de la réflexion sur l'activité même de production du matériel

(étape 7); en plus d'un produit, l'auteur de l'essai offre ainsi une pensée méthodologique. C'est donc dire que l'auteur ne va pas uniquement livrer un matériel pédagogique, il va également produire un essai expliquant comment s'est passé la construction du matériel, quels écueils il a rencontrés, comment il s'y prendrait à nouveau pour effectuer telle ou telle étape, etc. » (Paillé, 2007, p.142).

De plus, quelques-unes de ces étapes du devis comportent plusieurs aspects méthodologiques et éthiques que nous expliciterons dans ce chapitre.

Les trois premières étapes du devis de Paillé (2007) se retrouvent dans le cadre de référence du présent document. À cette étape méthodologique, il est ainsi déterminé que la formation interculturelle prendra la forme d'une autoformation en ligne, constituée notamment de capsules vidéo représentant des situations professionnelles et qu'elle explicitera les fondements culturels du modèle professionnel québécois de soins infirmiers ainsi que les valeurs culturelles de sa clientèle diversifiée, à l'aide du modèle de Schwartz (1999). Le plan de projet élaboré pour réaliser cette formation est disponible à l'annexe C.

1.1 Mise en forme des activités pédagogiques

Cette partie consistait à choisir un nombre de situations professionnelles reproduites sous forme de capsules vidéo, ces dernières étant par la suite analysées à l'intérieur du contenu de formation, pour enseigner la compétence interculturelle et pour préparer le stagiaire aux stages cliniques. Ainsi, les situations professionnelles sélectionnées devaient être rédigées sous forme de scénarios qui reflétaient fidèlement les contenus disciplinaires. Ainsi, les scénarios devaient être robustes et conformes à la pratique professionnelle des soins infirmiers au Québec, tout en démontrant les fondements culturels du modèle professionnel. Cette étape comportait un véritable défi de consensus, puisque la pratique infirmière varie selon les individus

et selon les milieux (Raghuram, 2007), à l'intérieur des paramètres légaux et déontologiques déjà expliqués.

1.1.1 Choix des situations professionnelles pour les capsules vidéo

Le choix des situations professionnelles a débuté par notre appropriation du programme d'études Soins infirmiers au collégial (180.A0) (Gouvernement du Québec, 2007). Notre propre attitude essentielle, concept didactique présenté dans le cadre de référence et qui influence la sélection du choix des contenus à enseigner, est intervenue dans le choix des compétences à illustrer. Les expériences cliniques, les expériences d'enseignement ainsi que notre perception des difficultés des étudiantes et étudiants dans le transfert théorie-pratique de certains apprentissages au cours des stages ont aussi été des éléments de notre réflexion lors de cette étape de sélection.

Comme expliqué précédemment, les situations professionnelles devaient impérativement démontrer les balises légales et déontologiques du rôle infirmier. Les situations devaient mettre en action le modèle de soins infirmiers McGill, démontrant explicitement ses postulats et valeurs (savoirs disciplinaires).

Les situations professionnelles choisies devaient de plus mettre en action des habiletés de décentration culturelle face à une clientèle multiculturelle ainsi que la prestation de soins transculturels.

Tenant compte de cet éventail de concepts, du modèle disciplinaire McGill, de notre expérience avec les apprenants en stages et enfin du budget disponible pour la production, nous avons ciblé cinq situations professionnelles à réaliser.

Les principales compétences retenues, l'argumentaire de ces décisions ainsi que les valeurs culturelles devant être illustrées par les scénarios sont exposés et

expliqués dans les cinq encadrés suivants. Les scénarios en format script sont présentés intégralement dans les annexes D à H.

Encadré 1

Scénario 1 : Soins d'hygiène à la personne âgée

- ❖ Compétence 01QM : Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement

1. Argumentaire : Avec le vieillissement de la population, l'omniprésence des personnes âgées dans tous les services de santé (soins à domicile, soins aigües, cliniques externes etc.), ainsi que la prévalence des déficits cognitifs liés aux maladies dégénératives, le choix de cette compétence est amplement justifié. Les soins d'hygiène sont effectués dès la première session d'enseignement, au cours du premier stage, dans le programme Soins infirmiers. De plus, l'étudiante ou l'étudiant aura la possibilité, dès la première année de sa formation, d'intégrer le réseau de la santé dans un rôle de préposé aux bénéficiaires, auprès de cette population.

Certains immigrants disent être confrontés au fait que beaucoup de personnes âgées sont en hébergement plutôt que dans leur famille, au Québec. De plus, les soins d'hygiène et l'intimité entre soignants et patients qu'ils imposent peuvent être sources d'importants chocs culturels.

2. Valeurs culturelles selon Schwartz (1999) :

Valeurs explicitées du modèle professionnel : Autonomie intellectuelle et affective. Dans cette capsule, le préposé exerce son rôle en prenant ses propres décisions, par exemple, concernant l'organisation de son travail ou la transmission d'observations à son infirmière responsable. Le soignant agit « par plaisir » démontrant la valeur de l'autonomie affective.

Valeurs directrices pour les soins transculturels : Autonomie intellectuelle et affective. Le bénéficiaire, bien qu'il présente des déficits cognitifs, est encouragé à préserver son autonomie et à effectuer le plus possible ce qu'il peut encore faire de ses soins d'hygiène pour lui-même. Ce patient d'origine française voudra conserver le plus longtemps possible son autonomie. C'est pour lui une question de dignité.

Encadré 2

Scénario 2 : Travail d'équipe et collaboration interdisciplinaire

- ❖ Compétence 01QD : Établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants

1. Argumentaire : À partir de ses connaissances antérieures, l'élève peut percevoir le fait de discuter d'un cas avec un médecin comme un manque de respect, réduisant ainsi le potentiel d'exercer le leadership infirmier attendu. Dans plusieurs sociétés, le médecin est le détenteur du savoir médical et en aucun cas sa parole et son jugement ne doivent être mis en doute. Cette perception peut faire en sorte que les apprenants auront de la difficulté à exercer, dans le contexte d'égalitarisme de la société québécoise, leur devoir de questionner les ordonnances médicales qui semblent inappropriées. L'affirmation de soi face aux médecins et aux autres professionnels dans un contexte de pratique en équipe interdisciplinaire est un défi. Pourtant, l'infirmière ou l'infirmier, dans ses fonctions de coordination, a à donner des directives de soins attendus (au plan thérapeutique infirmier), ce qui lui confère un certain statut hiérarchique, lié à la responsabilité, par rapport aux auxiliaires ou aux préposés. Cette hiérarchie souple (le leadership) est basée sur la qualification académique et non sur l'âge, l'expérience de travail, le sexe ou la race, ce qui peut être aussi différent de la hiérarchisation dans les pays d'origine.

2. Valeurs culturelles selon Schwartz (1999) :

Valeurs explicitées du modèle professionnel : Hiérarchie et égalitarisme. La notion de leadership infirmier est au cœur du scénario de cette capsule. Un exemple concret de ce savoir disciplinaire pourra aider l'étudiante ou l'étudiant à se positionner dans un processus collaboratif intra professionnel et interdisciplinaire lors des stages. Les nuances de rôles et les responsabilités distinctes y sont visibles.

Encadré 3

Scénario 3 : Relation fonctionnelle et aidante en situation préopératoire

❖ Compétence 01Q5 Établir une communication aidante avec la personne et ses proches

1. Argumentaire : La communication et plus spécifiquement la communication interculturelle sont au centre des savoir-faire et des savoir-être en Soins infirmiers. Cette compétence générale de la formation spécifique du programme est omniprésente dans toutes les activités de soins. Elle a pour critère de performance la prise en considération des caractéristiques socioculturelles des clients/familles. Les élèves ont toutefois beaucoup de difficulté à imaginer les nuances des différents types de communication et demandent eux-mêmes des exemples concrets d'application des stratégies, des attitudes aidantes, des techniques verbales et non-verbales enseignées. Cette capsule pourra démontrer un exemple concret de ces différents éléments.

2. Valeurs culturelles selon Schwartz (1999) :

Valeurs explicitées du modèle professionnel : la valeur de maîtrise, dans l'obtention, par exemple, du consentement libre et éclairé et dans l'adaptation des soins à la clientèle multiculturelle. La valeur d'égalitarisme est aussi présente dans la collaboration intraprofessionnelle.

Valeurs directrices pour les soins transculturels : Les valeurs d'autonomie intellectuelle et de conservatisme sont imagées dans les situations des deux clientes: la première pose beaucoup de questions alors que l'autre non. Pour la maîtrise et l'harmonie, la première cliente d'origine québécoise démontre un besoin de mettre en action des stratégies d'adaptation pour contrôler sa situation et apaiser son anxiété. La deuxième cliente, d'origine asiatique, dans la même situation préopératoire, démontre de la confiance envers sa fille, responsable de son bien-être et une acceptation sereine de sa situation.

Encadré 4

Scénario 4 : Administration de médicaments *per os* en pédiatrie

- ❖ Compétence 01QJ : Intervenir auprès d'enfants ainsi que d'adolescentes et adolescents requérant des soins infirmiers

1. Argumentaire : Cette compétence constitue notre spécialité enseignée en Soins infirmiers. Cette compétence touche l'organisation familiale et les relations homme femme, époux épouse et parents enfants. Dans plusieurs cultures, l'homme a une position hiérarchique supérieure à celle de sa femme, qui possède peu de pouvoir de décision et a un devoir de soumission. L'approche en pédiatrie doit tenir compte de la dynamique familiale et du rapport qu'ont les enfants avec les adultes. Par exemple, la société égalitariste accorde du pouvoir décisionnel aux enfants, ce qui favorise l'autonomie mais peut aussi engendrer, à la limite, son lot de difficultés familiales : enfant-roi, manque de respect, règles ambiguës.

2. Valeurs culturelles selon Schwartz (1999) :

Valeurs explicitées dans le modèle professionnel : l'infirmière en pédiatrie adopte fréquemment une approche basée sur l'autonomie affective. Elle utilise le jeu, les petits cadeaux et l'humour pour récompenser l'enfant qui collabore à ses soins. Face à sa responsabilité des traitements pharmacologiques de ses clients/familles, l'infirmière est dans la maîtrise et doit s'assurer de la prise des médicaments de son client hospitalisé. L'infirmière établit un partenariat avec les parents dans une approche de collaboration, chacun étant un partenaire dans la résolution du problème de santé de l'enfant. Établir un lien de confiance avec la famille est une étape importante pour construire cette relation égalitariste.

Valeurs directrices pour les soins transculturels : chez certaines familles arabes, le père est le responsable (maîtrise) de la santé de ses enfants. Le personnel infirmier retrouvera fréquemment le père au chevet de son enfant hospitalisé et aura plus souvent à communiquer les informations et à établir un partenariat avec ce dernier.

Encadré 5

Scénario 5 : Évaluation et enseignement postopératoire

❖ Compétence 01Q4 : Utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins ;

Compétence 01QA : Enseigner à la personne, à la famille et à ses proches

1. Argumentaire : L'activité principale du rôle infirmier, tel que défini par l'article 36 du Code des professions est l'évaluation des besoins de santé (Gouvernement du Québec, 2013a), par le biais de l'examen clinique, de l'évaluation de la douleur, et par l'utilisation d'autres outils d'évaluation.

Le modèle McGill prévoit une omniprésence de l'enseignement comme stratégie de prise en charge de sa santé par le client/famille. L'infirmière a le devoir déontologique de donner toute l'information nécessaire aux clients/familles afin qu'ils puissent faire des choix de santé éclairés. Cela découle de l'approche centrée sur le client, de l'éthique du soin et des pratiques valorisant l'autoprise en charge de sa santé par l'individu (Lévesque-Barbès, 2010), éléments clés des savoirs disciplinaires. Toutefois, dans les perceptions antérieures de certains élèves, le savoir et les connaissances appartiennent aux soignants. Le soigné, n'ayant aucune décision à prendre, n'a pas à poser de questions. C'est ainsi le cas dans des sociétés où la valeur de conservatisme est importante. De plus, les étudiantes et les étudiants ont peu de modèles concrets comment intégrer ces deux compétences de façon concomitante, dans une situation de soins. La capsule en fournira un exemple.

2. Valeurs culturelles selon Schwartz (1999) :

Valeurs explicitées dans le modèle professionnel : la valeur principale démontrée dans ce scénario est celle de l'égalitarisme, par la transmission des savoirs à la cliente, et de la maîtrise, par l'évaluation systématique des besoins de santé.

Valeurs directrices pour les soins transculturels : la cliente présente des comportements issus de la valeur d'égalitarisme, acceptant de collaborer avec l'infirmière, et de la maîtrise, acceptant la responsabilité de prendre sa santé en main.

Pour chacune de ces cinq compétences sélectionnées et analysées, l'étape de scénarisation a été complétée en décrivant les contextes de soins et en élaborant une mise en scène ainsi que les dialogues entre les différents personnages des scénarios. Toutes les interventions verbales et non-verbales devaient tenir compte des enjeux, du cadre légal, du cadre déontologique, des postulats et des valeurs du rôle infirmier selon le modèle McGill et des perspectives infirmières de l'OIIQ (Lévesque-Barbès, 2010). Comme décrit précédemment, la pratique infirmière pouvant être variable selon la formation, les différentes générations et les milieux de pratique, une importante étape de validation des savoirs disciplinaires contenus dans les scénarios a été mise en place. La section 1.2.1 du présent chapitre présente cette étape.

1.1.2 Choix des savoirs à enseigner

Le schéma suivant résume l'approche privilégiée pour l'utilisation par le corps professoral des capsules vidéo, en préparation aux stages cliniques. Les capsules vidéo sont des outils qui doivent faciliter l'intégration au rôle professionnel et aux équipes de soins multiculturelles en explicitant les valeurs culturelles du rôle. Les habiletés de décentration culturelle par l'utilisation de la grille d'analyse de Schwartz (1999), enseignées aux élèves, permettent la prestation de soins transculturels. L'application d'une stratégie de *role modeling*, en utilisant la capsule vidéo, ainsi que la confrontation des connaissances antérieures des étudiantes et des étudiants en la visionnant, permettent l'exploration collaborative et l'explicitation des apprentissages souhaités afin de favoriser la réussite du stage.



Figure 8 : Modèle de formation interculturelle contribuant au développement de la compétence interculturelle et à l'intégration du rôle professionnel en Soins infirmiers, en préparation aux stages cliniques

Tiré de : Fournier, V. (2012a). Formation interculturelle : Modeler, intégrer et favoriser la réussite (MIF). Montréal : Cégep de Saint-Laurent. Site internet téléaccessible à l'adresse <<http://www.cegep-st-laurent.qc.ca/soins/formation-em/>>.

La représentation de la figure 8 a servi de point de départ méthodologique pour le choix des contenus du projet d'autoformation en ligne MIF. Ce modèle représente plusieurs concepts de notre cadre de référence, notamment l'utilisation d'une stratégie de *role modeling*, la gestion du choc culturel en positionnant cette expérience comme une occasion d'apprendre, la communication interculturelle et les soins transculturels.

Cette étape du projet consistait donc à élaborer le contenu de l'autoformation en ligne à l'intention du personnel enseignant qui utiliseraient les capsules vidéo dans

leur enseignement des différentes facettes de la compétence interculturelle. Rappelons ici que le contenu de formation a été développé principalement pour l'explicitation des valeurs culturelles dans les situations professionnelles et pour le développement de l'habileté professionnelle de l'infirmière et infirmier à prodiguer des soins culturellement adaptés, comme défini dans le modèle intégré de Papadopoulos, Tilki et Taylor (2001) et de Lemay (1996), présenté à la figure 5. Ce contenu disciplinaire se veut complémentaire aux connaissances enseignées par d'autres spécialistes en interculturel (sociologie, psychologie, anthropologie). La formation vise l'atteinte des étapes de la compréhension et de la sensibilité culturelle par le corps professoral afin de former les étudiantes et les étudiants à prodiguer des soins transculturels et à établir la communication interculturelle avec les clients/familles lors des stages cliniques.

Les activités d'apprentissage et le contenu de l'autoformation en ligne accompagnant les capsules vidéo ont été élaborées à partir de plusieurs éléments du cadre de référence du présent essai. La formation interculturelle est articulée autour de quatre principaux axes de développement de la compétence, présentés dans la figure 9 qui suit :

La compétence interculturelle à développer en enseignement

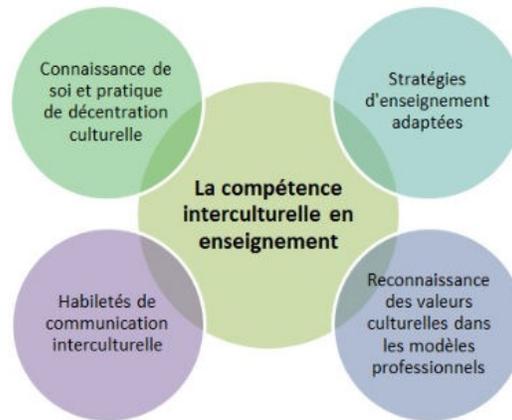


Figure 9 : Développement de la compétence interculturelle en enseignement des soins infirmiers par le biais de la formation MIF

Tiré de : Fournier, V. (2012a). Formation interculturelle : Modeler, intégrer et favoriser la réussite (MIF). Montréal : Cégep de Saint-Laurent. Site internet télé-accessible à l'adresse <<http://www.cegep-st-laurent.qc.ca/soins/formation-em/>>.

Le format retenu pour la formation en ligne a été de scinder le contenu en quatre modules de formation, permettant ainsi de suivre la formation en plusieurs moments différents. Ce format offre une souplesse additionnelle à l'enseignante ou l'enseignant dans la réalisation de sa formation.

Les quatre modules de formation se déclinent ainsi :

Le premier module présente la figure 9 ainsi que la problématique liée à l'enseignement des soins infirmiers à Montréal et à son effectif étudiant en grande partie en situation d'immigration récente, afin de bien situer le besoin de formation et favoriser la participation des enseignantes et des enseignants aux activités de formation. Ce module positionne la pertinence de développer la compétence interculturelle autant chez l'enseignante ou l'enseignant dans sa fonction que chez l'étudiante ou l'étudiant pour réaliser ses stages du programme Soins infirmiers.

Les éléments de la compétence interculturelle en enseignement, présentés dans le premier module de formation sont :

- Reconnaître la nécessité d'adapter sa pédagogie aux besoins d'apprentissage particuliers de la clientèle étudiante d'immigration récente dans les programmes en santé;
- S'engager dans sa formation.

Le module 2 se concentre sur l'axe des stratégies d'enseignement adaptées en présentant au personnel enseignant des modèles de développement de la compétence, la stratégie du *role modeling* (Bandura, 1977), et des propositions d'intégration des capsules vidéo dans l'enseignement.

Les éléments de compétence pour le deuxième module de formation sont les suivants :

- Identifier les théories basées sur l'apprenant et les étapes nécessaires aux apprentissages;
- Reconnaître les particularités de l'apprentissage pour la population étudiante immigrée récemment;
- Se familiariser avec des modèles de développement de compétences;
- Situer la contribution des capsules vidéo dans ces modèles.

Les théories de l'apprentissage et les impacts possibles de la situation d'immigration récente sur les apprentissages sont explorés (rapport aux savoirs des élèves, selon le questionnement didactique). La prise en compte des connaissances antérieures et la confrontation des perceptions, afin d'établir un modèle et une finalité professionnels communs comme cibles à atteindre est un enjeu de réussite.

Ce module se termine avec une situation d'apprentissage par problème à réaliser favorisant le transfert des apprentissages du module selon l'étape de

l'application du modèle du Pôle de l'Est (1996) par le corps professoral lui-même en apprentissage.

Le troisième module regroupe les trois autres axes de développement de la compétence interculturelle qui concernent la connaissance de soi et les habiletés de décentration culturelle, la reconnaissance des valeurs culturelles dans les modèles professionnels et les habiletés de communication interculturelle. Pour développer la compétence, ce module présente le cadre d'analyse culturel de Schwartz (1999). Ainsi, les éléments de compétence développés par ce module sont :

- Identifier ses principales valeurs culturelles;
- Mettre en pratique une approche culturellement décentrée dans son enseignement;
- Identifier les valeurs culturelles sous-jacentes aux pratiques et savoir-être des modèles professionnels;
- Être en mesure d'identifier les valeurs culturelles chez l'étudiante ou l'étudiant et apprécier la distance culturelle à parcourir pour intégrer les modèles professionnels;
- Identifier le choc culturel chez l'étudiante et l'étudiant, et son impact sur les apprentissages en stage.

La méthode d'application proposée est présentée à l'aide d'activités d'apprentissage sous forme de tutoriel, regroupant cinq activités distinctes et réflexives à réaliser. Quelques connaissances déclaratives sont intégrées au module de formation, notamment une définition de la culture, les caractéristiques du choc culturel et de la communication interculturelle. Toutefois, rappelons que cette formation s'inscrit dans les dernières étapes de développement de la compétence interculturelle du modèle de Papadopoulos, Tilki et Taylor (2001) et dans le développement des habiletés selon le modèle de Lemay (1996). Ainsi, l'auteure rappelle certaines connaissances déclaratives mais la formation MIF s'inscrit dans le

développement d'habiletés professionnelles en stages qui s'appuient sur des connaissances déjà acquises dans des cours donnés par les disciplines contributives.

Dans le quatrième module de formation, les situations professionnelles sous forme de capsules vidéo sont analysées de façon guidée, en explicitant les valeurs par l'identification et l'analyse des comportements qui y sont associés, comme le conçoit le modèle de Raisky et Loncle (1993). Les éléments de compétence développés avec le quatrième module de formation sont :

- Identifier les valeurs culturelles sous-jacentes aux comportements et aux éléments de savoir-être présents dans les capsules;
- Identifier les autres éléments pédagogiques à exploiter présents dans les capsules;
- Être conscient des questionnements et des chocs culturels suscités par la présentation des capsules chez les étudiantes et les étudiants d'immigration récente;
- Intégrer l'utilisation des capsules vidéo dans son enseignement.

En complément, ce module propose plusieurs pistes de discussion pour l'enseignante et l'enseignant avec son groupe de stage, à partir des situations observées et des savoirs, savoir-faire et savoir-être en action dans la situation professionnelle. Chacune de ces situations se termine par des commentaires d'un groupe étudiant, immigré récemment, à qui nous avons fait la lecture des scripts. Certains de ces commentaires mettent en valeur le rapport des élèves aux savoirs. En voici un exemple pour la première capsule de soins d'hygiène à la personne âgée :

Tableau 5

Exemple de commentaires d'un groupe étudiant et pistes de discussion proposées au corps professoral

Citations (ce que les élèves du groupe de validation en ont dit)	Quoi faire comme enseignante ou enseignant
« Ce n'est pas bien de s'informer sur sa fille, l'intervenant tisse un lien d'amitié plutôt qu'un lien professionnel avec le patient »	Retour sur les notions déontologiques et professionnelles concernant la différence entre le lien professionnel socio affectif, l'évaluation du réseau de soutien et les liens d'amitié.
« Je suis choquée que sa fille ne le visite pas plus souvent »	Discussion sur le contexte des familles au Québec, les choix de société concernant les aînés, l'intégration au travail, les aspects de la conciliation travail-famille-parents âgées.
« Je n'aurais pas laissé le client seul, il est ma responsabilité »	Est un exemple concret où l'exercice du jugement professionnel pour évaluer si le client peut rester sans surveillance ou non est primordial.
« Il le laisse seul car il a fait une bonne évaluation de ses capacités avant »	

Tiré de : Fournier, V. (2012a). Formation interculturelle : Modeler, intégrer et favoriser la réussite (MIF). Montréal : Cégep de Saint-Laurent. Site internet téléaccessible à l'adresse <<http://www.cegep-st-laurent.qc.ca/soins/formation-em/>>.

1.1.3 Réalisation et production des capsules vidéo

L'étape suivante consistait à convertir en capsules vidéo les situations professionnelles sous forme de scripts, réalisés et produits par une équipe technique.

Une étape de présentation de projet, pour demande de financement, a été réalisée en soumettant la demande à la Table Interordres d'enseignement régionale Éducation Montréal. Un budget de production a été alloué, avec la participation financière du Cégep de Saint-Laurent et de l'École des métiers des Faubourgs-de-Montréal (ÉFMF) de la Commission scolaire de Montréal (CSDM).

La recherche du réalisateur a débuté par une demande de soumissions à plusieurs candidates et candidats potentiels. Trois rencontres ont eu lieu. Le réalisateur a été choisi pour sa compréhension du projet, ses valeurs humanistes, le coût raisonnable demandé et ses réalisations antérieures. Un contrat de gré-à-gré a été

signé, après entente sur le devis technique (annexe I). Le réalisateur a été responsable de mettre en place une équipe de réalisation comprenant les ressources suivantes :

- Une assistante technique (maquillage, décors);
- Une assistante-réalisatrice (horaire, gestion du plateau);
- Un caméraman;
- Un preneur de son.

Les interprètes devaient représenter l'origine diversifiée des ressources humaines en soins de santé ainsi que l'âge et l'origine des clients/familles. Les interprètes ont été recrutés à partir de différents groupes : enseignantes et enseignants, finissantes et finissants et étudiantes et étudiants du programme d'études Soins infirmiers, interprètes professionnels et retraités.

Les interprètes sélectionnés ont signé une entente de cessation des droits de diffusion et ont reçu les scripts une semaine avant une première répétition pour la *mise en bouche* du texte. Cette répétition a aussi été l'occasion de créer une synergie entre les interprètes et l'équipe de réalisation et de production. Une complicité s'est rapidement développée dans l'équipe, notamment en communiquant les objectifs du projet dans une perspective sociale, soit la réussite de l'intégration des immigrantes et immigrants en emploi.

La deuxième répétition a eu lieu une semaine plus tard, après que les interprètes aient mémorisé les textes. La répétition a comporté des activités de mise en scène et d'ajustements de dialogues.

Les lieux physiques pour le tournage ont fait l'objet d'un premier repérage. La direction des communications du Centre Universitaire de Montréal (CHUM) ainsi que l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) ont été des agents facilitateurs pour l'accessibilité des lieux et ont fourni une partie du matériel

de soins nécessaire à la réalisation des décors. Une unité d'ophtalmologie désaffectée et une chambre de médecine d'une unité de soins ont été utilisées comme lieux de tournage. D'autres éléments de décors ont été élaborés par l'assistante technique et la chercheuse afin de recréer le plus fidèlement possible les milieux de soins, pour chacun des scénarios.

Les cinq capsules vidéo ont requis trois jours complets de tournage. Des étapes de montage vidéo et de validation du montage, pour s'assurer de la conformité des situations professionnelles avec la pratique professionnelle, ont suivi. Des éléments sonores ont été ajoutés aux capsules afin d'explicitier davantage certaines valeurs culturelles. Comme exemple, citons une musique plutôt jazzée pour créer une ambiance d'autonomie affective dans l'environnement de travail de la deuxième capsule (travail d'équipe et collaboration interdisciplinaire).

L'étape d'intégration Web du contenu de la formation interculturelle a par la suite débuté, en collaboration avec les ressources informatiques du cégep de Saint-Laurent. Les étapes de mise en forme des activités d'apprentissage ont été effectuées. Des éléments graphiques ont été sélectionnés à partir du site internet « istockphoto » et des photographies libres de droit, disponibles dans les banques numériques du service des communications du Cégep de Saint-Laurent. Le logiciel Tactic éditeur, de la compagnie Édu-Performance, a été choisi pour sa convivialité, son graphisme et l'expertise déjà développée par les ressources informatiques contribuant au projet. Les capsules vidéo ont été intégrées en format « .mov » à l'intérieur même du quatrième module de formation. Le site hôte a été sélectionné, étant la page d'accueil du département de Soins infirmiers du cégep de Saint-Laurent. La formation est disponible maintenant à toutes les communautés enseignante et étudiante des programmes de soins infirmiers, et ce gratuitement, à partir du site <<http://www.cegep-st-laurent.qc.ca/soins/formation-em>>.

1.2 Consultations et étapes de mises à l'essai par les pairs

1.2.1 Consultations des pairs

Une fois écrits par la chercheuse, les cinq scénarios ont été soumis à la critique d'une dizaine d'enseignantes et d'enseignants, de toutes origines culturelles et d'expériences d'enseignement, du département de Soins infirmiers du Cégep de Saint-Laurent. Une deuxième dizaine d'enseignantes et d'enseignants et deux conseillères pédagogiques du secteur de la formation professionnelle ont aussi contribué, pour les rôles de préposés aux bénéficiaires et d'auxiliaires présents dans les scénarios. Finalement, quelques ressources cliniques pratiquant les soins infirmiers dans trois établissements de santé ont collaboré pour finaliser cette étape. La consultation portait sur trois questions et quelques sous-points :

1. Est-ce que le scénario et le contexte dans lesquels se déroule l'action sont conformes à la pratique?
 - a. Pratique : savoir-être attendu;
 - b. Attitudes/comportements professionnels;
 - c. Modèle McGill.

2. Est-ce que les personnages et les dialogues développés vous semblent pertinents et appropriés?
 - a. Évidence des différences culturelles et de la décentration;
 - b. Réalisme et langage courant dans la pratique.

3. De tout ordre, dans le scénario, y-a-t-il des éléments à ajouter?

Suite à ces questions, chacune des personnes consultées a remis les documents de scénarios écrits annotés de commentaires et de corrections suggérées. Un bilan a

été effectué et les corrections appropriées ont été apportées aux scénarios. Rappelons que les scripts intégraux sont disponibles, en format réalisation, dans les annexes D à H du présent document.

Un constat a émané, suite à cette consultation. Nul ne pouvait nommer les valeurs culturelles explicitées dans les situations professionnelles. Ainsi, la décentration culturelle pour expliquer le rôle professionnel ou les soins transculturels ne va pas de soi. Ce constat nous a fait réaliser la nécessité absolue d'accompagner les capsules vidéo de la formation interculturelle. En effet, les capsules disponibles, par exemple, sur support DVD, pouvant autrement être utilisées pour enseigner les savoirs disciplinaires, alors que notre questionnement didactique démontre une autre intention. Nos savoirs à enseigner ont été identifiés comme étant ceux liés à la compétence interculturelle, à la décentration culturelle et à la communication interculturelle.

Une deuxième étape de consultation, cette fois pour le contenu de formation, a été aussi impérative. Deux conseillers pédagogiques, un spécialiste en interculturel et l'autre en pédagogie et en recherche, ainsi qu'une enseignante en anthropologie et un enseignant en français ont participé individuellement à la révision. Les personnes ont fait la lecture et ont commenté directement les fichiers *Power Point* du contenu des quatre modules de formation. La consultation portait sur la révision linguistique, le contenu interculturel et les activités pédagogiques utilisées. Des ajouts de contenu ont été proposés. Le contenu de formation a ainsi été bonifié selon les commentaires reçus.

1.2.2 Mises à l'essai par les pairs

1.2.2.1 Considérations éthiques. La quatrième partie de cet essai, la réflexion sur l'activité même de production de matériel, relatera les difficultés rencontrées lors de l'obtention des certificats d'éthique en recherche dans le réseau

collégial montréalais et les difficultés de recrutement de participants afin de réaliser la partie évaluative de cet essai, justifiant leur petit nombre.

Pourtant, en accord avec Paillé (2007), cette étape doit avoir lieu, même avec un petit échantillon de volontaires :

« Cette étape ne saurait cependant être escamotée; il en résulterait, chez l'auteur, un sentiment d'incomplétude, et, chez le lecteur, un doute quant à la valeur du matériel. » (Paillé, 2007, p. 143)

Comme le stipule la pratique en recherche, des demandes de certificats d'éthique ont été effectuées auprès des cégeps des participantes et des participants potentiels. Deux certifications éthiques ont été obtenues, après présentation du dossier de recherche, auprès du cégep de Maisonneuve et du cégep de St-Laurent (annexe J). Le cégep de Bois-de-Boulogne a accepté la démarche de recrutement de la chercheuse auprès des enseignantes et des enseignants de Soins infirmiers après réception du certificat d'éthique en recherche du cégep de Maisonneuve.

Des rencontres de présentation du projet ont eu lieu dans les trois collèges afin de bien expliquer la recherche et ses objectifs, ainsi que les moyens mis en place pour le maintien de la confidentialité.

Des documents d'informations comportant les grandes lignes du projet et de son processus ont été remis afin d'obtenir des consentements libres et éclairés (annexe K). Les pairs participant à l'évaluation ont signé le formulaire de consentement adapté selon les critères des établissements d'enseignement. À tout moment, les pairs ont été libres de quitter la recherche. Un exemple de formulaire de consentement élaboré est présenté à l'annexe K.

Peu d'enseignantes et d'enseignants ont accepté de participer à la recherche, ce qui a produit un petit échantillon non-probabiliste constitué par volontariat (N=5). Ces pairs ont eu à compléter la formation MIF en ligne. Une enseignante s'est désistée en n'effectuant pas la formation à l'intérieur des balises de temps allouées, réduisant l'échantillon (N=4).

Tous les questionnaires complétés ont été codifiés et aucune donnée nominative ne sera transmise lors de la diffusion des résultats de la recherche; seront toutefois mentionnés les noms des cégeps et des programmes d'appartenance des pairs ayant participé à l'évaluation.

Les pairs ayant participé à l'étape de mise à l'essai sont trois enseignantes du cégep de Saint-Laurent et une enseignante du cégep de Bois-de-Boulogne. Celles-ci enseignent en première et en troisième année du programme de formation, dans les secteurs de la médecine, de la chirurgie et de la santé mentale.

1.2.3 Première étape de mise à l'essai hors ligne

Une première étape de validation de la formation interculturelle a eu lieu avant sa mise en ligne publique avec deux enseignantes volontaires du groupe précédemment décrit. Cette première étape de validation, avant la mise en ligne de la formation, a été réalisée en mai et en juin 2012.

Cette première étape de validation avait pour objectifs :

- Évaluer le temps de formation requis, par module;
- Évaluer l'aspect technique de la formation et décrire les difficultés techniques rencontrées;

- Valider la correspondance entre le contenu de formation et le développement des éléments de compétence ciblés, par module;
- Recueillir des commentaires ou recommandations permettant d'améliorer le contenu ou le format de la formation en ligne.

1.2.3.1 Outils de validation. La partie de mise à l'essai du projet hors ligne a utilisé un questionnaire auto-administré, envoyé par courriel aux deux volontaires. Les deux enseignantes ont effectué la formation en ligne MIF lors de la réception du questionnaire (présenté à l'annexe L). Les questionnaires ont été complétés selon les consignes, au fur et à mesure qu'elles effectuaient la formation, en inscrivant le temps consacré à la réalisation individuelle des modules. Le questionnaire rappelle les éléments de compétence des modules (présentés à la partie 1.1.2 du présent chapitre) et en évalue leur développement individuel selon une échelle de Likert (1932) à trois valeurs:

1. Développement total;
2. Développement partiel;
3. Aucun développement.

La deuxième partie de cet outil de validation mesure la correspondance entre le contenu et les éléments de compétence visés par le module de formation, avec plusieurs énoncés affirmatifs, dont l'accord ou le désaccord est mesuré avec une échelle de Likert (1932) à cinq valeurs :

- 1- Pas du tout d'accord;
- 2- Pas d'accord;
- 3- Ni en désaccord ni d'accord;
- 4- D'accord;
- 5- Tout à fait d'accord.

1.2.3.2 Les résultats de la validation. Les questionnaires ont fait l'objet d'une compilation de réponses et d'une compilation de fréquence de réponses. Le tableau 6 résume les données ayant permis de valider le temps requis pour la réalisation de la formation.

Tableau 6

Comparaison entre le temps de formation estimé et le temps réel effectué par les sujets, par module de formation MIF

Modules de formation	Temps de formation estimé	Temps de formation réel
Module 1	15 minutes	S1 : 11 minutes S2 : 15 minutes
Module 2	20 minutes	S1 : 17 minutes S2 : 20 minutes
Module 3	75 minutes	S1 : 64 minutes S2 : 50 minutes
Module 4	110 minutes	S1 : 75 minutes S2 : 80 minutes
Temps total	220 minutes	S1 : 167 minutes S2 : 165 minutes

Un écart est observé entre le temps estimé et le temps réel de 20 % inférieur. Le petit échantillon de sujets n'a pas justifié que les temps estimés soient révisés à la baisse. La chercheuse a préféré garder le temps estimé tel quel, pour des raisons de planification et d'organisation. Un temps prévu excédent impliquant moins de conséquences d'insatisfaction qu'un temps prévu insuffisant.

Ces temps estimés sont présentés au début de chacun des modules de l'autoformation en ligne, permettant sa réalisation en une demi-journée, une journée (avec lectures complémentaires afin de compléter sept heures de formation, discuté dans le quatrième chapitre de l'essai) ou de façon fragmentée, par module. Cette flexibilité répond aux exigences de l'emploi du personnel enseignant en Soins infirmiers, ayant peu de temps et dont la libération pour des activités de formation n'est pas toujours possible.

L'évaluation de l'atteinte du développement des éléments de compétences, par module, a démontré que le sujet 2 (S2) a développé en totalité, selon ses réponses, les éléments de compétence présentés dans les différents modules de formation. Le développement partiel de certains éléments de compétence, identifiés par le sujet 1 (S1) est présenté dans le tableau suivant :

Tableau 7

Identification des éléments de compétence partiellement développés par S1

Modules de formation MIF	Développement partiel
Module 2	Reconnaitre les particularités de l'apprentissage pour la population immigrée récemment
Module 3	Identifier les valeurs culturelles sous-jacentes aux pratiques et savoir-être professionnel; Être en mesure d'identifier les valeurs culturelles chez l'étudiante ou l'étudiant et apprécier la distance culturelle à parcourir pour intégrer les modèles professionnels.

En se référant à notre modèle intégré issu des recherches de Papadopoulos, Tilki et Taylor (2001) et de Lemay (1996), présenté à la section 2.2.2 du présent document, S1 autoanalyse que pour progresser dans le développement de sa compétence interculturelle, elle nécessitera des formations complémentaires. Elle cible l'acquisition de connaissances et d'habiletés supplémentaires en interculturel afin de progresser et d'adapter plus efficacement ses enseignements à la population étudiante immigrante.

En ce qui a trait à la correspondance du contenu de la formation et les apprentissages visés, S2 a identifié le module 2 comme celui qui présentait un contenu de formation moins pertinent que les autres pour ses besoins de formation interculturelle. Pour S1, ce sont les activités d'apprentissage proposées sous forme de tutoriel qui ont été moins pertinentes. Toutefois, pour l'ensemble des réponses des deux sujets, chacun des énoncés des quatre modules ont été évalués en accord ou tout à fait en accord selon l'échelle de Likert (1932) utilisée. La correspondance entre les besoins de formation et le contenu de formation développé nous a semblé adéquat et ne nécessitant pas d'ajout ou de modification à cette étape de développement du projet.

Quelques commentaires des sujets de la validation nous semblent pertinents à intégrer textuellement :

« Je recommande fortement cette formation. Elle pourrait s'étendre aux établissements de santé » (S1).

« Je vois plein d'occasions d'intégrer les capsules vidéo dans mon enseignement et dans différents numéros de cours (soins d'hygiène, soins postopératoires, douleur, examen clinique, communication, fonction de travail etc.) » (S2).

Les deux enseignantes ont particulièrement apprécié un article de revue scientifique intégré au module 3 concernant l'adaptation des stratégies

pédagogiques à une clientèle immigrée récemment (Waltky, Rooke, Harder et Forbes, 2009) :

« Je garde un aide-mémoire fait du tableau synthèse « Quelques stratégies pour la classe » en page 4 du document. Excellent » (S1).

« Article super intéressant...à quand l'application de toutes ces stratégies au collègue? » (S2).

1.2.4 Deuxième étape de validation en ligne

La deuxième étape de validation a eu lieu entre les mois de février et d'avril 2013. Deux sujets ont participé à cette étape en complétant le deuxième questionnaire auto-administré immédiatement après leur formation en ligne. Cette deuxième étape de validation avait pour objectifs :

- Évaluer la satisfaction de l'apprenant suite à sa formation en ligne;
- Évaluer le format de l'autoformation en ligne;
- Évaluer la perception de ses apprentissages effectués à l'aide de l'autoformation en ligne.

Une étape d'évaluation du transfert des apprentissages dans la pratique d'enseignement et d'encadrement en stage avait été prévue dans le devis initial de l'essai mais n'a pas eu lieu, faute de sujet. La partie réflexive de cet essai analysera cette difficulté de recrutement.

1.2.4.1 Les outils de validation. Le deuxième questionnaire a été complété par les deux autres enseignantes immédiatement après la réalisation de la formation. Rappelons que ce questionnaire visait à évaluer la satisfaction et la perception

des apprentissages réalisés, selon le modèle de Kirkpatrick (1959). Ce questionnaire est présenté à l'annexe M.

Le questionnaire a été conçu en deux sections distinctes. La première section recueille des données sur le participant (âge, sexe, nombre d'années en enseignement, enseignement à quelle session du programme, spécialité, cégep de provenance, connaissance de la clientèle étudiante immigrante dans son programme), alors que la deuxième section comporte des questions sur la satisfaction de l'expérience de formation en ligne. Le questionnaire est composé d'une combinaison de questions ouvertes et fermées et d'affirmations à évaluer selon une échelle de Likert (1932) à cinq valeurs. Une troisième partie évalue la perception de l'enseignante sur le développement de sa compétence, à l'aide d'une échelle numérique de 0 à 10, appliquée dans l'évaluation préalable à la formation d'éléments de compétence interculturelle et suite à la formation (pré-test/post-test).

1.2.4.2 Les résultats de la validation. Concernant l'évaluation de la satisfaction de la formation, la compilation des résultats démontre une satisfaction élevée (en accord ou tout à fait en accord) pour la majorité des affirmations évaluées. Dans le cas du sujet 3 (S3), quatre affirmations ont obtenu la réponse « plus ou moins en accord ». Il s'agit des affirmations suivantes :

- Énoncé c) Les exercices proposés sont pertinents;
- Énoncé g) Le contenu de la formation est suffisant pour savoir reconnaître les valeurs culturelles présentes dans le modèle professionnel de soins infirmiers;
- Énoncé h) Le contenu de formation est suffisant pour être en mesure de reconnaître le choc culturel;

- Énoncé i) Le contenu de formation est suffisant pour développer la communication interculturelle.

Ces résultats nous démontrent que la formation MIF à elle seule ne peut combler tous les besoins en terme de connaissances et d'habiletés nécessaires au développement de la compétence interculturelle.

La partie de l'évaluation du format d'autoformation en ligne présente un haut taux de réponse « en accord » ou « tout à fait en accord » chez les deux sujets.

À l'appréciation générale de la formation, les deux sujets ont répondu être « en accord » avec l'énoncé de satisfaction générale et la recommandation de la formation à des collègues de travail.

La partie évaluant la perception des apprentissages démontre, globalement, que les deux sujets évaluent avoir progressé dans leur compétence interculturelle avec la formation en ligne MIF. Pour S3, la progression a été la plus importante dans l'élément de compétence :

- b) identifier et expliciter les valeurs culturelles des modèles professionnels (de 5 à 8 sur l'échelle numérique).

Pour le sujet 4 (S4), la progression de quatre points à l'échelle numérique a été la plus notable dans le même élément de compétence (de 3 à 7), en plus des éléments :

- identifier mes principales valeurs culturelles (de 4 à 8);

- c) être en mesure d'identifier les valeurs culturelles chez l'étudiante ou l'étudiant et apprécier la distance culturelle à parcourir pour intégrer les modèles professionnels (de 5 à 9).

Le transfert anticipé dans la pratique enseignante des apprentissages de S4 se fera plutôt auprès de sa famille et de ses patients, selon ses réponses. S3 est plus ou moins en accord avec l'utilisation des capsules vidéo dans la préparation de ses étudiantes et étudiants pour les stages, mais est en accord ou totalement en accord avec les autres énoncés (amélioration des habilités de communication interculturelle). Le fait que S3 n'enseigne pas en stage dans les contextes présentés dans les capsules vidéo explique cette réponse.

En conclusion de cette étape de validation de la formation MIF, voici quelques commentaires de S3 et de S4 concernant les points forts de la formation interculturelle ainsi que les améliorations souhaitées :

« Contenu facile à comprendre, bien amené, bien présenté, bien vulgarisé. Visuel très intéressant et varié, les capsules en savoir plus sont pertinentes et les textes en ajout complètent bien dans l'ensemble. Les acteurs des capsules sont bons particulièrement la souriante infirmière »(S3).

« Capsules vidéo et enseignement par module » (S4).

« Introduire des personnes de différentes cultures qui nous informeraient sur les différents aspects culturels qu'ils connaissent ainsi que les défis que le travail en inter culturalisme représente pour eux. Ce faisant nous pourrions les comprendre et les aider davantage. Peut-être introduire une capsule en santé mentale car c'est un milieu dans lequel les croyances culturelles reliées à la façon de percevoir la maladie mentale varient beaucoup » (S3).

« Petites choses techniques. Être capable de retourner en arrière plus facilement dans les autres modules » (S4).

QUATRIÈME CHAPITRE

RÉFLEXION SUR L'ACTIVITÉ MÊME DE PRODUCTION DU MATÉRIEL

Cette section termine l'essai et présente les défis et enjeux rencontrés lors de la réalisation du projet de formation interculturelle en ligne. Elle présente les hypothèses de la chercheuse quant aux raisons de ces difficultés ainsi que des pistes de solution pour la réalisation d'un projet similaire.

1. DÉFIS ET ENJEUX RENCONTRÉS

1.1 Démarches pour l'obtention des certificats d'éthique en recherche

L'obtention des certificats d'éthique en recherche, nécessaires aux activités de recrutement de sujets afin de procéder à la mise à l'essai de la formation, a été un véritable défi pour la chercheuse et cette étape s'est prolongée sur plusieurs mois. Aucune uniformité n'existe dans le réseau collégial concernant les politiques institutionnelles pour la recherche. Ainsi, certains collèges ont des comités d'éthique en recherche (CÉR) et d'autres n'en avaient pas encore. Certains cégeps affichent clairement les démarches devant être effectuées pour l'obtention du certificat d'éthique, d'autres pas.

Plusieurs enseignantes d'un département de soins infirmiers d'un collège avaient informellement signifié à la chercheuse leur intérêt pour la formation interculturelle, au début de sa conception. Lorsque les démarches ont été amorcées auprès du collège, plusieurs semaines ont été nécessaires pour obtenir réponse quant à la procédure à réaliser pour l'obtention du certificat d'éthique en recherche. Finalement, la proposition de recherche a été officiellement refusée par le collège,

toute demande de certificat d'éthique en recherche impliquant des frais de gestion de dossier pour l'établissement afin de faire effectuer, par un organisme externe, l'étude de la demande. Nous avons ainsi appris tardivement que les activités de recherche du programme de maîtrise en enseignement au collégial de l'Université de Sherbrooke (PERFORMA), autres que celles de leurs employés, sont automatiquement refusées.

Nous avons dû attendre plusieurs semaines avant de pouvoir présenter le dossier de notre demande au collège de Maisonneuve, le CÉR se réunissant à dates fixes. Les démarches auprès du CÉR du collège de Maisonneuve ont toutefois porté fruit, après avoir présenté les formulaires complétés et autres documents demandés pour l'étude du dossier. Le collège de Maisonneuve étant le plus gros collège offrant le programme Soins infirmiers à Montréal, ce bassin de recrutement était prometteur.

Le cégep Bois-de-Boulogne a accepté d'utiliser le certificat d'éthique en recherche émis par le cégep de Maisonneuve, n'ayant pas à ce moment de CÉR. Les démarches ont été effectuées auprès de la direction des études du collège.

Le cégep de Saint-Laurent a émis une certification éthique en utilisant les mêmes formulaires complétés que ceux soumis au cégep de Maisonneuve, en demandant quelques documents complémentaires, notamment un document présentant les références bibliographiques de l'essai.

Toutes ces procédures différentes, les délais de retour d'appel, la recherche sur les sites des collèges, les délais de traitements ainsi que les différentes exigences d'élaboration de dossier de demande ont été lourdes et démotivantes pour la chercheuse. Un processus centralisé et uniforme pourrait probablement améliorer cet aspect de la démarche. Le programme PERFORMA étant réalisé à temps partiel, il est difficile de faire les suivis requis et les nombreux délais rencontrés dans les communications sont de véritables défis de persévérance.

1.2 Recrutement des sujets pour l'évaluation de la formation en ligne

Encore une fois, le recrutement s'est fait différemment d'un collège à l'autre, suivant les exigences de chacun des milieux. La chercheuse avait préparé pour cet aspect de la recherche, qui se voulait au départ de type évaluative, des documents explicatifs sur l'échéancier et le projet de recherche (annexe N). Nous visions un échantillon de 15 à 20 enseignantes et enseignants afin d'effectuer l'évaluation du prototype de formation.

Au total, six collèges des régions de Québec et de Montréal offrant le programme Soins infirmiers ont fait l'objet d'approches diversifiées et de présentations du projet de l'essai afin de recruter les participantes et les participants. Au final de ces démarches, hormis notre cégep d'appartenance d'où sont issus trois de nos sujets, un seul autre sujet a été recruté.

Il faut dire que le contexte d'enseignement 2012-2013 a été particulier, étant celui de la grève étudiante du printemps érable et du rattrapage de l'enseignement des semaines perdues sur les deux sessions suivantes. La tâche déjà jugée lourde lors d'une session normale a été davantage compressée sur moins de semaines et le temps de battement entre les deux sessions a été réduit. La session d'hiver s'est prolongée jusqu'en juin 2013.

Dans ce contexte défavorable sur lequel nous n'avions aucune emprise, une demande de réorientation de l'essai a été effectuée et acceptée par le programme PERFORMA de l'Université de Sherbrooke. La démarche, qui se voulait au départ évaluative, a été réorientée vers un essai portant sur le questionnement didactique sur lequel s'est appuyé la conception et la réalisation de l'innovation pédagogique, soit la formation interculturelle en ligne avec les capsules vidéo. L'essai décrit ainsi la démarche de production de ce matériel pédagogique. Une partie de mise à l'essai du matériel produit a toutefois eu lieu, mais avec un petit groupe de sujets (N=4).

Ces difficultés ont généré beaucoup d'incertitude quant à la réalisation de l'essai. Le petit groupe de sujets recrutés n'a pas permis d'effectuer l'étape de validation des deux questionnaires, étape pourtant essentielle (Gauthier, 1998). Cette étape est habituellement indispensable, car elle permet de déceler les défauts du questionnaire et d'apporter les corrections qui s'imposent (Fortin, 2006).

La recension des écrits démontre qu'il peut être difficile de trouver des répondants aux questionnaires pour l'étape de validation. Dans une recherche similaire comportant une formation en ligne de huit semaines, Kelly et Papadopoulos (2009) n'ont pu compter que sur un échantillon européen de 5 personnes (N=5) pour compléter leur propre collecte de données, peu de personnes s'étant inscrites à la formation.

La chercheuse s'est questionnée sur la population à l'étude choisie. Le choix des étudiantes et des étudiants comme population ciblée aurait probablement donné de meilleurs résultats. L'utilisation des enseignantes et des enseignants de son propre milieu n'a pas été choisie au départ, à cause du biais favorable ou défavorable possible. Après réflexion, dans le cadre d'un essai professionnel et d'une démarche de perfectionnement, cette option aurait été plus réaliste. Au final, trois des quatre sujets recrutés pour la mise à l'essai du matériel proviennent du cégep de Saint-Laurent.

1.3 Diffusion de l'offre de formation

Lors de l'élaboration de la formation, il a été mentionné par une des conseillères pédagogiques consultée que la formation interculturelle, bien que pertinente et offrant des outils pédagogiques de qualité, serait difficile à « vendre ». En appui à cette affirmation, bien que le Conseil supérieur de l'éducation

(Gouvernement du Québec, 2010) recommande depuis 2000 une formation pédagogique obligatoire, complémentaire à la formation disciplinaire, pour pouvoir enseigner dans le milieu collégial, des actions concrètes permettant cette formation systématique tardent à venir. La formation effectuée en surplus de la tâche enseignante n'est pas possible pour de nombreuses personnes. La formation en interculturel pourrait faire partie de cette formation à caractère obligatoire.

Pour le moment, l'enjeu de diffusion de la formation est réel pour assurer la pérennité du projet pédagogique. Cette préoccupation a été celle de la chercheuse tout au cours du développement du projet. Elle a amené des étapes de réalisation supplémentaires.

Afin de répondre à un besoin exprimé par les professeurs du département de Soins infirmiers du cégep de Saint-Laurent, participant à la consultation, un examen certificatif des apprentissages a été créé, attribuant sept crédits de formation continue (0.7 UEC) à toute personne ayant réussi un examen en ligne certificatif des apprentissages, après s'être inscrit auprès des services de la formation continue du collège. Cette demande fait suite à la nouvelle exigence de l'OIIQ concernant la formation continue des infirmières et des infirmiers. Désormais, pour pouvoir s'inscrire au Tableau de l'OIIQ et obtenir son permis de pratique, les ressources infirmières doivent effectuer vingt heures d'activités de formation continue, dont sept heures créditées par un organisme autorisé. Les formations en ligne peuvent faire l'objet d'heures créditées mais les apprentissages doivent être certifiés (Ouellet, Maillé, Durand, et Thibault, 2011).

De ce fait, des étapes de représentations administratives, d'élaboration d'un processus de gestion des inscriptions, en collaboration avec la formation continue, ont été nécessaires. La plateforme Moodle a été choisie pour héberger l'examen certificatif en ligne autocorrigé. Le programme est présentement géré par le service aux entreprises de la formation continue du Cégep de Saint Laurent. À ce jour,

aucune personne, sauf S4, ne s'est inscrite à l'examen certificatif, bien que la formation soit publicisée sur la plate-forme Mistral de l'OIIQ. Seulement deux formations entièrement en ligne sont présentes dans l'offre de formation sur ce site.

Pour répondre à un autre besoin exprimé par certains milieux, la formation interculturelle, présentant le même contenu de formation que la formation en ligne, a été adaptée pour un format en présence. Trois de ces formations ont été offertes jusqu'à présent. Le leadership nécessaire pour mobiliser les gens à suivre cette formation provient des ressources des établissements eux-mêmes. Une volonté d'outiller les ressources enseignantes par un *leader* ont été un dénominateur commun pour que la formation ait lieu dans ces milieux éducatifs ou de soins. Pour la suite, ces milieux comptent utiliser la formation en ligne pour la formation des absents ou des nouvelles enseignantes et des nouveaux enseignants embauchés.

Les données statistiques de Google présentées sur la fréquentation de la page internet, présentées à la figure 10, démontrent qu'il y a eu, en date du 30 mai 2013, 1176 vues de la page d'entrée de la formation. 928 de ces entrées ont été effectuées à partir d'adresse internet différentes. 68.5 % des personnes sont entrées dans l'environnement de formation. Ces résultats nous semblent encourageants.

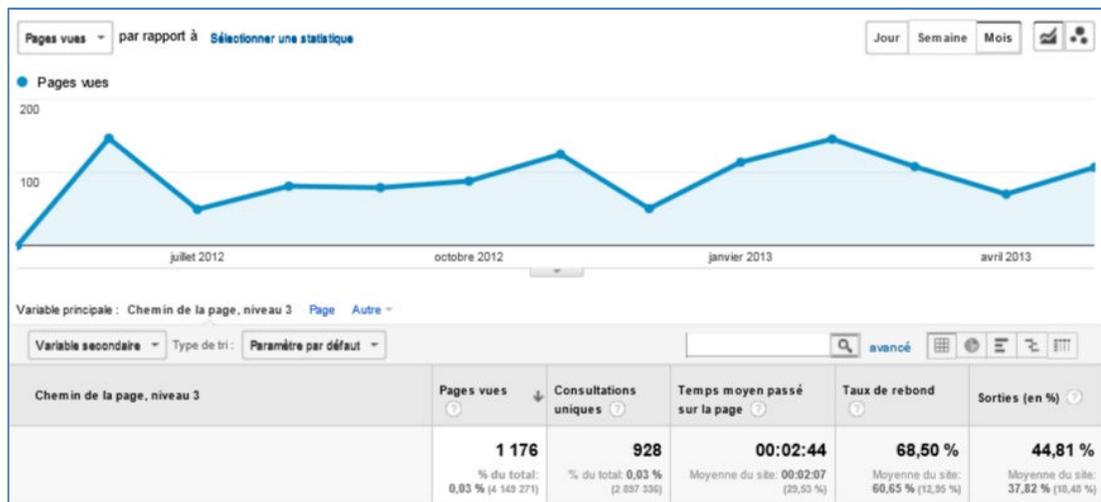


Figure 10 : Statistiques compilées par le site Web *Google analytics* de fréquentations de la page internet <www.cegep-st-laurent.qc.ca/soins/formation-em>. Données fournies par M. H. Mansour, webmestre au SRT du Cégep de St-Laurent.

Pour conclure ce chapitre, nous revenons sur les trois objectifs de notre essai :

- Utiliser une démarche didactique pour la conception et la réalisation d'outils pédagogiques en vue du développement de la compétence interculturelle en préparation des stages de Soins infirmiers.

Nous pouvons affirmer que cet objectif a été atteint par l'utilisation de la démarche didactique et par l'application du questionnement didactique par le biais de la métaphore de la fleur didactique L'explicitation des savoirs disciplinaires et à enseigner pour développer la compétence interculturelle sont les assises de l'essai.

- Vérifier la correspondance du matériel et du cadre conceptuel développé.

Les éléments du cadre conceptuel, en particulier le modèle de formation interculturelle intégré de Papadopoulos, Tilki et Taylor (2001) et de Lemay (1996) ont servi à positionner la formation interculturelle dans une perspective du développement d'une habileté spécifique, la décentration culturelle, dans les dernières étapes de développement de la compétence. Cette habileté, développée à l'aide du

cadre d'analyse culturel de Schwartz (1999), s'applique en contexte multiculturel lors des stages cliniques pour faire progresser la compétence des étudiantes et étudiants. La formation explicite les valeurs culturelles du rôle professionnel et des soins transculturels à l'aide, notamment, d'outils pédagogiques sous forme de capsules vidéo.

- Expérimenter et évaluer le produit de formation auprès des pairs.

La limite principale de cet essai est reliée aux difficultés de recrutement et du petit nombre d'enseignantes qui ont participé à l'évaluation du produit de formation. Cet objectif n'a donc été que partiellement atteint. Le besoin d'évaluer la formation interculturelle avec un nombre plus grand d'enseignantes et d'enseignants en soins infirmiers, afin de démontrer la validité de la formation, subsiste. Des efforts pour trouver des sujets de recherche doivent se poursuivre. Nous comprenons que les activités de diffusion, afin de faire connaître la formation interculturelle, sont de longue haleine et ne se termineront pas avec la rédaction de cet essai.

CONCLUSION

Nous avons exposé, dans la problématique de cet essai, le besoin de développer la compétence interculturelle, autant pour enseigner aux communautés étudiantes d'origines diversifiées que pour soigner la population multiculturelle. En préparation aux stages cliniques, milieux propices aux chocs culturels entre les différents acteurs, la formation interculturelle est impérative pour la sécurité des soignés et pour la réussite des élèves.

À notre question de l'essai : « Comment développer une formation courte sur l'intégration au rôle professionnel, ouvert à des soins culturellement adaptés et à la communication interculturelle, aisément accessible aux enseignantes et enseignants en Soins infirmiers, pour les aider à mieux préparer leur élèves aux stages cliniques en contexte de pratique interculturel? », nous avons choisi d'utiliser une démarche didactique pour concevoir et réaliser une formation interculturelle en ligne.

Cette formation, visant le développement d'une habileté spécifique de la compétence interculturelle, la décentration culturelle, permettra autant à l'enseignante et l'enseignant qu'à son groupe étudiant d'atteindre les dernières étapes de développement de la compétence interculturelle, celles de la compréhension et de la sensibilité culturelles, dans le modèle de Papadopoulos, Tilki et Taylor (2001). Pour enseigner concrètement cette habileté, la formation utilise un cadre d'analyse culturelle, celui de Schwartz (1999).

À partir du modèle didactique de Raisky et Loncle (1993), cinq situations professionnelles ont été développées sous forme de capsules vidéo, accessibles en ligne, permettant l'explicitation des valeurs culturelles du modèle québécois de soins infirmiers. Conformément aux savoirs disciplinaires, ces capsules vidéo sont utilisées comme outils pédagogiques pour les savoirs à enseigner ciblés, soit l'explicitation des

valeurs culturelles ainsi que l'adaptation des soins à la clientèle multiculturelle. Le matériel pédagogique est ainsi constitué de ces capsules vidéo et d'une autoformation en ligne les accompagnants, mettant en action des stratégies d'enseignement de *role modeling*, d'apprentissage par problème et de tutoriel.

Les étapes de mise à l'essai de la formation ont permis d'évaluer le contenu de formation, son format, le temps requis pour la réaliser et le développement de la compétence interculturelle perçue chez quatre sujets, enseignant les soins infirmiers dans deux milieux éducatifs différents.

Les enjeux d'obtention des certificats d'éthique en recherche et de recrutement de sujets pour l'étape d'évaluation du matériel pédagogique ont demandé de nombreux ajustements en cours de projet. Les difficultés de recrutements des enseignantes et des enseignants ont particulièrement eu un impact important sur ce mémoire, qui se voulait au départ une recherche évaluative. Une étape d'évaluation par les pairs a été réalisée mais sans l'envergure des objectifs d'une véritable recherche quantitative et qualitative qui aurait permis de pousser beaucoup plus loin la réflexion et le développement d'une formation interculturelle en conformité aux besoins du corps professoral. Nonobstant du contexte de la grève étudiante, une certaine popularité de la formation en présence et la difficulté de recruter des sujets dans une recherche similaire (Kelly et Papadopoulos, 2009) nous amène à conclure que le choix du format de formation courte en ligne pourrait faire l'objet d'une évaluation à lui seul. Pour l'instant, nous sommes conscientes que l'enjeu de diffusion de l'offre de formation demeure et ne se termine pas avec la rédaction de cet essai. Les travaux se poursuivront afin d'évaluer le transfert des apprentissages réalisés avec la formation lors de l'encadrement par le corps professoral dans les milieux cliniques et l'impact du visionnement des capsules vidéo sur le développement de la compétence interculturelle, les soins transculturels et l'intégration au rôle professionnel chez la clientèle étudiante

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abdallah-Preteuille, M. (1990). *Vers une pédagogie de l'interculturel*. Paris : Presses de la Sorbonne, INRP.
- Abdallah-Preteuille, M. (1999). *L'éducation interculturelle*. Paris : Presses universitaires de France.
- Agazio, J. et Buckley, K.M. (2009). An untapped resource: Using Youtube in nursing education. *Nurse Educator*, 34(1), 23-28.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) (2011). *Déficit projeté de main-d'œuvre pour la région administrative de Montréal dans les professions vulnérables*. Montréal : ASSSM, Direction associée des ressources humaines, approches qualité et affaires juridiques (version 28 janvier).
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) (2013). *Conditions démographiques, socio-culturelles et économiques, RSS de Montréal, chiffres clés*. Montréal : ASSSM. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.emis.santemontreal.qc.ca>>.
- Arsenault, L. (2008). Un questionnement didactique qui réconcilie savoirs disciplinaires et pédagogiques. *Pédagogie collégiale*, 21(2), 37-39.
- Assemblée Nationale (2009). *Projet de loi n° 21. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Québec : Éditeur officiel du Québec.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (2000). Diversité culturelle : changements et défis. *Zoom sur les soins infirmiers*, 7, Ottawa : AIIC.
- Authier, F. (2008). De l'expertise disciplinaire aux savoirs à enseigner. *Pédagogie collégiale*, 21(2), 31-35.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J : Prentice-Hall.

- Barbès, P. (1996). *J'apprends quand je fais. L'intégration théorie-pratique chez les élèves : vers la construction d'un savoir professionnel*. Rapport de recherche PARÉA. St-Jérôme : Cégep de Saint-Jérôme.
- Barbès, P. (1998). *Modèle pour la construction d'un savoir professionnel : vers un apprentissage intégré*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation, Éditions du CRP.
- Barbot-Lymberner, V. (1994). *La formation des étudiantes et étudiants d'origine haïtienne en soins infirmiers : problèmes et défis*. Mémoire de maîtrise en sciences humaines des religions, Université de Sherbrooke, Québec.
- Barrette, C. (2011). La grille d'analyse du scénario d'une activité pédagogique misant sur les TIC. *Pédagogie collégiale*, 24(4), 20-25.
- Barrette, C. Gaudet, É. et Lemay, D. (1996). *Guide de communication interculturelle* (2^e éd.). Saint-Laurent : ERPI.
- Barrette, C., Gaudet, É. et Lemay, D. (1988). *Interculturalisme et pratiques pédagogiques au collégial: proposition de design pédagogique*. Montréal : Collège Ahuntsic et Collège Bois-de-Boulogne.
- Battaglini, A. (dir.) (2010). *Les services sociaux et de santé en contexte pluriethnique*. Montréal : Éditions St-Martin.
- Battaglini, A. (2007). *L'intervention de première ligne à Montréal auprès des personnes immigrantes : Estimé des ressources nécessaires pour une intervention adéquate*. Montréal : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Beauregard, D. (2009). *Les défis interculturels dans la pratique infirmière* (2 DVD et un guide pédagogique). Sherbrooke : Cégep de Sherbrooke, Département de Soins infirmiers.
- Besnoist, L., Fournier, C. et Pelletier F. B. (2009). *Synthèse d'étude*. Montréal : HEC Montréal, Formaeva , CSP Formation.
- Bizier, N. (1998). L'intégration des apprentissages dans les programmes d'études. *Pédagogie collégiale*, 12(2), 21-23.
- Bizier, N. (2008). Choisir des contenus reconnus et pertinents: un geste professionnel didactique majeur. *Pédagogie collégiale*, 21(2), 13-18.

- Bizier, N. (2010). *Former et accompagner le personnel enseignant du collégial à partir de leur passion : la discipline enseignée*. Article de vulgarisation tiré d'un rapport PAREA. Sherbrooke : Cégep de Sherbrooke.
- Bare, B. et Smeltzer, S.C. (2011) *Brunner et Suddarth. Soins infirmiers, médecine et chirurgie, généralités* (5^e éd.). (Trad. par S. Longpré et B. Pilote (dir.)). Montréal : ERPI.
- Cardine, S. (2008). Is education ready for Youtube? *Converge magazine*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.convergemag.com>>.
- Camilleri, C. (1993). Le relativisme, du culturel à l'interculturel. *L'individu et ses cultures*. 1, 34-39.
- Camilleri, C et Cohen-Emerique M. (1989). *Chocs de cultures : concepts et enjeux pratiques de l'interculturel*. Paris : L'Harmattan.
- Cardu, H. (2008). Construction identitaire professionnelle et interaction en contexte de transition culturelle : l'étude d'un cas. *Connexions*, 1(89), 171-180. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.cairn.info/revue-connexions-2008-1-page-171.htm>>.
- Cégep international (s.d.). Site de Cégep international téléaccessible à l'adresse <<http://www.ee.cegepinternational.qc.ca>>. Consulté le 26 avril 2012.
- Cohen-Émerique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. *Santé mentale au Québec*, XVIII(1), 71-92.
- Compétences Québec (s.d.). Inforoute FPT. Site internet téléaccessible à l'adresse <<http://inforoutefpt.org/>>.
- Désilets, M. et Tardif, J. (1993). Un modèle pédagogique pour le développement des compétences. *Pédagogie collégiale*, 7(2), 19-23.
- Dibiase, M.E. (2001). Is distance education a Faustian bargain? *Journal of Geography in Higher Education*, 24(1), 130-136.
- Ducharme, F., Vissandjée, B., Paquet, M., Carpentier, N., Lévesque, L. et Trudeau, D. (2009). La pratique dans un contexte pluriethnique. Démarche en vue de la création d'une approche de négociation entre le personnel des services de soutien à domicile et les proches-aidantes d'un parent âgé. *Nouvelles pratiques sociales*, 21(2), 137-156.
- Fleury, R. (2009). Éléments de réflexion pour une compétence professionnelle en éducation interculturelle. *Vie pédagogique*, (152), 131-138.

- Fortin, M. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière éducation.
- Fournier, V. (2012a). Formation interculturelle : Modeler, intégrer et favoriser la réussite (MIF). Montréal : Cégep de Saint-Laurent. Site internet téléaccessible à l'adresse <<http://www.cegep-st-laurent.qc.ca/soins/formation-em/>>.
- Fournier, V. (2012b). Une journée de stage en pédiatrie. *L'Enseigne*, 9(5). Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.spcsl.org/2012/06/une-journee-de-stage-en-pediatrie/>>.
- Fournier, V. et Lapierre, L. (2010). *Intégration et réussite des étudiantes issues des communautés culturelles et inscrites en Soins infirmiers*. Montréal : Cégep de St-Laurent.
- Gasse, J.M. et Guay, L. (1997). *Des modèles conceptuels en soins infirmiers*, (2^e éd.) Québec : Presses Inter Universitaires.
- Gaudet, É. (2005). *Pédagogie interculturelle : des stratégies d'enseignement et d'intervention à développer*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation.
- Gaudet É. et Lafortune, L. (2000). Un modèle de formation en interculturel axé sur des programmes d'intervention. *Pédagogie collégiale*, 13(3), 26-30.
- Gauthier, B. (1998). *Recherche sociale, de la problématique à la collecte des données*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gauthier, L. (2012). *État de situation, rapport final*. Montréal : Éducation Montréal, Pôle de spécialisation et d'innovation en santé.
- Gratton, D. (2010). *L'interculturel pour tous*. Anjou : Éditions St-Martin.
- Gravel, S. et Battaglini, A. (2000). *Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste, rapport synthèse*. Montréal : ASSSM, Direction de la santé publique.
- Gerrish, K. et Griffith, V. (2004). Integration of overseas Registered Nurses: evaluation of an adaptation program. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 579-587.
- Giger, J.N. et Davidhizar, R.E. (2008). *Transcultural nursing; assessment and intervention*. (5^e éd.). United States of America : Elsevier.

- Giguère, M. (2013). Entrevue : Développer la compétence interculturelle. *Pédagogie collégiale*, 26(2), 25-29.
- Gouvernement du Québec (2013a). *Code des professions. L.R.Q., c. C-26*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca>>.
- Gouvernement du Québec (2013b). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers. c. I-8*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca>>.
- Gouvernement du Québec (2013c). *Loi sur les infirmières et infirmiers. L.R.Q., c. I-8*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca>>.
- Gouvernement du Québec (2012). *Données statistiques sur les titres d'emplois jugés vulnérables et susceptibles de devenir vulnérables*. Québec : MSSS, Direction générale du personnel réseau et ministériel (DGPRM).
- Gouvernement du Québec (2011). *Portrait informationnel, données du système Socrate*. Québec : MELS, Direction des statistiques et de l'information décisionnelle (DSID) et Secteur des politiques, de la recherche et des statistiques (SPRS). Document télé-accessible à l'adresse <http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/publications/Ens_Sup/Affaires_universitaires_collegiales/Ens_et_recherche_universitaires/Collegial2011_PaysCitoyennete_1.pdf>.
- Gouvernement du Québec (2010). *La formation du personnel enseignant du collégial : un projet collectif enraciné dans le milieu, synthèse*. Conseil supérieur de l'éducation. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.cse.gouv.qc.ca/FR/Panorama2000-05-SY/index.html>>.
- Gouvernement du Québec (2007). Programme d'études techniques 180.A0, Soins infirmiers. Québec : MELS.
- Gouvernement du Québec (2006). Site du Ministère de l'immigration et des communautés culturelles (MICC) téléaccessible à l'adresse <<http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/publications>>. Consulté le 26 avril 2012.
- Hall, E.T. (1979). *Au-delà de la culture*. Paris : Éditions du Seuil.
- Hannay, M. et Newvine, Y. (2006). Perceptions of Distance Learning: a comparison of online and traditional learning. *Journal of online Learning and Teaching*, 2(1), 1-11. Document téléaccessible à l'adresse <<http://joltmerlot.org>>

- Hohl, J. (1991). De l'ethnocentrisme à la décentration culturelle. *Québec français*, 82, 74-76.
- Houssaye, J. (1988). *Le triangle pédagogique*. Berne : Éditions Peter Lang.
- Hutnik, N. et Gregory, J. (2007). Cultural sensitivity training: description and evaluation of a workshop. *Nurse Education Today*, 28(2), 171-178.
- Jacquet, M. (2007). La formation des maîtres à la pluriethnicité : pédagogie critique, silence et désespoir. *Revue des sciences de l'éducation*, 33(1), 25-45.
- Karsenti, T. et Savoie-Zajc, L. (2011). *La recherche en éducation, étapes et approches*. Montréal : ERPI.
- Kelly, F. et Papadopoulos, I. (2009). Enhancing the cultural competence of healthcare professionals through an online course. *Diversity in health and care*, 6(2), 77-84.
- Kirkpatrick, D.L. (1959). *Evaluating Training Programs* (2^e éd.). San Francisco : Berrett Koehler.
- Kim, K.J. et Bonk, C.J. (2002). Cross-cultural comparisons of online collaboration. *Journal of Computer-Mediated Communication*. 8(1). Document téléaccessible à l'adresse <<http://jcmc.indiana.edu/vol8/issue1/kimandbonk.html>>.
- Kolb, D.A. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall..
- Lapierre, L. (2007). *Guide d'accompagnement du cours DID 868 à l'intention des répondantes et des répondants locaux de PERFORMA*. Sherbrooke : Cégep de Sherbrooke.
- Lapierre, L. (2008). Un cadre de référence pour le questionnement didactique au collégial. *Pédagogie collégiale*, 21(2), 5-12.
- Lecavalier, J. (2011). *La détermination du paradigme épistémologique*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation.
- L'Écuyer, R. et Deslauriers, J.P. (dir.) (1988). *Les méthodes de la recherche qualitative*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Le Louarn, J-Y. et Pottiez, J. (2010). *Validation partielle du modèle d'évaluation des formations de Kirkpatrick*. Actes du XX^e congrès de l'Association francophone de gestion des ressources humaines(AGRH) à Rennes-Saint-Malo. Montréal :

AGRH. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.reims-ms.fr/agrh/docs/actes-agrh/pdf-des-actes/2010lelouarn-pottiez.pdf>>

Lemay, D. (1993). *La formation interculturelle*. Rapport de recherche PAREA. Montréal : Collège de Bois-de-Boulogne.

Lemay, D. (1996). *Une proposition pour la formation interculturelle des élèves au collégial : contenu et approche*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université de Montréal, Québec.

Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York : National League for Nursing Press.

Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice..* Columbus, Ohio : McGraw-Hill College Custom Series.

Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192.

Lévesque-Barbès, H. (2010). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*. Montréal : OIIQ.

Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 1- 55.

Lister, P. (1999). A taxonomy for developing cultural competence. *Nurse Education today*, 19(4), 313-318.

Lipiansky, E. M. (1996). Une approche de la communication interculturelle : identité et interculturation paradoxale à travers l'expérience groupale. *Cahiers de sociologie économique et culturelle*, 26, 61-81.

Loiselle, J. et Harvey, S. (2007). La recherche développement en éducation: fondements, apports et limites. *Recherches qualitatives*, 27(1), 40-59.

Loiselle, J. et Harvey, S. (2009). Proposition d'un modèle de recherche développement. *Recherches qualitatives*, 28(2), 95-117. Document télé-accessible à l'adresse <http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/publications/Ens_Sup/Affaires_universitaires_collegiales/Ens_et_recherche_universitaires/Collegial2011_PaysCitoyennete_1.pdf>.

- Majumbar, B., Browne, G., Roberts, J. et Carpio, B. (2004). Effects of Cultural Sensitivity Training on Health Care Provider Attitudes and Patient Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(2), 161-166.
- Mott, M.C. (2008). *Le programme de développement professionnel pour les éducateurs d'infirmières et infirmiers formés à l'étranger*. Colombie-Britannique : Kwantlen University College.
- Nicklas, H. (1996). Apprentissage interculturel. In L. Colin, et B. Müller (dir.), *La pédagogie des rencontres interculturelles*. Paris : Anthropos.
- Oberg, K. (1960). Cultural Shock : Adjustment to new Cultural Environments. *Practical Anthropology*, 7, 177-182.
- Olivier, R. (1999). Exploring strategies for online teaching and learning. *Distance Education*, 20(2), 240-254.
- Ouellet, F. (1991). *L'éducation interculturelle : essai sur le contenu de la formation des maîtres*. Paris : L'Harmattan.
- Ouellet, F. (2000). La formation interculturelle en éducation. *Interactions*, 4(1), 19-58.
- Ouellet, J., Maillé, M., Durand, D. et Thibault, C. (2011). *La formation continue pour la profession infirmière au Québec - Norme professionnelle*. Montréal : OIIQ. Document télé-accessible à l'adresse <<http://www.oiiq.org/publications/repertoire/la-formation-continue-pour-la-profession-infirmiere-au-quebec>>.
- OIIQ (2009). *Programme d'intégration professionnelle des infirmières diplômées hors du Québec et plans cadres de cours*. Montréal : OIIQ.
- OIIQ (2007). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence*. Document téléaccessible à l'adresse <http://oiiq.org/sites/default/files/233_doc_0.pdf>.
- OIIQ (2004). *Actualisation professionnelle en soins infirmiers CWA.OD*. Montréal : OIIQ.
- Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27(2), 133-151.

- Papadopoulos, I., Tilki, M., et Taylor G. (2001). *Papadopoulos, Tilki and Taylor Model for developing cultural competence*. Project report. United Kingdom : Middlesex University.
- Papadopoulos, I. (2006). *Transcultural health and social care*. United Kingdom : Elsvier.
- Papadopoulos, I. et Kelly, F. (2009). Enhancing the cultural competence of healthcare professionals through an online course. *Diversity in health and care*; 6(2), 77-84.
- Paquette-Desjardins, D. et Sauvé, J. (2008). *Modèle conceptuel et démarche clinique*. Montréal : Beauchemin, Chénélière Éducation.
- Phaneuf, M. (2009). *L'approche interculturelle, une nécessité actuelle – Regard sur la situation des immigrants au Québec et sur leurs difficultés (1^{ère} partie)*. Document téléaccessible à l'adresse http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Approche_interculturelle_une_necessite_actuelle-Regard_sur_la_situation_des_immigrants-1repartie.pdf.
- Perrenoud, P. (1998). La qualité d'une formation se joue d'abord dans sa conception. *Pédagogie collégiale*, 11(4), 16-21.
- Perrenoud, P. (2001). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. Paris : Éditions ESF.
- Pôle de l'Est (1996). *Processus de planification d'un cours centré sur le développement d'une compétence*. Québec : Bibliothèque nationale du Québec.
- Raisky, C. (2001). Référence et système didactique. In É. Terrisse, *Didactique des disciplines : les références au savoir*. Bruxelles : De Boeck.
- Raisky, C. et Loncle, J.C. (1993). *Didactiser des savoirs professionnels : l'exemple des formations agronomiques*. In Joannet et Lenoir, *Sens des didactiques et didactique du sens*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Éditions du CRP.
- Raghuram, P. (2007). Interrogating the language of integration: the case of internationally recruited nurses. *Journal of clinical nursing*, 16(12), 2246-2251.
- Raymond, D. (2006). *Qu'est-ce qu'apprendre et qu'est-ce qu'enseigner ? Un tandem en piste !* Montréal : Association québécoise de pédagogie collégiale(AQPC).
- Raymond, R. (2001). *Qu'est-ce qu'enseigner ? Un processus-type d'apprentissage, notes de cours PED859*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.

- Schön, D.(1993). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal : Éditions logiques.
- Schmidt, H. G. (1983). Problem-based learning: Rationale and Description. *Medical Education*, 17(1), 11-16.
- Schwartz, H. S. (1999). A theory of cultural values and some implications for work. *Applied psychology: an international review*. 48(1) 23-47.
- Service régional d'admission du Montréal métropolitain (SRAM) (2011). Données statistiques, base de données du système DALI, session automne.Montréal :
- Suh, E. E. (2004). The model of Cultural Competence Through an Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing*, 15(2), 93-102.
- Tison, B. (2007). *Soins et cultures, formation des soignants à l'approche interculturelle*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Université de Sherbrooke (s.d.). *Site de la Faculté d'éducation, secteur Performa*. Site téléaccessible à l'adresse <http://www.usherbrooke.ca/performa/>. Consulté le 26 mars 2013.
- Université de Sherbrooke (2009) (4^e éd.). *Guide de présentation des travaux écrits*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation, Éditions CRP.
- Université de Sherbrooke (2008). *Politique rédactionnelle non sexiste*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.usherbrooke.ca/accueil/fileadmin/sites/accueil/documents/direction/directives/2600-410.pdf>.
- Vergnaud, G. (2001). À quoi sert la didactique? In J.C. Ruano-Borbolan (dir.), *Éduquer et former (2^e éd.)* (p.273-279). Auxerres : Éditions Sciences humaines.
- Vissandjée, B. et Dupère, S. (2000). La communication interculturelle en contexte clinique : une question de partenariat. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 32(1), 99-113.
- Walkty, C., Rooke, R., Harder, N et Forbes, L. (2009). Portes ouvertes à la diversité. *Pédagogie collégiale*, 22(3), 16-21.
- Walton, H.J. et Matthews, M.B. (1989). Essentials of problem-based learning. *Medical Education*, 23(6), 542-558.
- Watson, J. (1998). *Le caring. Philosophie et sciences des soins infirmiers*. Paris : Éditions Seli Arslan.

ANNEXE A**LES 22 COMPÉTENCES DU PROGRAMME SOINS INFIRMIERS****180.A0⁶**

- ❖ 01Q0 Analyser la fonction de travail.
- ❖ 01Q1 Développer une vision intégrée du corps humain et de son fonctionnement.
- ❖ 01Q2 Composer avec les réactions et les comportements d'une personne.
- ❖ 01Q3 Se référer à une conception de la discipline infirmière pour définir sa pratique professionnelle.
- ❖ 01Q4 Utiliser des méthodes d'évaluation et des méthodes de soins.
- ❖ 01Q5 Établir une communication aidante avec la personne et ses proches.
- ❖ 01Q6 Composer avec des réalités sociales et culturelles liées à la santé.
- ❖ 01Q7 Relier des désordres immunologiques et des infections aux mécanismes physiologiques et métaboliques.
- ❖ 01Q8 Interpréter une situation clinique en se référant aux pathologies et aux problèmes relevant du domaine infirmier.
- ❖ 01Q9 Établir des liens entre la pharmacothérapie et une situation clinique.
- ❖ 01QA Enseigner à la personne, à la famille et à ses proches.
- ❖ 01QB Assister la personne dans le maintien et l'amélioration de sa santé.
- ❖ 01QC S'adapter à différentes situations de travail.

⁶ Gouvernement du Québec (2007). Programme d'études techniques 180.A0, Soins infirmiers. Québec : MELS.

- ❖ 01QD Établir des relations de collaboration avec les intervenantes et les intervenants.
- ❖ 01QE Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées hospitalisés requérant des soins infirmiers de médecine et de chirurgie.
- ❖ 01QF Concevoir son rôle en s'appuyant sur l'éthique et sur les valeurs de la profession.
- ❖ 01QG Appliquer des mesures d'urgence.
- ❖ 01QH Intervenir auprès d'une clientèle requérant des soins infirmiers en périnatalité.
- ❖ 01QJ Intervenir auprès d'enfants ainsi que d'adolescentes et adolescents requérant des soins infirmiers.
- ❖ 01QK Intervenir auprès de personnes recevant des soins infirmiers en médecine et chirurgie dans des services ambulatoires.
- ❖ 01QL Intervenir auprès de personnes requérant des soins infirmiers en santé mentale.
- ❖ 01QM Intervenir auprès d'adultes et de personnes âgées en perte d'autonomie requérant des soins infirmiers en établissement.

ANNEXE B

LES 17 ACTIVITÉS RÉSERVÉES À L'INFIRMIÈRE OU L'INFIRMIER⁷

- ❖ Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- ❖ Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.
- ❖ Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance.
- ❖ Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique* (chapitre S2.2).
- ❖ Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance.
- ❖ Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance.
- ❖ Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent.
- ❖ Appliquer des techniques invasives.
- ❖ Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal.
- ❖ Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.
- ❖ Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance.

⁷ Gouvernement du Québec (2013a). *Code des professions. L.R.Q., c. C-26*. Document télé-accessible à l'adresse <<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca>>.

- ❖ Procéder à la vaccination, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*.
- ❖ Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance.
- ❖ Décider de l'utilisation des mesures de contention.
- ❖ Décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*.
- ❖ Évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau de deuxième cycle universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe g de l'article 14.
- ❖ Évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement, dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

ANNEXE C
PLAN DE PROJET DE FORMATION INTERCULTURELLE MIF

Plan de projet :

Phases	Activités principales	Temps requis estimé	Partenaires et ressources	Échéancier
Phase 1 : 15 Mars au 15 Juin 2011	➤ Élaboration du plan de projet	2 jours	<ul style="list-style-type: none"> ❖ École des métiers des Faubourgs(EMIFM) ❖ DE Cégep de Saint-Laurent ❖ Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) ❖ Pôle santé MELS 	31 Mars 2011
	➤ Recherche documentaire	4 jours	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Chargée de projet <ul style="list-style-type: none"> ○ Théories apprentissages ○ Pédagogie interculturelle ○ TIC ○ Rapport ASSSM sur les 4 professions ○ Grilles des valeurs culturelles (Schwartz) ❖ Conseillers pédagogiques : <ul style="list-style-type: none"> ○ Programmes de formation ○ Difficultés rencontrées dans l'enseignement clinique 	15 Avril 2011

Phase 1 : 15 Mars au 15 Juin 2011	Activités principales	Temps requis Estimé	Partenaires et ressources	Échéancier
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rencontres avec les conseillers pédagogiques (CP) et différents partenaires du projet (MELS, OIIQ, OIIAQ, ASSSM, AQESS) 	4 jours	<ul style="list-style-type: none"> ❖ CP Cégep ❖ CP EMFM ❖ Pôle santé MELS ❖ OIIQ ❖ OIIAQ ❖ ASSSM ❖ AQESS 	30 Avril 2011	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Élaboration des scénarios et des plans de tournage 	10 jours	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Chargée de projet 	15 Mai 2011	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordination et validation des scénarios 	2 jours	<ul style="list-style-type: none"> ❖ CP Cégep ❖ CP EMFM ❖ Enseignantes Cégep de Saint-Laurent et EMFM ❖ Directions enseignement établissements de santé ❖ OIIQ/OIIAQ 	15 Mai-15 Juin 2011	

Phases	Activités principales	Temps requis Estimé	Partenaires et ressources	Échéancier	
Phase 2 : 15 Août au 1 er mars	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bonification des scénarios validés ➤ Proposition SIDIIIEF ➤ http://www.sidiief2012.org/web/outils/appe-communications/ 	7 jours	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Chargée de projet 	30 Août	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accompagnement d'un groupe stage APES en CHSLD 	1 jour	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Chargée de projet ❖ EMFM 	15 Septembre	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lecture des scénarios auprès de groupes d'immigrants récents 	1 jour	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Assistante technique (1 jour) ❖ CP Cégep ❖ CP EMFM 	15 Septembre	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Préparation d'un devis ➤ Appel de services pour les capsules vidéo ➤ Rencontres avec les fournisseurs et partenaires 	2 jours 1 jour 3 jours	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Chargée de projet ❖ DE Cégep ❖ EMFM ❖ ASSSM ❖ Assistante technique (1 jour) 	15 octobre	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recherche et coordination plateforme TIC 	3 jours	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Chargée de projet ❖ Assistante technique (2 jours) ❖ ASSSM ❖ Pôle santé MELS ❖ Ressource média ❖ Assistante technique (2 jours) ❖ Ressource média 	15 octobre	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordination avec la ressource média 				15 novembre
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Coordination avec les différents partenaires ➤ Casting des rôles 	5 jours 3 jours	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Chargée de projet ❖ Enseignantes EMFM ❖ ASSSM (patients) 	1 er Novembre	
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pratiques et encadrement des interprètes 	5 jours	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Chargée de projet ❖ Assistante technique (3 jours) ❖ Lieu physique : Cégep de Saint-Laurent 	12 novembre 2011	

Phase 2 : 15 Août au 1 er mars	➤ Préparation des lieux de tournage, production d'éléments de décors	2 jours	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Chargée de projet ❖ Assistante technique (2 jours) ❖ ASSSM ❖ Direction enseignement établissement de santé ❖ Ressource média 	18 novembre 2011
	➤ Tournage des capsules	3 jours	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Chargée de projet ❖ Assistante technique (3 jours) ❖ Professionnels (acteurs) et patients ❖ Ressource média 	18-19-20 novembre
	➤ Soutien au montage	2 jours	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ressource média ❖ Chargée de projet ❖ CP 	15 Décembre 2011
	➤ Rédaction des modules de formation en ligne	15 jours	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Chargée de projet ❖ CP Cégep de Saint-Laurent ❖ CP EMFM ❖ Direction de l'enseignement établissement de santé ❖ Enseignants Cégep et EMFM 	31 décembre 2011
	➤ Validation des modules de formation		<ul style="list-style-type: none"> ❖ CP EMFM Cégep ❖ Enseignante en anthropologie 	
	➤ Mise en ligne et coordination avec les partenaires	3 jours	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Chargée de projet ❖ Ressource média ❖ Pôle santé MELS 	Février 2012

	Activités principales	Temps requis estimé	Partenaires et ressources	Échéancier
Phase 3 : Diffusion 1 ^{er} mars 2012 au 15 Mai 2012	❖ Intégration Web au site du Cégep et de l'ÉMFPM	5 jours	❖ Chargée de projet ❖ Intégrateur Web	Février 2012
	➤ Rédaction du rapport final de projet	2 jours	❖ Chargée de projet	Février 2012
	➤ Activités de promotion et de diffusion dans les réseaux d'éducation et de santé	15 jours	❖ Chargée de projet	Mai 2012
➤ Évaluation de projet	5 jours	❖ Chargée de projet		

Phases du projet	Activités accomplies	Responsable de l'évaluation
Phase 1 Date critique : 15 Juin, validation des scénarios complétés	Validation des scénarios par 3 groupes de discussions enseignantes, 2 groupes de discussions établissements de santé et un groupe de discussion d'immigrants récents.	❖ DE Cégep St-Laurent ❖ DG EMFM
Phase 2 Date critique : 15 Septembre, appel d'offre ressource média Date critique : 31 Octobre, tournage complété des capsules Date critique : 1 ^{er} Décembre, mise en ligne des capsules Date critique : 30 Décembre, rédaction et dépôt du rapport	Ressource média engagée le 12 octobre 2011 : M. Marc Joly-Corcoran www.paraffilm.com Tournage des capsules prévu au CHUM les 18-19-20 novembre 2011 Retard et ressource nécessaire pour cette étape du projet. Nouvel échéancier : 1 ^{er} mars 2012 Rapport final : Nouvel échéancier : 15 mars 2012	❖ DE Cégep St-Laurent ❖ DG EMFM
Phase 3 Date critique : 15 mai, évaluation		❖ DE Cégep St-Laurent ❖ DG EMFM

ANNEXE D

**SCÉNARIO DE SOINS D'HYGIÈNE À LA PERSONNE ÂGÉE AVEC
DÉFICITS COGNITIFS**

SCÉNARIO 1 : SOINS D'HYGIÈNE À LA PERSONNE EN PERTE D'AUTONOMIE (Durée- 4 minutes)

SYNOPSIS / CONTEXTE

Un préposé aux bénéficiaires aide un bénéficiaire en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) à effectuer sa toilette du matin au lavabo.

PERSONNAGES

PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES : Sébastien Gauthier, enseignant EMFM, programme SASI

Intentions - favorise l'autonomie du bénéficiaire en le guidant à effectuer tout ce qu'il peut encore faire (dignité) ; respecte les limites de temps de sa charge de travail, démontre de la flexibilité, du respect et de l'empathie envers le bénéficiaire

Vêtements et accessoires - uniforme.

M. DUPONT : M. Ryan, enseignant retraité et interprète amateur

Le patient a récemment été admis en CHSLD suite à une perte d'autonomie reliée à une démence de type Alzheimer (DTA). Souffre également de MPOC (essoufflement) et de la maladie de Parkinson, requière des soins d'hygiène partiels. Démontre un léger tremblement.

Intentions -triste, mais collabore à ses soins

Vêtements et accessoires - pyjama personnel, culotte, robe de chambre, vêtements personnels (chemise, pantalon), pantoufles antidérapantes.

LIEUX

CHAMBRE DE M. DUPONT :

Décor essentiels - lit, lavabo, chaise, photo du bénéficiaire à l'entrée, calendrier des activités au mur

Accessoires - téléphone, serviettes, débarbouillettes, les vêtements, piqué, savon, rasoir électrique, après-rasage, brosse à dents, dentifrice, culotte d'incontinence, verre d'eau, cadran, draps

INT. POSTE DE L'UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE - 09h00

SÉBASTIEN, préposé aux bénéficiaires, prend connaissance de son plan de travail pour M. DUPONT (gros plan sur un plan de travail). M. DUPONT a récemment été admis en CHSLD suite à une perte d'autonomie reliée à une démence de type Alzheimer (DTA). M. DUPONT souffre également de MPOC et de la maladie de Parkinson. M. DUPONT requière des soins d'hygiène partiels.

INT. CHAMBRE DE M. DUPONT - 09h01

SÉBASTIEN vérifie la photo à l'entrée de la chambre pour identifier le bénéficiaire.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

(Entre dans la chambre). Bonjour M. Dupont, je suis Sébastien, je suis préposé et c'est moi qui va vous aider pour votre toilette au lavabo aujourd'hui.

M. DUPONT

(Au téléphone, tiens le combiné avec la main dessus)Peux-tu revenir plus tard, je parle à ma fille.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Aujourd'hui je peux aller aider une autre personne et revenir par la suite. Profitez bien de votre conversation avec votre fille. À tout à l'heure.

SÉBASTIEN sort de la chambre (coupure)

INT. CHAMBRE DE M. DUPONT -09h35

Sébastien entre dans la chambre de M. Dupont qui s'est couché et endormi. Sébastien lui parle pour le réveiller et commence à recueillir les accessoires et les vêtements pour les soins d'hygiène.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

M. Dupont, il est maintenant temps de vous lever pour effectuer votre toilette.

M.DUPONT

(Ne réagit pas)

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Attendez, je vais vous aider.
(Secoue doucement les jambes du bénéficiaire) Allez, c'est bien !

M. DUPONT se lève et s'approche du lavabo en faisant des petits pas. M. Dupont s'assoie sur la chaise que Sébastien a préparée avec un piqué. Sébastien aide le bénéficiaire hésitant à enlever son haut du pyjama et le couvre d'une serviette. Sébastien lui remet une débarbouillette sans savon.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Vous serez ainsi plus au chaud... M. Dupont, commencez par laver votre visage. Bien ! Maintenant, lavez votre cou. Derrière vos oreilles.
Très bien.

M. DUPONT

(Se lave les parties demandées)
C'est correct comme ça?

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

C'est parfait! Faites votre torse maintenant, pendant que je m'occupe de votre dos. (Sébastien prend la débarbouillette, met du savon et lui redonne. Fait la même chose pour lui et lave le dos). (Fade out)

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Je remarque que vous avez une rougeur au bas de votre dos...(Ne palpe pas la rougeur) Ça vous fait mal?

M. DUPONT

Non.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Je vais en parler à votre infirmière après votre bain.(Fade out)

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

(Fade in) j'enlève votre culotte d'incontinence.(enlève culotte et gants)(lave jambes et essuie jambes)
Je m'occupe de votre siège. Pouvez-vous faire vos organes génitaux ?

Fade in, M. Dupont porte sa robe de chambre sans pantalon

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Bon ! On a presque terminé ! (Lui donne une brosse à dent avec le dentifrice dessus). Voilà, brossez vos dents M. Dupont

M. Dupont brosse ses dents.

Sébastien tend un verre d'eau à M. Dupont qui prend une gorgée, rince sa bouche et recrache dans le lavabo.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Venez vous asseoir à côté de votre lit pour vous habillez et vous raser (dirige M. Dupont à l'extérieur de la salle de bain).Fade out

Fade in, M. Dupont a son pantalon mais essaie de mettre sa chemise à l'envers, les boutons vers le dos. Sébastien lui sourit et remet la chemise dans le bon sens.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Nous travaillons bien en équipe vous
et moi M. Dupont! Je vous laisse
boutonner votre chemise et je
reviens dans 5 minutes.

Sébastien quitte la chambre, cadran qui avance vite. Fade
in cadran 5 minutes plus tard. Sébastien entre dans la
chambre avec un piqué. M. Dupont l'attend assis sur la
chaise la chemise boutonnée.

SÉBASTIEN branche le rasoir électrique et sort de
l'après rasage sur la table de chevet.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Vous pouvez commencer à vous raser
et je complèterai.

Sébastien remet le rasoir au bénéficiaire et devant son
hésitation, le met en marche et dirige la main de M.
Dupont avec le rasoir vers son visage.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Voilà... très bien.

Sébastien se dirige vers le lit, change le piqué et
refait le lit pendant que M. Dupont se rase. (Regarde M.
Dupont)

M. DUPONT

(Arrête son geste, hésite)

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

C'est parfait M.

Dupont...Continuez...En dessous de
votre menton...c'est ça...je vous aide à
terminer..

Il revient vers M. Dupont, prend le rasoir et complète
le rasage sous le menton.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Comment va votre fille? (lui met de
l'après-rasage)

M. DUPONT

Ha! (soupir) Elle est bien occupée avec ses adolescents et son travail. Elle est seule depuis «un bout» avec ses enfants et ce n'est pas facile pour elle. Elle est bien occupée.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Je comprends. Cela fait combien de temps que vous ne l'avez pas vu ?

M. DUPONT

Un bon 3 semaines....Je m'ennuie.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Quand prévoit-elle vous visiter ?

M. DUPONT

Samedi.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Aimeriez-vous l'inscrire à votre calendrier? J'ai un crayon ici pour cela...

M. DUPONT se lève et fait un « X » à son calendrier des activités au mur.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Je vous amène au salon fumer votre cigarette? Vous allez pouvoir parler avec M. Perrot et Mme Santana.

M. DUPONT fait signe que oui avec la tête. SÉBASTIEN prend M. DUPONT chaleureusement par le bras et lui tapote.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

J'ai passé un moment agréable avec vous

M. Dupont.

M. DUPONT

(Arrête de marcher, hoche la tête et regarde vers le plancher).

Merci, je ne sais pas

ce que je ferais sans vous.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

(Cherche le regard de M. Dupont)
M. Dupont, ça me fait plaisir de
prendre soin de vous. Je suis là
pour vous.

ANNEXE E
SCÉNARIO DE TRAVAIL D'ÉQUIPE ET DE COLLABORATION
INTERDISCIPLINAIRE

SCÉNARIO 2 : TRAVAIL D'ÉQUIPE 4 comédiens (Durée 4 minutes)

SYNOPSIS / CONTEXTE

L'équipe de soins prépare sa journée de travail selon les rôles et responsabilités de chacun, dans une unité de gériatrie.

PERSONNAGES

PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES : **Sébastien Gauthier, enseignant EMFM**

Intentions - contribue au travail d'équipe dans une optique interdisciplinaire. Respecte ses coéquipiers. Partage ses observations.

Vêtements et accessoires - uniforme, identification

INFIRMIÈRE MITSY : infirmière d'origine haïtienne, diplômée du Cégep de Saint-Laurent (Mme Mitsy Dépas, Hôpital general juif)

Intentions - contribue au travail d'équipe dans une optique interdisciplinaire. Respecte ses coéquipiers. Assure le leadership de l'équipe de soins. Partage ses connaissances.

Vêtements et accessoires - uniforme selon règles de l'OIIQ, identification.

INFIRMIÈRE AUXILIAIRE : France Bouchard, enseignante EMFM

Intentions - contribue au travail d'équipe dans une optique interdisciplinaire. Respecte ses coéquipiers. Partage ses observations

Vêtements et accessoires - uniforme, identification.

DR CÔTÉ : **Daniel Meloche, enseignant Cégep de Saint-Laurent**

Intentions - Partage ses connaissances avec l'infirmière. Établit une relation de collaboration avec cette dernière

Vêtements et accessoires - sarreau, tenue de ville.

LIEU

POSTE D'UNITÉ CENTRE HOSPITALIER :

Décor - dossiers, crayons, papiers, adressographe, cartes d'hôpital?

Accessoires - plans de travail, 2 dossiers avec feuilles, crayon

INT. POSTE D'UNITÉ CENTRE HOSPITALIER - RAPPORT DU MATIN

Visages des trois intervenants ainsi que leur titre en sous-titre (un après l'autre ou tous dans le même plan c'est le plan d'ouverture). MITSY, infirmière et FRANCE, l'infirmière-auxiliaire, sont assises et discutent. SÉBASTIEN, le préposé, arrive et s'assoie avec elles.

INFIRMIÈRE MITSY

Bonjour Sébastien! Bon matin! France et moi avons terminé de préparer tes plans de travail pour la journée. (Lui remet ses plans de travail). Il y a certaines particularités. Mme Michel depuis quelques jours s'étouffe facilement lorsqu'elle mange. Une alimentation en purée sera peut-être davantage indiquée pour elle. J'irai l'évaluer mais j'aimerais aussi que tu me fasses part de tes propres observations.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Pas de problème, je vais vérifier en l'aidant avec son déjeuner.

INFIRMIÈRE AUXILIAIRE FRANCE

(S'adressant au préposé). Pour Mme Andropov, il semble qu'elle collabore plus difficilement à ses soins d'hygiène. Peux-tu t'assurer de respecter sa routine et ses habitudes identifiées au plan de travail et si c'est toujours le cas, nous pourrons en discuter en fin de journée. J'y pense, encore mieux, avise-moi quand tu seras prêt à lui donner son bain et je vais aller t'aider.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN
D'accord.

INFIRMIÈRE AUXILIAIRE FRANCE
(S'adressant à l'infirmière). Pour Mme
Cadieux, sa sonde urinaire draine
toujours une urine foncée avec beaucoup
de sédiments.

INFIRMIÈRE MITSY
Peux-tu vérifier sa température? Nous
allons faire une irrigation vésicale et
des prélèvements pour une analyse et une
culture d'urine, conformément aux normes
de l'ordonnance collective. J'en
parlerai au Dr Côté. Tu t'occupes de
prélever les échantillons?

INFIRMIÈRE AUXILIAIRE FRANCE
Oui.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN
Appelle-moi quand ils seront prêts,
j'irai les porter au laboratoire.

INFIRMIÈRE AUXILIAIRE FRANCE
Merci, Sébastien.

INFIRMIÈRE MITSY
(S'adressant à l'infirmière auxiliaire)
Quand tu feras le pansement de M.
Kozier, fais-moi appeler, je vais aller
évaluer la plaie.

INFIRMIÈRE AUXILIAIRE FRANCE
Pas de problème.
Il y a aussi Mme Gunby, ses rougeurs
aux aines ne s'améliorent vraiment pas
malgré l'application de la crème
prescrite.

INFIRMIÈRE MITSY
D'accord, je vais aller évaluer cela
aussi. Autre chose? (Sébastien et
France font non de la tête) Bonne
journée à tous!

Les trois se lèvent et quittent le poste.

INT. POSTE D'UNITÉ CENTRE HOSPITALIER - PLUS TARD

MITSY est au poste, rédige un dossier. Sébastien arrive

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Mitsy, j'ai noté lors du bain de M. Dupont une rougeur au bas de son dos.

INFIRMIÈRE MITSY

Belle observation! Merci de m'en faire part! J'y vais, je préparais ma tournée d'évaluation.

INT. POSTE D'UNITÉ CENTRE HOSPITALIER -
Vers 0930

L'infirmière MITSY croise l'infirmière auxiliaire FRANCE au poste

INFIRMIÈRE MITSY

France, pour M. Dupont, Sébastien a vu juste et il présente effectivement une plaie de stade 1 au bas du dos. Veux-tu appliquer une pellicule transparente et inscrire le pansement sur la feuille des traitements? Je vais ajouter ce nouveau problème ainsi que les directives infirmières au PTI.

INFIRMIÈRE AUXILIAIRE FRANCE

OK, je m'en occupe tout de suite.

INFIRMIÈRE MITSY

Merci (sourire)

INT. POSTE D'UNITÉ - LE LENDEMAIN

L'INFIRMIÈRE MISTY arrive au poste et s'adresse au DR CÔTÉ assis qui travaille avec un dossier.

INFIRMIÈRE MITSY

Dr Côté, j'ai demandé une analyse et une culture d'urine pour Mme Cadieux hier selon les normes de l'ordonnance collective. Son urine est vraiment foncée avec une bonne quantité de sédiments. Les résultats de l'analyse d'urine sont disponibles à son dossier. (Prend le dossier de Mme Cadieux et le

remet au médecin).

Dr CÔTÉ prend le dossier de la patiente et le regarde d'un air sérieux.

DR CÔTÉ

L'analyse démontre que les leucocytes sont élevés et qu'il y a présence de bactéries et de nitrites. Se plaint-elle de douleur?

INFIRMIÈRE MITSY

Lors de mon évaluation, elle était confortable.

DR CÔTÉ

Et ses signes vitaux?

INFIRMIÈRE MITSY

Dans les limites de la normale, pas de fièvre...

DR CÔTÉ

Bien, on a pris cela à temps (sourit).
Je vais lui prescrire des antibiotiques. (Tourne la page du dossier, rédige l'ordonnance).

INFIRMIÈRE MITSY

Pour Mme Gunby, la rougeur aux aines ne s'est pas améliorée.

DR CÔTÉ

Quels sont vos observations?

INFIRMIÈRE MITSY

La couleur demeure rouge vive, le site est douloureux au toucher. Aucune amélioration notée après 3 jours d'application de crème à base de corticostéroïdes.

DR CÔTÉ

Je vois. M'accompagnez-vous pour aller l'examiner?

INFIRMIÈRE MITSY

Certainement, Dr. Côté. Dr CÔTÉ se lève et part accompagné de MITSY.

ANNEXE F
SCÉNARIO DE RELATION D'AIDE EN SITUATION
PRÉOPÉRATOIRE

SCÉNARIO 3 : RELATION FONCTIONNELLE AIDANTE
 5 Comédiens / 2 lieux (Durée- 5 minutes)

SYNOPSIS / CONTEXTE

L'infirmière MITSY (ou l'infirmière auxiliaire France) est responsable de la préparation préopératoire de ses deux patientes, Mme Lapierre et Mme Chen. Toutes deux sont à l'unité de chirurgie pour une opération au sein gauche.

PERSONNAGES Les personnages doivent démontrer une force au niveau de leur savoir-être et une attitude d'ouverture.

INFIRMIÈRE : **Intentions** - S'assure que ses clientes obtiennent toutes les informations requises avant leur chirurgie (consentement libre et éclairé), répond aux questions dans la mesure de ses compétences, travaille en partenariat avec la famille, donne du pouvoir au client dans sa situation en lui permettant d'utiliser ses moyens de « coping », utilise une approche transculturelle dans ses soins.

Vêtements et accessoires - uniforme infirmière selon règles de l'OIIQ, stéthoscope, identification.

MME. LAPIERRE : femme entre 30 et 60 ans, d'origine Québécoise

Intentions - Anxieuse face à sa chirurgie. Communique son anxiété.

Vêtements et accessoires - jaquette d'hôpital

PRÉPOSÉ : homme enseignant du programme professionnel

Intentions - Respecte l'intervention en cours de sa collègue. Contribue au bien-être de la cliente dans la mesure de ses responsabilités et compétences (dont le confort physique)

vêtements et accessoires - uniforme, identification.

MME. CHEN : femme entre 40 et 60 ans, d'origine asiatique

Intentions - Considère sa fille comme la personne responsable de son bien-être et ses soins dans sa situation. Ne désire pas confier ses sentiments.

Vêtements et accessoires - jaquette d'hôpital

FILLE DE MME. CHEN : Lu Zhu, étudiante 4 session, programme Soins infirmiers, Cégep de Saint-Laurent.

Intentions - Répond aux attentes de sa mère en terme de responsabilités de ses soins, collabore avec l'infirmière

Vêtements et accessoires - tenue de ville, livre dans les mains.

LIEUX

CHAMBRE DE MME. LAPIERRE :

Décors -

Accessoires - bracelet de la patiente, papier et un crayon, draps, baladeur, oreillers, cloche d'appel, écouteurs

CHAMBRE DE MME. CHEN:

Décors essentiel -

Accessoires - affiche de mots en mandarin, cloche d'appel.

INT. CHAMBRE MME LAPIERRE - 0800

INFIRMIERE AUXILIAIRE FRANCE
 Bonjour Mme Lapierre. Je suis France, votre infirmière auxiliaire aujourd'hui. Comment vous sentez-vous? (elle vérifie le bracelet de la patiente).

MME LAPIERRE
 Mal, terriblement mal.

INFIRMIERE AUXILIAIRE FRANCE
 Qu'est-ce qui vous préoccupe?

MME LAPIERRE

Tout! J'ai une peur bleue de me faire opérer! J'ai peur de ne pas me réveiller!

INFIRMIERE AUXILIAIRE FRANCE
(S'assoie à côté de la patiente)
Je comprends. C'est une situation très commune chez les patients d'avoir ces craintes. Avez-vous parlé de vos peurs avec l'anesthésiste et votre chirurgien jusqu'à présent?

MME LAPIERRE

Pas encore.

INFIRMIERE AUXILIAIRE FRANCE
Ils doivent tous les deux venir vous voir avant votre opération. Vous êtes en droit de poser toutes les questions qui vous préoccupent. Aimerez-vous que je vous donne un papier et un crayon pour écrire vos questions avant leurs visites? Je vous ferez signer vos consentements à la chirurgie et à l'anesthésie seulement lorsque vous aurez eu réponses à vos questions.

MME LAPIERRE

D'accord, merci. J'ai tellement peur de savoir que j'ai peut-être une tumeur cancéreuse. (Silence). J'ai encore plus peur de me faire enlever le sein au complet.

INFIRMIERE AUXILIAIRE FRANCE

Vous avez peur de changer d'apparence. Cela vous rend anxieuse.

SÉBASTIEN, le préposé, entre dans la pièce doucement avec un appareil d'aspiration dans les mains. Se tient

debout en silence à côté de l'infirmière auxiliaire et il n'interrompt pas la conversation.

MME LAPIERRE

Je n'arrête pas de me créer toute sorte de scénarios. (visage triste)

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

(Se dirige vers la porte) Excusez-moi, je vais revenir plus tard.

MME LAPIERRE

Non, non, c'est correct, vous pouvez rester faire votre travail.

SÉBASTIEN se dirige vers le régulateur d'aspiration et y fixe l'appareil.

INFIRMIERE AUXILIAIRE FRANCE

Mme Lapierre, quand vous vous sentez anxieuse habituellement, qu'est-ce que vous faites pour vous sentir mieux?

MME LAPIERRE

Je pense à des moments agréables que j'ai vécu dans ma vie...

INFIRMIERE AUXILIAIRE FRANCE

Que diriez-vous de l'essayer maintenant?

MME LAPIERRE

Comment?

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN

Je peux vous installer confortablement et fermer vos rideaux. Avez-vous de la musique avec vous?

MME LAPIERRE

Oui, j'ai mon appareil. (Pointe son baladeur)...Ok, je veux bien

essayer.

INFIRMIERE AUXILIAIRE FRANCE
 Excellente idée, Sébastien.
 (S'adresse à la patiente). Je
 reviendrai suite aux visites du
 médecin et de l'anesthésiste pour
 m'assurer que vous avez eu réponses
 à toutes vos questions. Je pourrai
 compléter les informations en vous
 parlant des soins que vous aurez
 après votre chirurgie. Je serai
 également disponible pour vous
 écouter. Entre temps, je vous
 encourage à mettre en pratique votre
 moyen pour vous détendre.

MME LAPIERRE
 Oui, merci. (Infirmière auxiliaire
 quitte la chambre après avoir serré
 la main de la patiente)

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN
 (Replace les oreillers). Vous
 sentez-vous confortable dans cette
 position?

MME LAPIERRE
 Oui, c'est bien.

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN
 Mme Lapierre, mon nom est Sébastien
 et je suis préposé. Vous avez votre
cloche d'appel ici (lui montre la
 cloche sur le côté du lit).
 N'hésitez pas à m'appeler si vous
 avez besoin de quelque chose.

MME LAPIERRE
 Merci Sébastien, vous êtes gentil!

PRÉPOSÉ SÉBASTIEN
 Vous pareillement!

Main dans la main et sourires. Mme Lapierre met ses écouteurs, FADE OUT.

INT. CHAMBRE DE MME CHEN - 0820

INFIRMIERE AUXILIAIRE France entre dans la chambre de la deuxième patiente, Mme Chen. Sa fille est assise à son chevet.

INFIRMIERE AUXILIAIRE FRANCE
Mme Chen, je suis France, votre infirmière aujourd'hui. Comment vous sentez-vous?

MME CHEN
Bien. (Regarde sa fille).

INFIRMIERE AUXILIAIRE FRANCE
Vous devriez quitter pour la salle d'opération dans environ une heure.

MME CHEN
C'est correct.

INFIRMIERE AUXILIAIRE FRANCE
Y-a-t-il quelque chose que je peux faire pour vous d'ici là?

MME CHEN
Non, ça va.

INFIRMIERE AUXILIAIRE FRANCE
Ne vous gênez pas pour m'appeler si vous avez besoin de quelque chose (lui indique la cloche d'appel). Je serai aussi là pour m'assurer que tout va bien pour vous après votre chirurgie.

MME CHEN
D'accord, merci. (Parle en mandarin à sa fille).

INFIRMIERE AUXILIAIRE FRANCE
Y-a-t-il quelque chose que je

devrais savoir?

FILLE DE MME CHEN

Non, elle dit qu'elle préfère que je sois aussi présente à son retour.

INFIRMIERE AUXILIAIRE FRANCE

Bien entendu Mme Chen. Votre fille et moi travaillerons ensemble pour nous assurer que vous serez confortable après votre chirurgie.

(Se tourne vers la fille) Y-a-il quelque chose d'autre que je peux faire pour votre mère présentement?

FILLE DE MME CHEN

Non, pas pour le moment.

France regarde les mots affichés au chevet (gros plan sur l'affiche) de Mme Chen, puis regarde MME CHEN et sa fille, en hochant la tête et en souriant.

INFIRMIERE AUXILIAIRE FRANCE

Zǎi jian.

MME CHEN ET SA FILLE (en souriant, à l'unison)

Zǎi jian !

ANNEXE G
SCÉNARIO D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN
PÉDIATRIE

SCÉNARIO 4 : ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PER OS EN PÉDIATRIE (Durée-4 minutes)

SYNOPSIS / CONTEXTE

L'Infirmière MITSY prépare un médicament per os en respectant bien toutes les procédures pour l'administrer à son client/famille, Ahmed Andolsi.

PERSONNAGES Les personnages doivent démontrer une force au niveau de leur savoir-être et une attitude d'ouverture

INFIRMIÈRE MITSY : infirmière d'origine haïtienne, diplômée du Cégep de Saint-Laurent (Mme Mitsy Dépas, Hôpital general juif)

Intentions - Administre efficacement un médicament par la bouche à son client/famille en impliquant le père dans l'activité de soins et la surveillance post administration. Établit une relation de collaboration avec le père. Démontre du respect concernant les aspects culturels dans la relation du père et du fils (hiérarchie). Explique les responsabilités de son rôle. En préparation du congé, renseigne le parent sur l'administration du médicament à domicile. Utilise une approche auprès de l'enfant basée sur l'autonomie et le contrôle (Erickson et Freud).

Vêtements et accessoires - uniforme selon règles de l'OIIQ, stéthoscope, identification.

M. ANDOLSI : Homme, environ 25 à 50 ans, d'origine arabe

Intentions - responsable de la santé de son fils. Collabore avec l'infirmière. Veut bien saisir toutes les informations.

vêtements et accessoires - tenue de ville.

AHMED: Enfant, garçon ou fille, d'environ 5 à 6 ans, d'origine arabe

Intentions - obéit à son père et le respecte, collabore avec l'infirmière avec l'accord de son père

Vêtements et accessoires - pyjama, pantoufles, NS lock au bras.

LIEUX

ENDROIT PRÉPARATION MÉDICAMENT :

Décors: comptoir avec petits bacs, verres à médicaments de papier et plastiques, affiches de compatibilité

Accessoires - serviette, seringue étiquetée avec antibiotique per os, capuchon bleu, dossier de Ahmed, feuille d'administration de médicaments, (cadran, montre), livre de médicaments, soluté

CHAMBRE DE AHMED :

Décors - chambre pédiatrique avec affiches, dessins au mur

accessoires - bracelet d'Ahmed, papiers, crayons à colorier, dessin d'un beau soleil content par un enfant, antibiotique (seringue), autocollants

INT. SALLE DE MEDICAMENTS

MITSY, se sèche les mains avec du papier brun... Elle prépare un antibiotique per os (pour Ahmed, 6 ans, hospitalisé pour une adénite cervicale.) (Gros plan du dossier) (Vérification des 7 bons à l'aide du guide des médicaments et de la feuille d'administration des médicaments. Déroulant à l'écran des 7 bons vérifiés au fur et à mesure... Bon patient (gros plan nom et seringue), bon médicament, bonne dose, bonne voie, bonne heure (gros plan prescription) bonne documentation et bonne surveillance (gros plan livre des médicaments)

INT. CHAMBRE DE AHMED - 0800

MITSY entre dans la chambre, père présent assis près du lit avec un journal, enfant assis sur son lit, qui fait un dessin.

INFIRMIÈRE MITSY
 Bonjour M Andolsi. Je suis Mitsy,
 l'infirmière d'Ahmed pour
 aujourd'hui. (Se tourne vers
 l'enfant, voix enjouée) Bonjour
 Ahmed! Que fais-tu?

AHMED regarde l'infirmière avec une expression de gêne.
 MITSY s'approche de l'enfant et s'abaisse à son niveau.

INFIRMIÈRE MITSY
 Wow! Quel beau dessin! Tu as
 beaucoup de talent! Quel beau
soleil! Il a l'air vraiment content
 ton soleil!

AHMED
 (Sourire)

INFIRMIÈRE MITSY
 (Se relève et se tourne vers le
 père)
 M Andolsi, j'ai un nouvel
antibiotique pour Amhed. Je dois lui
 donner par la bouche.

M. ANDOLSI
 Laissez-moi le médicament, je vais
 lui donner plus tard.

INFIRMIÈRE MITSY
 (Non verbal en ouverture). Je suis
 désolée, je ne peux pas laisser le
 médicament au chevet. Il doit être
 réfrigéré et de plus, je dois être
 témoin de son administration. Si
 vous pensez qu'il va mieux le
 prendre si vous le lui donnez, vous
 pouvez le faire en ma présence
 maintenant, je vais attendre qu'il
 l'ait pris. (s'assoie près du père)
 Vous savez, à la maison, vous êtes
 responsable des soins de votre fils,
 mais ici, à l'hôpital, m'assurer

qu'il reçoive son médicament au complet est ma responsabilité professionnelle.

M. ANDOLSI

Bon, c'est correct, vous pouvez lui donner vous-même (s'adressant à son fils) Ahmed, prends ce que l'infirmière te donne.

AHMED regarde son père qui fait signe que oui de sa tête.

INFIRMIÈRE MITSY

(Montre la seringue) Je lui donne du Clavulin. On vous a déjà parlé de ce médicament?

M. ANDOLSI

Non.

INFIRMIÈRE MITSY

(Sourit)

Le médecin a changé ses antibiotiques intraveineux pour cet antibiotique par la bouche en prévision de son congé. C'est un antibiotique qui va soigner son infection aux ganglions. À la maison, lorsqu'Ahmed aura son congé, il sera important de lui administrer toutes les doses pendant toute la durée prescrite, même si vous voyez qu'il prend du mieux. Le pharmacien pourra vous informer sur la quantité exacte à administrer.

M. ANDOLSI

D'accord.

INFIRMIÈRE MITSY

Les effets secondaires possibles de ce médicament sont les dérangements gastro-intestinaux comme les nausées, les maux de ventre ou la diarrhée .Il y a aussi un risque

qu'il développe une allergie. Vous pourriez voir apparaître des rougeurs inhabituelles sur sa peau.

M. ANDOLSI

Je suis inquiet qu'on lui donne un médicament qui va le rendre plus malade qu'il ne l'est.

INFIRMIÈRE MITSY

En fait, ce sont des effets secondaires possibles, je dis bien possibles seulement. Je vous en parle pour que nous en surveillions l'apparition ensemble. Ils ne vont pas nécessairement se présenter. C'est loin d'être dans tous les cas. Vous pouvez m'expliquer ce que vous avez compris?

M. ANDOLSI

Si jamais je note des rougeurs ou encore si mon fils a plusieurs selles ou s'il est inconfortable après sa dose de médicament, je vous avise.

INFIRMIÈRE MITSY

C'est exactement cela. Et si ces problèmes apparaissent une fois à la maison, il faudra consulter à la clinique médicale.

M. ANDOLSI

Je comprends.

INFIRMIÈRE MITSY

C'est important pour moi de travailler en collaboration avec vous afin qu'Ahmed se porte mieux.
(Sourire)

INFIRMIÈRE MITSY

(Se retournant vers Ahmed et s'adressant à l'enfant) Ahmed, veux-tu prendre ton médicament assis sur

ton lit ou sur papa?

AHMED
Sur Papa!

M. ANDOLSI
Viens!

AHMED va s'asseoir sur son père. MITSY prend le bras de l'enfant, et regarde son bracelet.

INFIRMIÈRE MITSY
C'est écrit que tu t'appelles Ahmed
Andolsi...c'est vrai? (grand sourire)

AHMED fais signe que oui de la tête en souriant.

INFIRMIÈRE MITSY
(Approche un verre d'eau).Veux-tu
pousser le piston de la seringue
tout seul?

AHMED
(Regarde son père, qui fait signe
que oui de la tête).
Ouiiiiiii!(prends la seringue dans sa
main)

INFIRMIÈRE MITSY
Tu dois y aller doucement. Je te
regarde. Quand tu auras tout pris
lentement, avec une belle grande
gorgée d'eau après, j'ai une belle
surprise pour toi..
MITSY Sort des autocollants de sa
poche. AHMED met la seringue dans sa
bouche..... Fade out.

ANNEXE H
SCÉNARIO D'ÉVALUATION POSTOPÉRATOIRE

SCÉNARIO 5 : ÉVALUATION CLINIQUE POSTOPÉRATOIRE
 2 Comédiennes / 1 lieu

SYNOPSIS / CONTEXTE

L'infirmière MITSY commence son quart de travail sur l'unité de chirurgie. Elle a la responsabilité des soins de Mme Lapierre, opérée la veille. Mme Lapierre a subi une tumorectomie avec curage ganglionnaire au sein gauche.

PERSONNAGES Les personnages doivent démontrer une force au niveau de leur savoir-être et une attitude d'ouverture

INFIRMIÈRE MITSY : infirmière d'origine haïtienne, diplômée du Cégep de Saint-Laurent (Mme Mitsy Dépas, Hôpital général juif)

Intentions - effectue l'évaluation complète de sa cliente lors de la prise en charge de ses soins. Effectue l'enseignement de façon intégré afin d'augmenter les connaissances de la cliente . Favorise la collaboration (modèle Mc Gill). Stimule le client à participer à ses soins.

Vêtements et accessoires -uniforme selon règles de l'OIIQ, stéthoscope, identification.

MME. LAPIERRE : femme entre 30 et 60 ans, d'origine Québécoise

Intentions -collabore avec l'infirmière. Veut que sa convalescence se déroule sans complications.

vêtements et accessoires - jaquette d'hôpital

LIEUX

CHAMBRE DE MME. LAPIERRE :

Décors -

accessoires - bracelet de la patiente, spiromètre, appareil à pression, pansement soluté, soluté, pompe volumétrique

échelle de la douleur plastifiée de couleur, pansement avec Jackson-Pratt, montre, stéthoscope

INT. CHAMBRE DU PATIENT 0830

L'infirmière entre dans la chambre pour la prise en charge de sa cliente, en roulant l'appareil à pression.

INFIRMIÈRE MITSY

Mme Lapierre, c'est Mitsy. Comment vous sentez-vous aujourd'hui?

MME LAPIERRE

Un peu faible...

INFIRMIÈRE MITSY

(Vérification du bracelet, du site du soluté et du soluté). On m'a avisé que vous avez passé une bonne nuit. Pouvez-vous me dire où vous êtes et quel est votre prénom?

MME LAPIERRE

Je m'appelle Mireille...je suis à l'hôpital Notre-Dame.

INFIRMIÈRE MITSY

Avez-vous une idée du jour et de la date?

MME LAPIERRE

Nous sommes le 18 novembre, je pense...et le jour(hésitation)...
jeudi.

INFIRMIÈRE MITSY

C'est bien cela. Ressentez-vous de la douleur?

MME LAPIERRE

Oui, j'ai un peu mal.

INFIRMIÈRE MITSY

Vous avez mal à quel moment?

(Déroulant sur l'évaluation de la douleur...PQRST, au fur et à mesure de l'évaluation.) (P : Provoquer/pallier)

MME LAPIERRE

Oh, elle est toujours présente mais
c'est pire si je bouge mon bras
gauche.

INFIRMIÈRE MITSY

Pouvez-vous me décrire la douleur?
Est-ce comme un coup de poignard,
une brûlure, une compression? (fait
un signe d'écrasement avec les mains
(Q : qualité)

MME LAPIERRE

Une brûlure...

INFIRMIÈRE MITSY

Elle se situe où exactement? Pouvez-
vous me montrer? (R : région et
irradiation)

MME LAPIERRE

(Pointe son pansement) Ici et un peu
autour....

INFIRMIÈRE MITSY

À combien l'évalueriez-vous sur une
échelle de 0-10? Regardez l'échelle
ici...le rouge est une douleur intense
à 10 et le vert représente l'absence
de douleur ou 0. (Montre échelle
plastifiée de couleur) (S : sévérité)

MME LAPIERRE

(Pointe sur l'échelle) Mmm...pas plus
de 2-3/10.

INFIRMIÈRE MITSY

Et depuis combien de temps
ressentez-vous cette douleur?
(T:Temps)

MME LAPIERRE

Depuis mon opération. C'est sûr que c'est moins souffrant quand on vient de me donner mes médicaments pour la douleur.

INFIRMIÈRE MITSY

Je vais compléter le reste de votre évaluation et j'irai vérifier à quand remonte votre dernière dose d'analgésique.

INFIRMIÈRE MITSY

Au niveau de votre respiration, ressentez-vous des malaises?

MME LAPIERRE

Non.

INFIRMIÈRE MITSY

(Compte sur sa montre) (gros plan montre)

Ok, votre rythme respiratoire est normal. Je vais vérifier vos poumons (ausculte les poumons de la cliente). Pouvez-vous tousser (Mme Lapierre tousse, ausculte de nouveau les poumons) Faites-vous vos exercices respiratoires?

MME LAPIERRE

Pas vraiment.

INFIRMIÈRE MITSY

(Approche le spiromètre) Vous a-t-on enseigné à utiliser le spiromètre?

MME LAPIERRE

On m'a montré comment faire avant l'opération mais je ne pensais pas que c'était important.

INFIRMIÈRE MITSY

Montrez-moi comment vous faites.

MME LAPIERRE s'exécute avec le spiromètre.

INFIRMIÈRE MITSY

Excellent! Seriez-vous en mesure de faire cet exercice pendant 5 minutes au moins toutes les deux heures? Ce serait important parce que j'entends du mucus accumulé dans vos poumons. Je vous ausculterai de nouveau par la suite pour voir si cela a aidé (continue son évaluation au niveau du pansement au côté gauche).

MME LAPIERRE

D'accord.

INFIRMIÈRE MITSY

Votre pansement est intact. La petite poire ici, vous savez c'est quoi? (Pointe le Jackson Pratt).

MME LAPIERRE

(Fais signe que non de la tête).

INFIRMIÈRE MITSY

C'est un système de succion qui recueille le liquide qui s'écoule de votre plaie. Ce liquide est présentement de la bonne couleur, il n'y a pas de signe d'infection (continue son examen en inspectant les bras et les mains). Vous sentez ceci également? (compresse la main gauche et droite)

MME LAPIERRE

Oui.

INFIRMIÈRE MITSY

(Après avoir ausculté et palpé l'abdomen) Votre ventre est souple.

Les bruits intestinaux sont présents. Avez-vous des nausées?

MME LAPIERRE

Non.

INFIRMIÈRE MITSY

Normalement, vous devez faire une selle d'ici quelques jours. C'est pour cela qu'on vous donne la gélule rouge, le Colace. Vous mobilisez et vous hydratez va aussi aider.

MME LAPIERRE

Je dois faire ma part!(sourit)

INFIRMIÈRE MITSY

Effectivement ! Urinez-vous sans problème?

MME LAPIERRE

Oui.

INFIRMIÈRE MITSY

(Palpe le bas de l'abdomen) Je ne palpe pas de globe vésical, il ne semble pas y avoir de rétention urinaire. Je vais vérifier à votre dossier les quantités que vous avez uriné jusqu'à maintenant. Continuez à utiliser le collecteur d'urine quand vous aurez des mictions.

MME LAPIERRE

D'accord.

INFIRMIÈRE MITSY

(Continue son examen vers les jambes. Vos jambes...pas d'enflure... (palpe et inspecte les jambes) elles vous font mal?

MME LAPIERRE

Non.

INFIRMIÈRE MITSY

L'immobilité après une chirurgie augmente le risque de formation de caillots aux jambes, mais vous n'avez aucun signe de ce problème présentement.(sourit)

MITSY approche l'appareil à pression pour prendre les signes vitaux. FADE OUT

INFIRMIÈRE MITSY

Bon! N'oubliez pas, ne jamais laisser prendre votre pression au bras gauche.

Tous vos résultats sont dans les valeurs normales...Vous êtes tout à fait en mesure après votre toilette de prendre une petite marche autour de votre lit et de vous asseoir quelques minutes au fauteuil avec l'aide de la préposée.

Je vais m'occuper d'aller vérifier si je peux vous donner un analgésique avant. Avez-vous d'autres questions pour moi avant que je parte?

MME LAPIERRE

Non, merci Mitsy, vous m'avez beaucoup rassurée avec toutes ces informations.

INFIRMIÈRE MITSY

Avec plaisir, Mme Lapierre. Vous n'oubliez pas vos exercices respiratoires, c'est important. (Lui remet le spiromètre). Vous rappelez-vous pourquoi vous devez les faire?

MME LAPIERRE

Oui, oui, pour me débarrasser des sécrétions! Je m'y mets tout de suite, garde! (Sourit, clin d'oeil).

ANNEXE I

DEVIS TECHNIQUE

Devis du contrat entre le Cégep de Saint-Laurent (producteur) et Paraffilm
(réalisation des 5 capsules vidéo)

Activités	Échéancier	*Ressources fournies par le Cégep et l'ÉMFM
Discussion avec la chargée de projet pour évaluation des attentes. Découpage technique et préparation des plans au tournage pour 5 capsules vidéo (4-5 minutes chacune)	Mi-octobre et en continu	Scénarios des capsules vidéo, validés, de 3-5 minutes Chargée de projet Assistante technique
Visite des lieux possibles de tournage (CHUM et/ou Cégep)	Mi-octobre	Repérage des lieux fait par direction des communications du CHUM et chargée de projet
Répétition avec interprètes au Cégep de Saint-Laurent	Début novembre	Chargée de projet et assistante technique
Tournage des 5 capsules (2-3 jours)Le réalisateur s'engage à fournir l'équipe de réalisation (preneur de son, éclairage et autres, selon ses besoins)*et le matériel technique requis. Le réalisateur s'engage à assurer la direction des prises de vues et des enregistrements sonores, la direction des acteurs et les instructions artistiques et techniques aux collaborateurs du film.	Mi- novembre	Chargée de projet (assistante plateau) Assistante technique (maquillage, accessoiriste, Gofor, caméra) Trépieds 1000\$ location d'équipement inclus dans le contrat
Postproduction -Montage vidéo, insertion de textes et sous-titres, générique, étalonnage et colorimétrie -Montage son, bruitage, thème musical, fond sonore et post-synchro (si nécessaire) -Mixage audio-vidéo -Compression et exportation	1 ^{ère} version du montage des 5 capsules :vers le 15 décembre Livraison finale : 30 janvier	Validation du montage des capsules par la conseillère pédagogique et la chargée de projet.
-Tous les travaux de finition nécessaires à l'établissement de la version définitive du film	*Le réalisateur s'engage à diriger la réalisation des capsules vidéo et à accorder au producteur, le Cégep de Saint Laurent tout les droits nécessaires à l'exploitation des capsules vidéo. Le réalisateur s'engage à remettre le matériel original sur DVD de la production ainsi que le format requis par l'intégrateur Web.	

ANNEXE J
CERTIFICATIONS ÉTHIQUES
 (Cégep de Maisonneuve et Cégep de Saint-Laurent)



Comité institutionnel d'éthique de la recherche

Le 13 février 2013

Madame Viviane Fournier
 Programme d'études : Maîtrise en enseignement au collégial (MEC)
 Université de Sherbrooke, secteur PERFORMA (perfectionnement et formation des maîtres)

OBJET : Demande d'approbation éthique de la recherche
Perception de l'efficacité de l'autoformation en ligne MIF pour le développement de la communication interculturelle lors des stages chez des enseignants en Soins infirmiers au collégial

Madame,

À la suite de votre demande d'approbation éthique auprès du Comité institutionnel d'éthique de la recherche (CÉR) du Collège de Maisonneuve, il me fait plaisir de vous transmettre la décision du comité concernant la recherche *Perception de l'efficacité de l'autoformation en ligne MIF pour le développement de la communication interculturelle lors des stages chez des enseignants en Soins infirmiers au collégial*

Décision

Le Comité a basé son évaluation éthique de la recherche sur les documents versés au dossier le 17 janvier 2013.

- Formulaire de demande d'approbation éthique d'un projet de recherche;
- Formulaire d'information et de consentement;
- Questionnaire 1;
- Questionnaire 2;

Les membres du Comité d'éthique de la recherche désirent souligner la qualité générale de la demande déposée.

Au terme de cette évaluation, le Comité d'éthique de la recherche du Collège de Maisonneuve rend la décision suivante : **acceptation.**

Veillez noter qu'il est de la responsabilité des chercheurs d'informer immédiatement le Comité d'éthique de la recherche du Collège de Maisonneuve de tout changement au formulaire de consentement ou au protocole d'expérimentation ou, selon le cas, à la méthode de collecte ou de traitement des données. L'omission d'informer le Comité d'un changement peut entraîner l'annulation de l'approbation éthique. Les changements significatifs requerront la présentation d'une nouvelle demande de certification éthique.

Le certificat éthique est valide jusqu'au 13 février 2014.

Pour toutes questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

Je vous souhaite, Madame, au nom du comité d'éthique de la recherche, bonne continuation dans la conduite de cette recherche.

Cordialement,

Michel Paquette
 Président du comité d'éthique de la recherche
 Collège de Maisonneuve


**Cégep de
Saint-Laurent**

No. de certificat

SL-2013-06

*Comité d'éthique de la recherche du Cégep de Saint-Laurent (CÉRSL)***CERTIFICAT D'ÉTHIQUE**

Le comité d'éthique de la recherche du Cégep de Saint-Laurent (CÉRSL), selon les procédures en vigueur et conformément à la *Politique institutionnelle d'éthique de la recherche avec des êtres humains*, a examiné le projet de recherche suivant et a conclu qu'il respecte les règles éthiques en vigueur au Cégep de Saint-Laurent.

Titre du projet	Perception de l'efficacité de l'autoformation en ligne MIF pour le développement de la communication interculturelle lors des stages chez des enseignants en soins infirmiers au collégial.
Chercheurs	Viviane Fournier
Financement	

Modalité d'application

Conformément à la Politique d'éthique de l'établissement, le ou les chercheurs doivent informer le CÉRSL de tout changement au formulaire de consentement ou au protocole d'expérimentation, ou encore à la méthode de collecte ou de traitement des données. Toute interruption prématurée du projet de recherche et incident grave doivent être signalés au CÉRSL.

Le projet de recherche en cours doit faire l'objet d'une surveillance éthique continue suivant la méthode proportionnelle d'évaluation éthique. Ainsi, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente certification éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet de recherche.



Michel Jean
Président du comité d'éthique de la recherche
Cégep de Saint-Laurent

21 mai 2013

Date de délivrance

Cégep de Saint-Laurent
625 avenue Sainte-Croix
Ville Saint-Laurent (Québec)
H4L 3X7

<http://www.cegep-st-laurent.qc.ca/developpement-pedagogique/recherche/comite-dethique-de-la-recherche-cer/>

ANNEXE K
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE PARTICIPATION À LA
RECHERCHE

Formulaire de consentement

Cette étude, visant l'expérimentation et l'évaluation de l'efficacité de l'autoformation en ligne MIF, soutenant le développement des habiletés à la communication interculturelle chez les enseignants et enseignantes en soins infirmiers au collégial, se déroulera de février 2013 à juin 2013. Les objectifs de la recherche sont les suivants :

- Expérimentation et évaluation de la formation en ligne par des enseignants et des enseignantes de deux programmes au collégial (180.A0 et 180.B0).
- Évaluation par les enseignants de l'efficacité du matériel sur le développement de leur communication interculturelle, dont :
 - les habiletés à la décentration culturelle;
 - les habiletés à mener la discussion sur les différences de pratiques selon les pays d'origine;
 - les habiletés à apprécier la distance culturelle entre le rôle professionnel attendu et celui auquel s'imaginent les étudiants immigrants récents.

Un ou deux questionnaires devront être complétés pour l'étude. Les activités se dérouleront selon l'échéancier suivant :

Échéancier	Participation demandée
Étape 1 : 15 mars au 15 juin 2013	Réaliser l'autoformation en ligne d'une durée de 3 à 7 heures
Étape 2 : 15 mars au 15 juin 2013	Compléter et retourner le questionnaire 1 envoyé par courriel de 0 à 3 jours après avoir terminé la formation

Possibilité de terminer la participation à la recherche après le premier questionnaire (réalisation des étapes 1 et 2)

**Étape 3 : 1^{er} avril au 15 juin
2013**

Effectuer un stage clinique avec un groupe avec au moins une étudiante ou un étudiant international ou immigré depuis moins de 5 ans

**Étape 4 : 1^{er} avril au 15 juin
2013**

Compléter le questionnaire 2 envoyé par courriel après l'expérience de stage (1-2 semaines)

La participation à cette étude ne comporte aucune compensation financière. Des crédits de formation pourront être obtenus auprès de la formation continue du Cégep de Saint-Laurent, après une évaluation certificative des apprentissages et le paiement de frais inhérent à la gestion du dossier. Toutefois, la demande de crédits de formation est optionnelle et à la discrétion du participant ou de la participante.

Aucune participation n'est sollicitée dans cette recherche auprès des étudiantes et des étudiants des groupes de stages des enseignantes et des enseignants qui participeront à l'étude. L'enseignement clinique dispensé lors des stages, suite à l'autoformation MIF, sera auto évaluée par l'enseignante ou l'enseignant. Des bénéfices pédagogiques peuvent être anticipés pour les étudiantes et les étudiants sans contraintes ou compensations.

Pour toute information supplémentaire, vous pouvez vous adresser à Viviane Fournier au (514) 747-6521 poste 7217 ou par courriel au : vfournier@cegep-st-laurent.qc.ca

Consentement du participant ou de la participante :

J'ai été informé(e) des objectifs de cette recherche et de la démarche de la chercheuse et j'accepte d'y participer. Je suis tout à fait libre de me retirer de cette recherche au moment qui me convient. Je consens à ce que la chercheuse utilise les données me concernant en autant que celles-ci demeurent confidentielles et que mon anonymat soit assuré.

Nom du participant ou de la participante (en lettres moulées) :

Signature : _____

Signature de la chercheuse _____

Viviane Fournier

Date : (J/M/A) ____ / ____ / ____

c.c. : Viviane Fournier, participant ou participante

ANNEXE L
QUESTIONNAIRE DE VALIDATION, PREMIÈRE ÉTAPE

Évaluation du prototype de formation

Modeler, intégrer et favoriser la réussite

*Formation pour soutenir le développement de la compétence
interculturelle dans l'enseignement des programmes de santé*

Consignes :

1. Compléter le rapport d'évaluation au fur et à mesure qu'un module est complété;
2. Inscrire rigoureusement le temps requis pour compléter les activités du module ainsi que les deux lectures (Module 3 et 4)

SECTION 1 : PLAN DE PRÉSENTATION DE LA FORMATION ET MODULE 1

1. Temps requis pour compléter le module : _____

2. Les éléments de compétence du module 1 sont atteints dans quelle mesure ?

1 = totalement 2 = partiellement 3 = aucunement

1. Reconnaître la nécessité d'adapter sa pédagogie aux besoins d'apprentissage particuliers de la clientèle étudiante d'immigration récente dans les programmes en santé	1 2 3
2. S'engager dans sa formation	1 2 3

3. Pour les éléments suivants :

1 = tout à fait en désaccord 2 = en désaccord 3 = plus ou moins en accord 4 = en accord 5 = tout à fait en accord

3. Les éléments de compétence du module étaient clairs et précis	1 2 3 4 5
4. Le contenu du module correspondait à mes besoins et à mes préoccupations	1 2 3 4 5
5. Le contenu du module a favorisé mon apprentissage	1 2 3 4 5
6. Ce module m'a permis d'augmenter mon niveau de connaissances et d'habiletés	1 2 3 4 5

Commentaires et recommandations :

MODULE 2 : D'UN PARADIGME D'ENSEIGNEMENT À UN PARADIGME D'APPRENTISSAGE

1. Temps requis pour compléter le module : _____

2. Les éléments de compétence du module 2 sont atteints dans quelle mesure ?

1 = totalement 2 = partiellement 3 = aucunement

7. Identifier les théories basées sur l'apprenant et les étapes nécessaires aux apprentissages	1	2	3
8. Reconnaître les particularités de l'apprentissage pour la population étudiante immigrée récemment	1	2	3
9. Se familiariser avec des modèles de développement de compétences	1	2	3
10. Situer la contribution des capsules vidéo dans ces modèles	1	2	3

3. Pour les éléments suivants :

1 = tout à fait en désaccord 2 = en désaccord 3 = plus ou moins en accord 4 = en accord 5 = tout à fait en accord

11. Les éléments de compétence du module étaient clairs et précis	1	2	3	4	5
12. Le contenu du module correspondait à mes besoins et à mes préoccupations	1	2	3	4	5
13. Le contenu du module a favorisé mon apprentissage	1	2	3	4	5
14. Les exercices ont favorisé mon apprentissage	1	2	3	4	5

**15. Ce module m'a permis
d'augmenter mon niveau de
connaissances et d'habiletés**

1 2 3 4 5

Commentaires et recommandations :

MODULE 3 : DÉVELOPPER SA COMPÉTENCE INTERCULTURELLE EN ENSEIGNEMENT CLINIQUE

1. Temps requis pour compléter le module : _____
Temps requis pour effectuer la lecture « Diversité culturelle, changement et défis » : _____

2. Les éléments de compétence du module 3 sont atteints dans quelle mesure ?

1 = totalement 2 = partiellement 3 = aucunement

16. Identifier ses principales valeurs culturelles	1 2 3
17. Être en mesure de mettre en pratique une approche culturellement décentrée dans son enseignement	1 2 3
18. Identifier les valeurs culturelles sous-jacentes aux pratiques et savoir-être des modèles professionnels	1 2 3
19. Être en mesure d'identifier les valeurs culturelles chez l'étudiante ou l'étudiant et apprécier la distance culturelle à parcourir pour intégrer les modèles professionnels	1 2 3
20. Être en mesure d'identifier le choc culturel chez l'étudiante et son impact sur les apprentissages en stage	1 2 3

3. Pour les éléments suivants :

1 = tout à fait en désaccord 2 = en désaccord 3 = plus ou moins en accord 4 = en accord 5 = tout à fait en accord

21. Les éléments de compétence du module étaient clairs et précis	1 2 3 4 5
22. Le contenu du module correspondait à mes besoins et à mes préoccupations	1 2 3 4 5
23. Le contenu d'enseignement a favorisé mon apprentissage	1 2 3 4 5
24. J'ai effectué les exercices	1 2 3 4 5
25. Les exercices ont favorisé mon apprentissage	1 2 3 4 5
26. La lecture suggérée est pertinente pour l'atteinte des éléments de compétences	1 2 3 4 5
27. Ce module m'a permis d'augmenter mon niveau de connaissances et d'habiletés	1 2 3 4 5

Commentaires et recommandations :

MODULE 4 - PRÉSENTATION DES CAPSULES VIDÉO

1. Temps requis pour compléter le module : _____
 Temps requis pour effectuer la lecture « Portes ouvertes à la diversité » : _____

2. Les éléments de compétence du module 4 sont atteints dans quelle mesure ?

1 = totalement 2 = partiellement 3 = aucunement

28. Identifier les valeurs culturelles sous-jacentes aux comportements et aux éléments de savoir-être présents dans les capsules	1 2 3
29. Identifier les autres éléments pédagogiques à exploiter présents dans les capsules	1 2 3
30. Être conscient des questionnements et des chocs culturels suscités par la présentation des capsules chez les étudiantes et les étudiants d'immigration récente	1 2 3
31. Savoir intégrer l'utilisation des capsules vidéo dans son enseignement	1 2 3

3. Pour les éléments suivants :

1 = tout à fait en désaccord 2 = en désaccord 3 = plus ou moins en accord 4 = en accord 5 = tout à fait en accord

32. Les éléments de compétence du module étaient clairs et précis	1 2 3 4 5
33. Le contenu du module correspondait à mes besoins et à mes préoccupations	1 2 3 4 5
34. Le contenu d'enseignement a favorisé mon apprentissage	1 2 3 4 5

35. L'analyse guidée des capsules vidéo m'a aidé à comprendre le cadre interculturel et pédagogique du projet	1 2 3 4 5
36. La lecture recommandée est pertinente	1 2 3 4 5
37. Ce module m'a permis d'augmenter mon niveau de connaissances et d'habiletés	1 2 3 4 5

Commentaires et recommandations :

CAPSULES VIDÉO:

Je pense utiliser les capsules vidéo dans mon enseignement (oui, non et pourquoi) :

Commentaires et recommandations :

ASPECTS TECHNIQUES :

Difficultés techniques rencontrées en cours de formation :

Commentaires et recommandations :

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX :

Je recommanderais cette formation à mes collègues de travail 1 2 3 4 5

Commentaires et recommandations :

ANNEXE M
QUESTIONNAIRE DE VALIDATION, DEUXIÈME ÉTAPE

Projet de recherche « Perception de l'efficacité de l'autoformation en ligne MIF pour le développement de la communication interculturelle lors des stages chez des enseignantes et enseignants en Soins infirmiers au collégial », par Viviane Fournier.

Code du répondant (attribué par la chercheuse) : _____

Programme d'enseignement : _____

Nombre d'années d'expérience en enseignement : _____

Session et spécialité d'enseignement : _____

Consignes :

38. *L'ensemble des quatre modules de la formation en ligne « Modeler, intégrer et favoriser la réussite fait l'objet de la présente évaluation*
39. *La formation est disponible au : www.cegep-st-laurent.qc.ca/soins/formation-em*
40. *Compléter le questionnaire au plus tard 3 jours après avoir complété la formation en ligne. Retourner le questionnaire complété à : vfournier@cegep-st-laurent.qc.ca*

SECTION 1 : SATISFACTION

PARTIE 1 : ÉVALUATION DU CONTENU DE LA FORMATION

1. Pour chacune des affirmations, utilisez la légende suivante

1 = tout à fait en désaccord	2 = en désaccord	3 = plus ou moins en accord	4 = en accord	5 = tout à fait en accord
------------------------------	------------------	-----------------------------	---------------	---------------------------

a) La formation m'a apporté des connaissances intéressantes et concrètes pour mon enseignement

1 2 3 4 5

b) Le contenu de la formation correspond à mes besoins et à mes préoccupations

1 2 3 4 5

c) Les exercices proposés sont pertinents

1 2 3 4 5

d) Les exercices proposés pendant la formation m'ont permis de mettre en pratique les connaissances présentées

1 2 3 4 5

e) Les lectures proposées sont pertinentes

1 2 3 4 5

f) La progression pédagogique est adaptée (difficulté progressive, application des notions)

1 2 3 4 5

g) Les capsules vidéo sont efficaces pour appliquer la décentration culturelle à l'aide du modèle de Schwartz

1 2 3 4 5

g) Le contenu de la formation est suffisant pour savoir reconnaître les valeurs culturelles présentes dans le modèle professionnel de soins infirmiers

1 2 3 4 5

h) Le contenu de formation est suffisant pour être en mesure de reconnaître le choc culturel

1 2 3 4 5

i) Le contenu de formation est suffisant pour développer la communication interculturelle

1 2 3 4 5

PARTIE 2 : ÉVALUATION DU FORMAT D'AUTOFORMATION EN LIGNE

Pour chacune des affirmations, utilisez la légende suivante

1 = tout à fait en désaccord	2 = en désaccord	3 = plus ou moins en accord	4 = en accord	5 = tout à fait en accord
-------------------------------------	-------------------------	------------------------------------	----------------------	----------------------------------

a) J'ai complété l'ensemble des 4 modules de formation	1 2 3 4 5
b) La présentation en ligne de la formation suscite l'intérêt	1 2 3 4 5
c) Les capsules vidéo suscitent l'intérêt	1 2 3 4 5
d) La présentation en quatre modules offre de la flexibilité	1 2 3 4 5
e) La plate-forme informatique est conviviale, facile d'utilisation	1 2 3 4 5
f) J'ai rencontré des difficultés techniques en cours de formation	1 2 3 4 5
g) La durée estimée du temps de formation est juste (3 à 7 heures)	1 2 3 4 5

PARTIE 3 : APPRECIATION GENERALE DE LA FORMATION :

a) Globalement, je suis satisfait(e) de cette formation	1 2 3 4 5
b) Je recommanderais cette formation à mes collègues de travail	1 2 3 4 5

SECTION 2 : APPRENTISSAGES

PARTIE 1 : AUTOEVALUATION DES ELEMENTS DE COMPETENCES AVANT ET APRES LA FORMATION

Pour chacun des éléments de compétence interculturelle présentés, estimez, selon vous, votre niveau de compétence, avant et après la formation, selon une échelle de 0(pas du tout capable) à 10 (Tout à fait capable) :

	0= Pas du tout capable.....	10=Tout à fait capable
	Avant la formation		Après la formation
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
a) Identifier mes principales valeurs culturelles	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
b) Identifier et expliciter les valeurs culturelles des modèles professionnels	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
c) Être en mesure d'identifier les valeurs culturelles chez l'étudiante ou l'étudiant et apprécier la distance culturelle à parcourir pour intégrer les modèles professionnels	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
d) Être en mesure d'identifier le choc culturel chez l'étudiante et son impact sur les apprentissages	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*PARTIE 2: TRANSFERT ANTICIPE DES APPRENTISSAGES DANS LA
PRATIQUE ENSEIGNANTE*

Pour chacune des affirmations, utilisez la légende suivante

1 = tout à fait en désaccord	2 = en désaccord	3 = plus ou moins en accord	4 = en accord	5 = tout à fait en accord
-------------------------------------	-------------------------	------------------------------------	----------------------	----------------------------------

a) Je pense utiliser les capsules vidéo dans mon enseignement ou dans la préparation de mes étudiant(e)s pour les stages	1 2 3 4 5
b) Je pense être plus habile à établir la communication interculturelle avec mes étudiant(e)s lors des stages	1 2 3 4 5
c) Je me préoccuperais de l'origine de mes étudiant(e)s lors des stages	1 2 3 4 5
d) Je me préoccuperais des valeurs culturelles de mes étudiant(e)s lors des stages	1 2 3 4 5

AUTRES COMMENTAIRES GENERAUX :

Quels étaient les points forts de cette formation:

Que proposeriez-vous pour l'améliorer:

ANNEXE N
DOCUMENTS EXPLICATIFS POUR LA PARTICIPATION À LA
RECHERCHE

*Projet d'essai professionnel pour la maîtrise en enseignement
au collégial*

*« Perception de l'efficacité de l'autoformation en ligne MIF
pour le développement de la communication interculturelle lors
des stages chez des enseignantes et enseignants en Soins
infirmiers au collégial »*

Viviane Fournier, B.Sc. Inf. D. 2ème cycle en enseignement

Programme PERFORMA, Université de Sherbrooke

1. Problématique

Pour l'étudiant immigrant ou international dont les repères sont forts différents en ce qui a trait aux valeurs culturelles, une période d'observation des compétences attendues devient un enjeu d'intégration et de réussite.

Les changements des caractéristiques sociodémographiques des étudiants peuvent générer des situations problématiques en stages. À cet égard, l'étudiant immigrant n'a pas toujours la possibilité d'intégrer une vision claire de ce qui est attendu de lui et de l'objectif à atteindre en termes de savoir-faire et de savoir-être. Il aura certainement besoin de plus de temps d'observation afin de capter toutes les distinctions culturelles dans les approches et pratiques.

Parmi les moyens pédagogiques qui s'offrent à l'immigrant ou à l'étudiant international, on compte le visionnement de vidéos qui pourra susciter chez lui une prise de conscience des différences culturelles en amont de l'intervention auprès de la clientèle. Les chocs culturels potentiels pourront ainsi être gérés avant le stage par

l'immigrant lui-même et son enseignant. Cinq modèles d'interventions de pratiques exemplaires, sous forme de capsules vidéo, ont été élaborés, ainsi qu'une formation en ligne soutenant leur utilisation dans l'enseignement.

2. Objectifs de la recherche

Une recherche évaluative auprès d'enseignants et d'enseignantes en Soins infirmiers (programmes 180.A0, 180.B0) suivra la diffusion de ces outils. La chercheuse souhaite évaluer le contenu et le format de l'autoformation en ligne ainsi que la perception de son efficacité sur la communication interculturelle en stage, développée par les enseignants et enseignantes qui auront suivi la formation.

3. Méthodologie

La collecte de données se fera par la méthode du sondage, à l'aide de deux questionnaires validés à compléter par courriel. Le premier questionnaire se fera suite à l'autoformation en ligne effectuée par les enseignants et les enseignantes volontaires et le deuxième questionnaire sera complété par les mêmes enseignants immédiatement après l'encadrement d'un groupe d'élèves en stage clinique dont au moins un élève répond aux critères d'immigrant récent ou d'étudiant international.

4. Schéma de la procédure de participation

